UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

**A influência dos papéis
ocupacionais na qualidade de vida
de pacientes com esquizofrenia**

TATIANE GRIGOLATTO DE PAIVA SILVA

**Ribeirão Preto - SP
2011**

TATIANE GRIGOLATTO DE PAIVA SILVA

**A influência dos papéis
ocupacionais na qualidade de vida
de pacientes com esquizofrenia**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos

**Ribeirão Preto - SP
2011**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Tatiane Grigolatto de Paiva

A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. Ribeirão Preto, 2011.

115 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Santos, Jair Licio Ferreira.

1. Qualidade de Vida. 2. Papéis Ocupacionais. 3. Esquizofrenia.
4. Saúde Mental

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tatiane Grigolatto de Paiva Silva

A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Sabino

Dedico este trabalho aos meus familiares:

Meus amados pais, Antonio e Cida e irmãs, Leila, Vera e Mara,
pela importância que tem na minha vida, em especial,
minha irmã, Vera, que sempre me incentiva e
comemora comigo as conquistas.

Ao meu marido Diego, pelo amor que me inspira,
pela compreensão que me assegura e pelo
bom humor que deixa tudo mais leve.

Aos meus queridos sogros e cunhados,
família que escolhi e agradeço todos os
dias pela sorte de tê-los ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Ao *Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos*, orientador deste estudo, amigo e parceiro. Obrigada por todo o ensinamento, disponibilidade e pela confiança em mim depositada;

Ao *Prof. Dr. Jaime Eduardo Cecilio Hallak*, exemplo de dedicação profissional. Obrigada por toda a ajuda no planejamento e desenvolvimento deste estudo;

A *toda minha família*, cada um a sua maneira, pela torcida e apoio;

À *Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro* e a *Profa. Dra. Marysia M. R. P. de Carlo*. Obrigada pelas sugestões pertinentes feitas na qualificação, contribuindo para o aprimoramento deste estudo;

À minha grande amiga *Clarissa Trzesniak*, pela ajuda, pelo companheirismo e principalmente pela amizade, que mesmo a distância não abalou;

Ao meu amigo *Marcos Hortes*, pela ajuda, pela escuta e participação em tantos momentos importantes da minha vida;

Aos colegas de pós-graduação: *Katia Cruvinel Arrais*, *Luciana Consentino*, *João Paulo Machado de Sousa*, *Lígia Horta* e *Lívia Loosli*, pela convivência, pelas trocas e pela amizade;

À *Dra. Júnia R. Cordeiro*, pela leitura cuidadosa e dicas preciosas, que tanto contribuíram com o texto final;

À *FAPESP*, pela oportunidade proporcionada pela bolsa concedida;

À terapeuta ocupacional da Enfermaria de Psiquiatria do HC-FMRP-USP, *Silvia A. Cocenas*, pelo auxílio na fase de seleção dos pacientes participantes neste estudo;

À secretária *Selma Pontes* e à técnica de laboratório *Sandra Bernardo*, pelo carinho e colaboração em várias fases deste estudo;

A *todos os professores da pós-graduação* que ministraram com dedicação as disciplinas que serviram como luzes a clarear a formação acadêmica;

E, especialmente, a todos os pacientes e familiares participantes deste estudo, que se disponibilizaram generosamente a investir seu tempo e a dividir suas histórias, marcadas pelo sofrimento que a esquizofrenia traz, e assim, possibilitaram esse estudo, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução: Os transtornos esquizofrênicos comprometem as esferas do funcionamento social, afetivo e produtivo. Em decorrência do período da vida em que se manifesta, pode influenciar diretamente na aquisição dos papéis ocupacionais e qualidade de vida. Os papéis ocupacionais são funções e práticas que os indivíduos vão adquirindo ao longo da vida, se relacionam com as fases/anseios e sofrem influência do ambiente e das expectativas sociais. **Objetivo:** Identificar os papéis ocupacionais e a relação destes com a qualidade de vida em uma amostra de 45 pacientes portadores de esquizofrenia. **Método:** Participaram deste estudo 45 pacientes com esquizofrenia de acordo com o critério do DSM-IV, com idade média de 29,4 anos (DP= 8,9), sendo 77,8% do sexo masculino e 45 familiares/responsáveis. Foram utilizados: a) Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, cujo propósito é identificar a percepção do indivíduo em sua participação nos principais papéis ocupacionais ao longo da vida (Parte I), bem como o grau de importância que atribui a cada um destes papéis (Parte II); b) Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR), utilizado para avaliar o grau de habilidades de pacientes psiquiátricos; c) Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Esquizofrenia (QLS-BR), que acessa informações sobre sintomas e nível geral de funcionamento; d) Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (ECDE), que quantifica o nível de depressão em esquizofrenia; e) *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), que avalia características clínicas do transtorno. Para análise estatística dos dados, adotou-se como critério valores de $p < 0,05$. **Resultados:** Todos os domínios de qualidade de vida (QV), inclusive o global, apresentaram escores compatíveis com QV baixa ou muito baixa. Observou-se correlação positiva entre as escalas ILSS, ECDE, BPRS e os dados sócio-demográficos quanto à ocupação atual e grau de autonomia (Fisher's exact = 0,048). Adicionalmente, foi verificada correlação positiva entre papéis ocupacionais e a QV. **Discussão:** A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais atendeu aos objetivos deste estudo. Este trabalho poderá propiciar subsídios para futuras intervenções em pacientes com esquizofrenia, além de enfatizar a importância de mais pesquisas sobre instrumentos de Terapia Ocupacional aplicáveis na saúde mental.

Palavras-chave: Qualidade de vida, esquizofrenia, papéis ocupacionais, saúde mental

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenic disorders affect social, affective, and professional functioning. According to the period of life in which onset occurs, the disorder may directly affect the acquisition of occupational roles and quality of life (QOL). Occupational roles refer to functions and practices that individuals take on throughout life, are related to life phases and expectations, and suffer the influence of environmental and social demands. **Objective:** To identify occupational roles and their relationship with QOL in a sample of schizophrenia patients. **Method:** Forty-five patients fulfilling DSM-IV criteria for schizophrenia were enrolled, as well as 45 relatives/guardians. The mean age of the patients sample was 29.4 years (SD = 8.9) and 77.8% were male. Assessment instruments used included the (a) Role Checklist, designed to identify one's perception concerning the participation in major occupational roles throughout life (Part I) and the importance attributed to each of these roles (Part II); (b) Independent Living Skills Survey – Brazilian version (ILSS-BR), used to assess living skills in psychiatric patients; (c) Quality of Life Scale (QLS-BR), which measures symptoms and general functioning; (d) Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), that quantifies depression symptoms in schizophrenia; and the (e) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), used to assess the clinical characteristics of psychiatric disorders. The level of statistical significance for all analyses performed was $p < 0.05$. **Results:** All QOL domains, including global QOL, had scores compatible with low or very low status. Positive correlations were found among the ILSS, CDSS, BPRS and demographics in relation to current occupation and autonomy (Fisher's exact = 0.048). In addition, a positive correlation was found between occupational roles and QOL. **Discussion:** The Role Checklist proved adequate for the purpose of this study. The findings presented may provide support for future interventions with schizophrenia patients, besides highlighting the importance of further research on Occupational Therapy instruments to be used in mental health settings.

Keywords: Quality of life, schizophrenia, occupational roles, mental health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das porcentagens de papéis, segundo cada papel	46
Tabela 2 – Valores médios da importância atribuída a cada papel ocupacional segundo idade, sexo, BPRS e ECDE.....	47
Tabela 3 – Número de papéis percebidos no passado, presente e futuro com suas médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos.....	48
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes nas variáveis sociodemográficas de acordo com as pontuações da BPRS e ECDE.....	49
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes nas variáveis clínicas	50
Tabela 6 – Distribuição dos escores de qualidade de vida na escala QLS-BR para os pacientes	51
Tabela 7. – Distribuição dos pacientes de acordo com o escore de qualidade de vida nos domínios da escala QLS-BR em sua forma categorizada.....	52
Tabela 8. – Mediana dos escores de qualidade de vida em cada domínio, segundo categorias das variáveis sóciodemográficas	53
Tabela 9 – Relação entre os domínios da QLS-BR, variáveis sóciodemográficas, BPRS, ILSS e ECDE	54
Tabela 10. – Correlação do número de papéis e escores de qualidade de vida nos vários domínios	56
Tabela 11. – Medianas das perdas, ganhos e mudanças/ausências, segundo as escalas ECDE, BPRS e ILSS.....	56

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.....	78
Anexo B – Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR)	82
Anexo C – Escala de Avaliação de Qualidade de Vida de Pacientes com Esquizofrenia (QLS-BR).....	88
Anexo D – Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (ECDE)	107
Anexo E – Critério de Classificação Econômica Brasil.....	111
Anexo F – <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS)	113
Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. <i>Esquizofrenia</i>	13
1.2. <i>Qualidade de vida</i>	16
1.3. <i>Abordagens terapêuticas</i>	19
1.4. <i>Papéis Ocupacionais, esquizofrenia e qualidade de vida</i>	22
2. OBJETIVO	28
2.1. <i>Objetivos específicos</i>	28
3. MATERIAIS E MÉTODO	29
3.1. <i>Delineamento do estudo</i>	29
3.2. <i>Casuística</i>	29
3.3. <i>Aspectos Éticos</i>	30
3.4. <i>Instrumentos</i>	30
4. PROCEDIMENTOS	39
4.1. <i>Seleção dos indivíduos</i>	39
4.2. <i>Coleta de dados</i>	39
5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	42
5.1. <i>Procedimentos para análise dos dados</i>	42
6. RESULTADOS	44
6.1. <i>Papéis ocupacionais</i>	44
6.2. <i>Dados sócio-demográficos</i>	48
6.3. <i>Papéis ocupacionais, autonomia e a relação com a qualidade de vida</i>	51
7. DISCUSSÃO	57
8. CONCLUSÃO	67
9. REFERÊNCIAS	69
10. ANEXOS	78

1. INTRODUÇÃO

1.1. Esquizofrenia

O espectro da esquizofrenia constitui-se de transtornos mentais graves e persistentes, que não se restringem a psicopatologia em si. Tais distúrbios vão além, comprometendo as esferas de funcionamento social, afetivo e produtivo do paciente (SHIRAKAWA, 2009). Segundo a classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição (CID-10, 1998), a esquizofrenia é uma enfermidade complexa, caracterizada por distorções do pensamento, da percepção de si mesmo e da realidade externa, além de inadequação e embotamento do afeto. A evolução, por sua vez, é variável, com aproximadamente 30% dos casos apresentando recuperação completa ou quase completa, 30% com recuperação incompleta e prejuízo parcial de funcionamento, e 30% com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo (CID-10, 1998).

De acordo com a retrospectiva histórica sobre o transtorno esquizofrênico e seus principais estudiosos, o psiquiatra francês Benedict A. Morel (1809-1873) foi o primeiro a utilizar o termo “*démense précoce*” para designar pacientes com funcionamento global prejudicado, nos quais a síndrome se iniciava na adolescência (*apud* KAPLAN & SADOCK, 2007). Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) descreveu os sintomas da catatonia; e Ewald Hecker (1843-1909) escreveu sobre o comportamento peculiar da hebefrenia (*apud* KAPLAN & SADOCK, 2007).

Emil Kraepelin (1856-1926) e Eugen Bleuler (1857-1939) são dois nomes essenciais na história da esquizofrenia. Eugen Bleuler foi o criador do termo “esquizofrenia”, que substituiu o termo “demência precoce” incluído na literatura

médica por Kraepelin. Bleuler criou o termo para indicar a presença de uma cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes. A diferença entre o conceito de esquizofrenia de Bleuler e o conceito de demência precoce de Kraepelin era a não obrigatoriedade de um curso deteriorante, diferente da demência precoce. Os critérios de Bleuler aumentaram o número de pacientes que preenchem os critérios para diagnóstico de esquizofrenia com sua conceituação, e agruparam os quatro sintomas principais presentes na esquizofrenia, como os quatro A's, que consistem em: Associações, Afeto, Autismo e Ambivalência. Bleuler também descreveu os sintomas secundários, que incluíam alucinações e delírios (*apud* KAPLAN & SADOCK, 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), a esquizofrenia afeta aproximadamente sete em cada mil adultos. A maioria apresenta os primeiros sinais do transtorno entre 15-35 anos sendo que, embora a incidência seja baixa, a prevalência é alta devido à cronicidade.

A esquizofrenia se inicia mais precocemente no homem do que na mulher, e apresenta pior evolução no sexo masculino. As mulheres apresentam um curso mais brando do distúrbio, com melhor prognóstico e possibilidade de adaptação social (MARI, LEITÃO, 2002; CARDOSO ET AL., 2006). Diagnósticos de esquizofrenia dificilmente ocorrem antes da puberdade e depois dos 50 anos. Quando o início é insidioso, é mais difícil estabelecer precisamente o início do transtorno. Porém, na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, existe maior predisposição masculina (MARI, LEITÃO, 2002).

O primeiro episódio de surto psicótico é impactante. Ele gera sentimentos de culpa, negação e perplexidade. Devido aos preconceitos relacionados aos distúrbios mentais, o diagnóstico geralmente é recebido com descrença e até raiva. Por causa

dessa efervescência de acontecimentos no primeiro episódio, o diagnóstico e a intervenção precoce tornam-se essenciais para diminuir a possibilidade de deterioração do funcionamento do indivíduo como um todo na esquizofrenia (LOUZÃ NETO, 2000).

Um dos aspectos principais do prognóstico da esquizofrenia é o dano no ajustamento social. Tal fator é tão relevante que a atual classificação psiquiátrica americana, o Manual Diagnóstico e Estatístico – 4ª edição revisada (DSM-IV-TR, APA, 2000), solicita a presença dessa particularidade durante boa parte do curso do transtorno para que seja atribuído o diagnóstico de esquizofrenia (MENEZES, 2000).

É considerada para o diagnóstico de esquizofrenia a ocorrência de uma perturbação das funções básicas, as quais são responsáveis por possibilitar à pessoa um senso de unicidade e autoconsciência. O paciente supostamente tem a sensação de tamanha exposição e falta de privacidade a ponto de que tudo que pensa, sente e faz ser sentido ou partilhado por outros. Podem surgir delírios explicativos, conferindo a forças externas o poder de influenciar seus pensamentos e ações. Detalhes de conceitos, vistos pela maioria das pessoas como irrelevantes, são encarados como aspectos essenciais, resultando em pensamento indefinido, desorganizado e ruminante, creditando a situações corriqueiras um significado especial, comumente assombroso, destinado unicamente ao indivíduo (Classificação Internacional de Doenças, CID-10, 1998).

Existem alguns pacientes com esquizofrenia em que o distúrbio não responde à intervenção com antipsicóticos (BRENNER & MERLO, 1995). Esta parcela, que corresponde a 20-30% dos casos, é composta principalmente por indivíduos do sexo masculino. Adicionalmente, é caracterizada pelo aparecimento de sintomas em faixas etárias anteriores, pelo maior número de hospitalizações e por funcionamento

social ainda mais prejudicado que aquele observado em outros pacientes (MELTZER ET AL., 1997; HENNA ET AL., 1999). Devido a estas características peculiares, o transtorno nestes casos recebe a designação de “esquizofrenia refratária”.

O termo esquizofrenia refratária já foi objeto de divergências na literatura científica, sendo erroneamente utilizado para designar casos nos quais a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso era duvidosa (HELKIS & MELTZER, 2007). De acordo com aqueles autores, a aplicação do termo deve antes ser utilizada para se referir àquelas situações nas quais o transtorno em si não responde ao tratamento da forma esperada, ainda que este seja seguido à risca.

Conforme o *The International Psychopharmacology Algorithm Project* (Projeto de Algoritmo Psicofarmacológico Internacional), a condição de refratariedade é preenchida quando três critérios específicos (adaptados de KANE ET AL., 1988) estiverem presentes: “(1) ausência de períodos de bom funcionamento durante cinco anos; (2) ausência de resposta a pelo menos duas drogas antipsicóticas de classes químicas diferentes, administradas durante períodos entre quatro e seis semanas em doses equivalentes a 400 mg/dia de clorpromazina ou 5 mg/dia de risperidona; e (3) sintomatologia de moderada a severa, especialmente com sintomas positivos: desorganização conceitual, suspeição, delírios ou comportamento alucinatório”.

1.2. Qualidade de vida

O conceito qualidade de vida (QV) foi citado pela primeira vez em 1920 por Pigou (*apud* WOOD-DAUPHINEE, 1999). Este autor debateu o apoio governamental para pessoas de classe social menos favorecida, e o impacto deste apoio sobre suas vidas e sobre o orçamento do Governo (*apud* WOOD-DAUPHINEE, 1999). O

termo não se popularizou e foi esquecido. Entretanto, para Fleck et al. (1999), o conceito de qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: "... os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (*apud* FLECK ET AL., 1999). Após a Segunda Guerra Mundial, o conceito passou a ser empregado com frequência (MEEBERG, 1993), realçando o aumento do padrão de vida em muitas sociedades ocidentais.

O conceito de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) é o mais aceito e utilizado pela comunidade científica. Para esta organização, "qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.3).

Lehman et al. (1982) expõem que o conhecimento sobre a qualidade de vida dos pacientes pode auxiliar na compreensão a respeito da transformação que as doenças provocam globalmente na vida e no funcionamento das pessoas acometidas, bem como na influência da assistência à saúde sobre seu bem-estar geral. Em se tratando de doenças crônicas, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes, a qualidade de vida torna-se ainda mais importante, já que o tratamento não é curativo.

Qualidade de vida compõe uma área bem fundamentada de estudo nas doenças crônicas (FLECK ET AL., 1999). A qualidade de vida passou a ser mais reconhecida no âmbito dos transtornos psiquiátricos em decorrência do fechamento dos manicômios tradicionais e processo de desinstitucionalização (movimento de

desinstitucionalização ocorrido nos países desenvolvidos ocidentais nos anos 60 e 70) com o retorno de pacientes crônicos à comunidade. Demandas como segurança pessoal, pobreza e isolamento social tornaram-se preocupações pessoais dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, de seus familiares, profissionais e gestores de saúde (AWAD ET AL., 1997).

Um estudo efetuado com o intuito de avaliar a qualidade de vida de homens e mulheres com esquizofrenia por meio da *Quality of Life Scale* (do inglês, Escala de Qualidade de Vida; QLS-BR) demonstrou diferenças importantes na qualidade de vida entre os sexos, principalmente no domínio ocupacional (CARDOSO ET AL., 2006). Os homens apresentaram maior comprometimento, adicionalmente, o sexo feminino se mostrou mais motivado quando comparado ao masculino (CARDOSO ET AL., 2006).

Este estudo verificou que a variável mais relevante e que melhor discriminou os grupos foi o estado conjugal (CARDOSO ET AL., 2006). O casamento aparece como fator consistentemente relacionado à melhor qualidade de vida tanto para homens quanto para as mulheres (SARTORIUS ET AL., 1986 *apud* SHIRAKAWA, 2009). No caso específico de homens com esquizofrenia, estes apresentam menor habilidade para estabelecer ou sustentar uma relação, comparado às mulheres (SEEMAN, 1982). Além disso, as mulheres, independentes de seu estado civil, apresentam maior satisfação, integração social e interpessoal, e envolvimento profissional, o que seguramente beneficia sua qualidade de vida (CARDOSO ET AL., 2006).

As pesquisas sobre aspectos psicossociais da esquizofrenia vêm aumentando no decorrer dos anos. Corrigan e Buican (1995) referem que pacientes portadores de transtornos mentais graves não relatam essencialmente um discernimento de

bem-estar geral ou melhora da qualidade de vida concomitante à diminuição da sua sintomatologia em consequência do tratamento. Segundo estes autores, a qualidade de vida deve ser utilizada como finalidade distinta na avaliação do tratamento de pacientes com transtornos mentais.

1.3. Abordagens terapêuticas

A esquizofrenia é um distúrbio tratável, sendo que o tratamento é mais eficaz em seus estágios iniciais (OMS, 2009). Os cinco primeiros anos do transtorno tendem a apresentar maior variabilidade na morbidade clínica. Após isso, há uma tendência à estabilização em seu estado, independente desta ser favorável ou não (MENEZES, 2000). O tempo de tratamento para obtenção da remissão também aumenta à medida que se sucedem os episódios psicóticos (LOUZÃ NETO, 2000).

Shirakawa (2000) relata que a aceitação do distúrbio e o discernimento conduzem a um melhor prognóstico, sendo que o objetivo final dessa conscientização é a colaboração do paciente com o tratamento, concordando em tomar a medicação de forma responsável e procurando alternativas de reabilitação, com consequente aumento das possibilidades de controle do transtorno. Segundo esse autor, essas mudanças abrem espaço para estimular os pacientes a recuperarem habilidades sociais perdidas, diminuir seu isolamento, incentivá-los a cuidar das atividades da vida diária, e até ajudá-los a voltar a exercer uma atividade profissional, sendo o momento de encaminhá-los para abordagens psicossociais.

Já está comprovado que a forma de intervenção mais eficaz no tratamento de pacientes com esquizofrenia fundamenta-se na combinação de tratamento psicofarmacológico com intervenções psicossociais (BUCHAIN ET AL., 2003).

LOUZÃ NETO (2000) enfatiza que o tratamento farmacológico e as abordagens psicossociais devem ser implementados simultaneamente.

A esquizofrenia afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2009). No Brasil, os pacientes com esquizofrenia ocupam 30% dos leitos psiquiátricos hospitalares, ou cerca de 100 mil leitos-dia. Ocupam ainda o segundo lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais (14%) e o 5º lugar na manutenção de auxílio-doença (PÁDUA ET AL. 2005).

De acordo com Menezes (2000), em torno de 80% dos pacientes com esquizofrenia passam por pelo menos uma internação em enfermaria psiquiátrica durante a vida, e nota-se uma relação provável entre recaída e regresso à hospitalização. Adicionalmente, o autor chama a atenção para mudança ocorrida no padrão de cuidado aos pacientes psiquiátricos nas ultimas três décadas, com destaque para uma abordagem fundamentada na comunidade e importante diminuição no número de internações.

Gabbard (2006) enfatiza que pacientes resistentes ao tratamento necessitam por consequência de hospitalização prolongada, podendo ainda apresentar um quadro predominante de relações interpessoais desorganizadas. A equipe de tratamento deve auxiliar o paciente para que a reabilitação psicossocial seja iniciada antes da alta. Nesse caso, é papel do terapeuta ocupacional oferecer abordagens terapêuticas voltadas ao fazer, à vivência grupal de (re) conhecimento de si e do outro, suas ações, sensações, de sua relação com o processo de adoecimento, de seus vínculos com o mundo, antes anulados e/ou restringidos pelo transtorno (MÂNGIA, NICÁCIO, 2001).

Segundo a OMS (2009), mais da metade das pessoas com esquizofrenia não recebe cuidados adequados, portanto, ainda há muito a ser feito. Deve ser adotada

uma abordagem terapêutica que estimule o indivíduo a desenvolver todas as suas potencialidades por meio de apoio ambiental e procedimentos psicoeducativos, devendo, portanto, ter destaque especial no tratamento moderno de pacientes com esquizofrenia. A reabilitação psicossocial é individualmente planejada, estimulando o desenvolvimento de habilidades sociais e envolvendo a somatória entre a disposição e a apropriação do indivíduo sobre seu próprio tratamento (GABBARD, 2006).

O paciente psicótico está muitas vezes apartado de inúmeras ações cotidianas, pois tanto eles quanto suas famílias se deparam com ações de ruptura. De acordo com Villares (2001), entre o processo de reabilitação e o tratamento da esquizofrenia, a Terapia Ocupacional tem destaque, pois o terapeuta ocupacional atua como o mediador do espaço individual e coletivo do paciente, a partir do vínculo estabelecido com o mesmo. Em decorrência do período de manifestação da esquizofrenia – adultos jovens no ápice da produtividade em processo de formação educacional, procurando companheiro e constituindo família, muitos indivíduos provavelmente apresentarão um futuro marcado pelo isolamento social e prejuízo ocupacional (CARDOSO ET AL., 2006). A Terapia Ocupacional pode amparar seres humanos a vincular-se em atividades da vida diária que sejam significativas (AOTA, 2008).

Um estudo realizado por Buchain et al. (2003) comparou, por seis meses, dois grupos de pacientes ambulatoriais com esquizofrenia refratária ao tratamento antipsicótico (ERTA). Esta pesquisa procurou investigar o efeito da Terapia Ocupacional como possível potencializadora do tratamento psicofarmacológico da ERTA. A importância deste estudo consiste no fato da terapêutica da ERTA concentrar-se quase que exclusivamente em tratamentos farmacológicos, não havendo evidências de que outras intervenções sejam eficazes. No entanto, pôde-se

evidenciar que a intervenção de Terapia Ocupacional combinada com medicação apropriada esteve associada à melhoria das condições dos pacientes, principalmente nos termos do desempenho ocupacional e de relacionamentos interpessoais (BUCHAIN ET AL., 2003).

A Terapia Ocupacional considera a importância fundamental das ocupações na vida das pessoas e seu consequente valor terapêutico; daí as intervenções que visam auxiliar indivíduos a se engajar em atividades significativas e com finalidade no cotidiano (AOTA, 2008). Tais atividades refletem os padrões que se desenvolvem durante a vida, como hábitos, rotinas e papéis (Cordeiro ET AL., 2007).

1.4. Papéis Ocupacionais, esquizofrenia e qualidade de vida

O conceito de papel ocupacional baseia-se na teoria clássica sobre os papéis, que deriva da Psicologia Social (Oakley, Kielhofner, Barris, e Reichler, 1986). Segundo Kielhofner, os papéis capacitam os indivíduos a estruturar sua participação ocupacional e ajudam a organizar os comportamentos produtivos, fornecendo uma identidade pessoal, conferindo expectativas sociais, organizando o uso do tempo, e inserindo o indivíduo na estrutura social (KIELHOFNER, 2008). Comunidades, organizações, grupos e famílias, são contextos que possibilitam o desempenho de papéis. A vida do indivíduo também pode ser estruturada em torno dos papéis que ele tem e representa. O padrão sequencial desses papéis ao longo dos anos define, em grande parte, o curso da vida adulta (KAHN & ANTONUCCI, 1979).

Os papéis fornecem orientação às pessoas para que ajam de forma compatível com suas funções sociais; como por exemplo, estudante, trabalhador ou pai (BARRETT, KIELHOFNER, 2002). Assim, O papel ocupacional opera como

roteiro para organizar o comportamento do indivíduo de acordo com as especificidades de cada contexto. (KIELHOFNER, BURKE, 1990).

Os mesmos se modificam ao longo da vida, acrescentando novas experiências e habilidades. Portanto, estes vão se acumulando para moldar a identidade social e a carreira ocupacional do indivíduo (KIELHOFNER, BURKE, 1990; HAGEDORN, 2001).

Kahn e Antonucci (1979) ressaltam a importância das funções que são esperadas de uma pessoa e como estas nos ajudam a entender as mudanças que ocorrem no curso da vida, pois, todos ocupamos determinada posição no espaço social. Embora uma pessoa possa sustentar diversos papéis ao longo da vida, alguns estão explicitamente relacionados à idade, principalmente quanto à hierarquia (KAHN & ANTONUCCI, 1979). Dessa forma, o desenvolvimento implica necessariamente mudança de papéis. Essa mudança, por sua vez, depende do funcionamento adaptativo individual.

De acordo com estes autores, os papéis apresentam características positivas ao favorecerem oportunidades de aquisição e uso de habilidades. Por outro lado, apresentam também características negativas ao gerarem tensões, conflitos e ambiguidades (KAHN & ANTONUCCI, 1979). Essa idéia está inserida no modelo da ocupação humana, que é uma abordagem terapêutica ocupacional que investiga como se dá a função adaptativa de um indivíduo ou a falta dela, baseado na idéia de que o homem é como um sistema aberto, possuidor de um comportamento ocupacional que é a combinação dos subsistemas hábituação, volição, e desempenho. Esta combinação pode resultar em um comportamento ocupacional eficiente ou não (KIELHOFNER, BURKE, 1990).

O modelo da ocupação humana foi apresentado em 1985 por Gary Kielhofner, em colaboração com outros estudiosos, entretanto, sua conceituação teve início na metade dos anos 70 (HAGEDORN, 2001). Este modelo entende que os papéis internalizados referem-se à expectativa que uma pessoa tem e o que é usualmente esperado em relação a comportamentos apropriados para certo status ou posição em algum grupo (KIELHOFNER, 2008). De acordo com esse modelo, a má adaptação pode ocorrer, por exemplo, quando a pessoa não interioriza papéis para guiar seu comportamento (OAKLEY ET AL., 1985).

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um instrumento derivado do Modelo da Ocupação Humana. Ela foi desenvolvida originalmente por Francês Oakley (*Role Checklist*), e publicada em 1986. Oakley analisou todos os papéis de acordo com suas implicações para a produtividade e / ou uso lúdico da época, que era o critério final para a inclusão de um papel na lista. Como exemplo, os papéis de dona de casa e de aposentado foram identificados e foi acordado que o primeiro é composto por dois papéis distintos: mantenedor e cuidador. Já o segundo não foi incluído como um papel na lista, pois indica a ausência de transformação do papel do trabalhador. Oakley realizou um estudo piloto em um programa de internação psiquiátrica (OAKLEY ET AL., 1986)

Esta lista tem por objetivo identificar os papéis ocupacionais percebido pelos indivíduos e a importância designada a cada um. Após a publicação da validação (OAKLEY ET AL., 1986), a literatura traz vários outros estudos que buscam correlacionar as modificações de papéis ocupacionais com a ocorrência de fatos específicos que teoricamente comprometem a função ocupacional e podem alterar os papéis ocupacionais. No Quadro 1, são apresentados alguns desses estudos.

Quadro 1. Estudos que utilizaram a Lista de Identificação de papéis ocupacionais em diferentes contextos

Autor	Pais	Ano	Tipo de Amostra
Barris et al.	EUA	1986	adolescentes
Ebb et al.	EUA	191989	adolescentes portadores de distúrbios psicossociais
Rust et al.	EUA	1987	comportamento feminino relacionado ao exercício físico
Frosch et al.	EUA	1997	cuidadores de portadores de traumatismo crânio-encefálico
Duellman et al.	EUA	1986	idosos
Elliot & Barris	EUA	1987	idosos
Jackoway et al.	EUA	1987	idosos
Crowe et al.	EUA	1997	mães de crianças pequenas
Sousa	Brasil	2008	mulheres fibromialgicas
Cordeiro	Brasil	2005	pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica
Oakley et al	EUA	1986	pacientes psiquiátricos
Hachey et al.	EUA	2001	pacientes psiquiátricos
Barris et al.	EUA	1988	pacientes psiquiátricos
Dickerson & Oakley	EUA	1995	peessoas da comunidade comparadas com pacientes
Oakley	EUA	1987	portadores de Alzheimer
Egan et al.	EUA	1992	portadores de fatura de quadril
Kusznir et al.	Canadá	1996	portadores de transtorno afetivo bipolar
Sepiol & Froelich	EUA	1990	portadores de transtorno de personalidade múltipla
Bavaro	EUA	1991	portadores de transtorno obsessivo-compulsivo
Hallet et al.	EUA	1994	portadores de traumatismo crânio-encefálico
Ponsford et al.	EUA	1999	portadores de traumatismo crânio-encefálico
Baker et al.	EUA	1991	transplantados de medula óssea

Após a validação do instrumento original, este passou por traduções simples para outras línguas, até ser revisada e validada para o português, a partir da versão original, e aplicada em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (CORDEIRO, 2005, 2007).

Este estudo concluiu que a versão brasileira da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é confiável para pacientes com DPOC no Brasil, para todas as variáveis estudadas: idade, sexo, estado civil, depressão, ocupação, estágio da doença e escolaridade. Os autores acreditam que, para além da população estudada, o instrumento também poderá ser útil com outros grupos no país (CORDEIRO ET AL., 2007).

Um estudo publicado por Parsons (PARSONS, 1958 *apud* OAKLEY ET AL., 1985) verificou que a incapacidade para o desempenho de papéis funciona como um precursor para a internação psiquiátrica. Por outro lado, executar papéis pode ser um benefício para o curso da esquizofrenia, como exemplo, os estudos realizados por Marwaha & Johnson (2004) e Dickerson et al. (2008). Eles relataram que a participação em atividades de trabalho está correlacionada positivamente com menor prejuízo no funcionamento social, diminuição dos níveis de sintomas, diminuição do número de internações, aumento da qualidade de vida e da autoestima, Dickerson et al. (2008) traz também a importância da participação em atividades escolares.

É sabido que fatores como inserção social, preservação das capacidades de relacionamentos interpessoais, estado civil, bom ambiente familiar e ajustamento ocupacional, entre outros, aparecem como elementos preditivos positivos para um bom prognóstico em esquizofrenia (KAPLAN & SADOCK, 2007). Considerando que a esquizofrenia prejudica acentuadamente tarefas próprias da fase adulta, como a aquisição de papéis que impliquem em maior responsabilidade, pode-se pensar que este dano se estende igualmente para a qualidade de vida, o que foi motivo de estudo no presente trabalho.

Além disso, quando observamos estudos brasileiros de terapia ocupacional em saúde mental, percebemos a escassez de investigações acerca de instrumentos específicos validados aplicáveis a esta clientela. Assim sendo, sentimos a necessidade de realizar um estudo embasado em uma das teorias que orientam a prática terapêutica ocupacional o que nos permitiu utilizar um instrumento adaptado e validado e desta forma contribuir com a literatura.

2. OBJETIVO

Esta pesquisa objetivou identificar os papéis ocupacionais e a correlação deles para com a qualidade de vida em uma amostra de 45 pacientes portadores de esquizofrenia.

2.1. Objetivos específicos

- a) Identificar os papéis ocupacionais em pacientes com esquizofrenia refratários ao tratamento farmacológico tradicional e em uso de Clozapina, pacientes responsivos ao tratamento antipsicótico tradicional e pacientes em fase aguda em regime de internação integral;
- b) Comparar a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais a outras medidas de avaliação disponíveis e já reconhecidamente validadas (QLS - BR, ILSS – BR, BPRS), através das proporções de concordância e discordância.
- c) Verificar a distribuição dos papéis ocupacionais em relação à idade e sexo.

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

Estudo correlacional de corte transversal

3.2. Casuística

População: foi selecionada uma amostra total de 45 pacientes com esquizofrenia, de ambos os sexos, diagnosticados por um médico psiquiatra, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994). No período de coleta havia 15 casos diagnosticados na Enfermaria de Psiquiatria, sendo que, destes, quatro não atendiam aos critérios de inclusão e dois não aceitaram participar do estudo. Foram abordados 22 pacientes em acompanhamento ambulatorial no Ambulatório de Reabilitação Psicossocial (AREP), dos quais, dois não aceitaram participar do estudo. O serviço do Grupo de Pacientes em uso de Medicamentos Antipsicóticos Atípicos (GRUMA) contava com um total de 20 pacientes, destes três não atendiam aos critérios de inclusão e um não aceitou participar do estudo.

Portanto, o grupo foi composto por nove indivíduos provenientes da Enfermaria de Psiquiatria, 20 do AREP e 16, em acompanhamento ambulatorial no GRUMA. Todos eram pacientes do HCFMRP-USP, com faixa etária de 18 a 54 anos, e faziam uso de medicação antipsicótica condizente com os grupos do estudo. Além disso, deveriam estar clinicamente estáveis, e apresentar no mínimo dois anos de evolução do transtorno. Em relação à amostra procedente da Enfermaria de Psiquiatria, os pacientes deveriam estar internados há pelo menos duas semanas. Foram considerados critérios de exclusão pacientes portadores de quadros

orgânicos clínicos significativos, erros inatos do metabolismo, que apresentassem co-morbidades psiquiátricas, abuso ou dependência de álcool e drogas.

Familiares/Responsáveis: participaram deste estudo familiares/responsáveis saudáveis, de ambos os sexos e idade superior a 18 anos, sem diagnóstico psiquiátrico e uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas.

Local: 3º andar, do HCFMRP-USP.

3.3. Aspectos Éticos

O presente estudo conta com a aprovação do Setor de Psiquiatria e do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, assim como com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HC-FMRP-USP (Processo HCRP nº. 11445/2007). Os pacientes e um parente/responsável foram informados sobre o objetivo da pesquisa, e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE, anexo 10.7), previamente aprovado pelo CEP.

3.4. Instrumentos

- Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (CORDEIRO et al., 2005) (EM ANEXO).

Segundo Cordeiro (2005), a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um instrumento, que exige aproximadamente 15 minutos para ser aplicado e pode ser utilizada com adolescentes, adultos e idosos. Esta Lista se divide em duas partes: a primeira avalia, através de um tempo contínuo, os principais papéis ocupacionais que constituem o cotidiano do indivíduo; a segunda parte identifica a medida de valor que o indivíduo confere a cada papel. A Lista de Identificação de

Papéis Ocupacionais considera a percepção de cada indivíduo sobre seus próprios papéis, sendo válido, portanto, apenas os papéis auto-atribuídos. Os comportamentos se organizam de acordo com os papéis internalizados e estes, por sua vez, servem como esquema de referência para organizar os comportamentos. Satisfazem-se assim as demandas do ambiente social, impulsionando a busca por conquistas e a aquisição de novos papéis (KIELHOFNER, BURKE, 1990).

Os papéis ocupacionais incluídos na Lista são de estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante em organizações. Há também a categoria “outro” para indivíduos adicionarem outros papéis não listados, sendo que cada um é acompanhado por breve definição. Este instrumento tem o propósito de identificar os componentes ocupacionais que servem para organizar a vida diária de cada indivíduo. Para tanto, a assiduidade do desempenho está incluída nas definições dos papéis (CORDEIRO, 2005).

A validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais para uso no Brasil apresentou valores de Kappa que sugeriram coeficientes de concordância moderada (0,41-0,60) à substancial (0,61-0,80) para maior parte dos papéis nas Partes I e II do instrumento, sendo que o papel “Amigo” apresentou os menores escores de concordância. Não houve diferença estatisticamente significativa na reprodutibilidade dos subgrupos das variáveis. Deste modo, conclui-se que a versão brasileira da é, provavelmente, um instrumento válido e reprodutível para a população em geral.

Para apreciação dos resultados, os papéis ocupacionais foram classificados de acordo com o Quadro 2. (SOUSA, 2008):

- Perda 1: papel desempenhado no passado, não no presente e não é pretendido para o futuro.
- Perda 2: papel desempenhado no passado, não no presente e é pretendido para o futuro.
- Ganho 1: papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e não é pretendido para o futuro.
- Ganho 2: papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e é pretendido para o futuro.
- Contínuo 1: papel desempenhado no passado, no presente e não é pretendido para o futuro.
- Contínuo 2: papel desempenhado no passado, no presente e é pretendido para o futuro.
- Mudança: papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, mas é pretendido para o futuro.
- Ausente: papel nunca desempenhado no passado e nem no presente, nem é pretendido para o futuro.

➤ Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS - BR) (EM ANEXO).

O Inventário de Habilidades de Vida Independente é um instrumento de medida que visa avaliar o grau de habilidades da vida cotidiana de pacientes psiquiátricos. Denominado originalmente como *Independent Living Skills Survey – ILSS*, foi criado por Wallace et al. (1985) (*apud* LIMA ET AL., 2003) e descrito por Wallace (1986), sendo posteriormente submetido à adaptação transcultural para o Brasil por Lima et al. (2002 *apud* LIMA ET AL., 2003).

A versão brasileira resultante foi submetida à validação de suas propriedades psicométricas por Lima et al. (2002 *apud* LIMA ET AL., 2003), recebendo a denominação de ILSS-BR. O estudo de validação demonstrou que a versão brasileira apresentava qualidades psicométricas, de validade e fidedignidade adequadas. Os coeficientes de correlação obtidos aqui para os escores do teste e do reteste das subescalas variaram entre 0,51 e 0,91. O questionário foi também submetido à avaliação de sua estabilidade temporal, além da fidedignidade do teste e do reteste do ILSS-BR por Bandeira et al. (2003). O Inventário de Habilidades de Vida Independente tem como finalidade obter a percepção do entrevistado sobre o ajustamento social (capacidade de cuidar de si mesmo e de seus interesses) do paciente, sendo que, para isso, o entrevistado deve conviver com o paciente.

Este questionário abrange todas as áreas de vida independente, como: alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalho. Nele existem 84 itens que devem ser marcados de acordo com a frequência de ocorrência dos comportamentos, enfatizando o último mês. A frequência da ocorrência do comportamento deve ser graduada em: 0 - nunca; 1 - algumas vezes; 2 – com frequência; 3 – na maioria das vezes e 4 – sempre.

- Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Esquizofrenia (CARDOSO et al., 2002) (EM ANEXO).

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Esquizofrenia (*Quality of Life Scale*) foi desenvolvida por Heinrichs et al. (1984). A adaptação transcultural para o Brasil foi executada por Cardoso (2001) em sua dissertação de mestrado e a publicação dessa adaptação foi de Cardoso et al. (2002). A análise

fatorial indicou a distribuição dos itens da escala em três fatores que explicaram 63% da variância, identificados como: 1) rede social, 2) nível ocupacional e 3) funções intrapsíquicas e relações interpessoais. O coeficiente alfa de Cronbach para consistência interna do instrumento mostrou valores acima de 0,85 para a escala global e fatores. As medidas de confiabilidade teste-reteste indicaram uma correlação significativa de 0,85. Para a confiabilidade interavaliador, a estimativa kappa variou de 0,67 a 1 para os 21 itens da escala (CARDOSO ET AL., 2003). Os 21 itens da escala provêm informações sobre sintomas e o nível de funcionamento em 4 categorias: relações interpessoais, nível ocupacional, funções intrapsíquicas, objetos e atividades comuns (BOBES ET AL., 2005). As conclusões ocorrem a partir de julgamento do entrevistado e do observador.

O paciente não deve ser entrevistado acompanhado de familiar, cônjuge ou amigo. Ele deve ser informado sobre o objetivo da aplicação e o destino dos dados obtidos para que se sinta à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro. É necessário enfatizar que o questionário se refere às três últimas semanas da vida do paciente, independente do local onde o indivíduo se encontra.

A escala se inicia com breve exposição sobre cada item para auxiliar o entrevistador a compreender o parâmetro a ser avaliado, sendo que cada item se subdivide em três partes com algumas perguntas para que o entrevistador as utilize na entrevista. No final, há uma grade de cotação com sete pontos, que o entrevistador deve utilizar para fazer o seu julgamento sobre o item avaliado. Quanto mais alta a pontuação obtida, melhor o funcionamento do entrevistado.

Todos os itens da escala devem ser avaliados e cada um deve ser explorado tanto quanto necessário, para permitir ao entrevistador a oportunidade de fazer um

bom julgamento clínico. Para isto, ele pode se valer de complementos na pergunta sugerida, ou mesmo fazer perguntas adicionais, além daquelas incluídas na escala. Quando fatores extrínsecos estiverem claramente envolvidos, o avaliador deve fazer adaptações.

De acordo com a autora que validou e adaptou o instrumento para o Brasil (CARDOSO, 2001), para avaliar a *qualidade de vida global dos pacientes*, calcula-se a média aritmética dos valores obtidos nos 21 itens que compõem a escala. Quanto maior o escore, melhor será a qualidade de vida. No entanto, para avaliar a qualidade de vida em relação aos aspectos específicos da vida do paciente, calcula-se a média das respostas obtidas em cada um dos três domínios da escala.

Assim, para se avaliar a *Rede Social* (Domínio 1), calcula-se a média dos escores obtidos nos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. Quanto mais esta média se aproximar de 6, melhor será a qualidade de vida com relação a este aspecto. Para avaliar o *Nível Ocupacional* (Domínio 2), calcula-se a média dos escores obtidos nos itens: 9, 10, 11, 12 e 17. Quanto ao *Funcionamento Intrapsíquico e Relações Interpessoais* (Domínio 3), pode-se avaliá-lo calculando a média dos escores nos seguintes itens: 8, 13, 15, 18, 19, 20 e 21.

Quando os itens 1 e 12 estiverem sido marcados com a *nota técnica* (9), estes itens deverão receber escores equivalentes à média dos demais itens que compõem os seus respectivos fatores. Por exemplo: quando o *item 1* (relacionamentos íntimos com membros da casa) for marcado durante a entrevista com a *nota técnica* 9, porque o item não se aplica a um paciente que mora sozinho, este item deverá receber posteriormente um escore correspondente à média dos demais itens do Domínio 1: Rede Social.

Os escores da escala da qualidade de vida foram estabelecidos de acordo com a classificação utilizada no estudo de Santana et al. (2009), no qual os valores:

- 0 a 1,99 = qualidade de vida muito comprometida;
- 2 a 4,99 = qualidade de vida comprometida;
- A partir de 5 = qualidade de vida inalterada.

➤ Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia – Adaptação para uso no Brasil (BRESSAN ET AL., 2000) (EM ANEXO).

A Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (ECDE) é arquitetada para analisar o nível de depressão em pessoas com esquizofrenia. Ela procede originalmente do Exame do Estado Psíquico e da Escala de Hamilton para Depressão e é projetada para revelar a presença de depressão, independentemente das outras dimensões psicopatológicas da esquizofrenia. Pode ser aplicada tanto na fase aguda quanto residual do transtorno, sendo que ainda é sensível a mudanças de humor, podendo ser utilizada em diferentes intervalos de tempo (BRESSAN ET AL., 2000).

A adequação da ECDE para uso no Brasil apresentou altos coeficientes de confiabilidade entre examinadores (índices variaram entre 0,63 e 1,00), de consistência interna (0,80), de validade concorrente (sensibilidade 77%, especificidade 92%, valor preditivo positivo 67% e valor preditivo negativo 95%) e de validade discriminante. Deste modo, conclui-se que a versão brasileira da ECDE é um instrumento válido para aferir depressão em pacientes com esquizofrenia em nosso meio (BRESSAN ET AL., 1998).

Para cada item, o sintoma é pontuado em ausente, leve, moderado ou grave. A amplitude dos escores varia de 0 a 27, sendo que quanto maior o escore, maior a

gravidade do quadro depressivo. Dois grupos foram formados: pacientes com depressão maior (escore a partir de 7) e pacientes sem depressão maior (escore até 6).

➤ Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2003) (EM ANEXO).

O Critério de Classificação Econômica Brasil (2003) tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias que residem no perímetro urbano. Sua função, portanto, não é rotular a população em categorias sociais e sim possibilitar uma divisão definida de classes econômicas. Ele caracteriza os participantes segundo seu poder aquisitivo, de acordo com a posse de objetos ou bens de consumo e o grau de escolaridade do chefe da família, compreendendo-os em classes econômicas que variam de A a E, sendo A a mais alta, decrescendo até E. Este instrumento se baseia no levantamento sócio econômico IBOPE (2000).

➤ BPRS - Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (EM ANEXO)

A Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (do inglês, *Brief Psychiatric Rating Scale* - BPRS, Overall e Gorham, 1962) modificada por Bech (1988) e traduzida e adaptada para o português (ZUARDI ET AL., 1994). De acordo com as instruções para pontuação, a escala é basicamente quantitativa e foi construída com o único propósito de se avaliar o quadro clínico atual, não devendo ser considerada como um instrumento diagnóstico. A BPRS é uma escala para avaliar a evolução de sintomas, durante um tratamento ou procedimento. Assim não tem um ponto de corte. Entretanto, um estudo realizado por Zuardi et al. (1994), com pacientes internado verificou que o escore de 6 era preditivo de que o paciente teria alta em menos de uma semana.

Essa versão é composta por 18 itens da escala original desenvolvida por Overall e Gorham (1962), com escore variando entre 0 (mínimo - ausente) e 4 (máximo – presente o tempo todo ou durante a maior parte do tempo). Cada item é pontuado por um entrevistador treinado no uso da mesma e com o auxílio de um guia de entrevista estruturada. Este guia foi adotado considerando o estudo de Crippa et al. (2001), pois este observou que o uso de guia de entrevista estruturada reduz a variabilidade de coleta de informações nos testes de confiabilidade do BPRS (CRIPPA ET AL., 2001).

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Seleção dos indivíduos

Os sujeitos foram selecionados entre os pacientes do Grupo de Medicções Atípicas (GRUMA), do Ambulatório de Reabilitação Psicossocial (AREP) e da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, onde também foi feito o convite para um parente acompanhante.

Todos os pacientes atendidos nos três serviços têm acompanhamento individual e são avaliados periodicamente pela equipe médica psiquiátrica da Enfermaria e Ambulatório de Psiquiatria, esses profissionais recebem capacitação e treinamento no uso das escalas psiquiátricas. Eles aplicaram as escalas BPRS e ECDE, cujos dados foram utilizados para a avaliação clínica de inclusão no estudo. Foram considerados aqui os dados das avaliações feitas no período de realização das entrevistas.

Os pacientes foram escolhidos pela pesquisadora através de leitura dos prontuários médicos e conversa com os psiquiatras dos serviços a respeito do estudo e dos critérios de inclusão e exclusão necessários aos participantes. Após essa triagem inicial, os pacientes e seus familiares eram convidados a conhecer e participar do estudo, enquanto aguardavam na sala de espera. Quando aceitavam eram conduzidos a uma sala reservada. Tanto a avaliação clínica quanto as entrevistas foram realizadas nas dependências do HCFMRP - USP.

4.2. Coleta de dados

Pacientes: a coleta de dados era iniciada com a acomodação do paciente em uma sala reservada no local, a fim de diminuir possíveis interferências ambientais,

que prejudicassem a avaliação. O estudo era explicado e as dúvidas esclarecidas sobre os procedimentos utilizados (entrevista com a pesquisadora e avaliação clínica com o psiquiatra). Também era esclarecido que a entrevista com a pesquisadora consistia na aplicação de dois instrumentos no paciente e mais dois instrumentos no familiar, sendo que estas aplicações ocorreriam separadamente, mantendo a privacidade dos participantes. A pesquisadora apresentava todo o material ao paciente, incluindo os instrumentos que seriam aplicados em um familiar.

O termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo) submetido, juntamente com o projeto, ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, era apresentado e lido pelo próprio paciente, sendo que em alguns casos, quando houve solicitação do mesmo, o termo foi lido pela pesquisadora, permitindo assim que os pacientes obtivessem informações também por escrito. Caso os pacientes aceitassem colaborar, este termo era devidamente preenchido e assinado, autorizando sua participação na pesquisa, caso contrário, foram respeitados pela sua decisão. Em seguida era dada ao paciente a possibilidade de esclarecer quaisquer dúvidas que ainda pudessem persistir e, então, a sequência de instrumentos era iniciada.

O paciente era avaliado pelo psiquiatra que, além dos procedimentos padrões, aplicava a ECDE e o BPRS. Depois, o paciente era entrevistado pela pesquisadora, a qual aplicava a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais e a QLS-BR. Os instrumentos eram reapresentados ao paciente, ele recebia informações sobre cada um de seus itens e podendo contar com a pesquisadora para eventuais esclarecimentos durante toda a aplicação. A média de tempo total utilizado em cada entrevista com o paciente foi de 60 minutos.

Além dos pacientes, os familiares também foram informados e esclarecidos acerca do projeto de pesquisa, com o mesmo procedimento em relação ao termo de consentimento. Posteriormente, um dos familiares (em alguns casos, quando havia interesse dois participavam) era convidado a responder os itens dos instrumentos ILSS – BR e Critério de Classificação Econômica Brasil, a fim de contribuir com sua percepção sobre a classe econômica e a autonomia do paciente. A média de tempo total utilizada em cada entrevista com o familiar foi de 30 minutos.

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.1. Procedimentos para análise dos dados

Inicialmente foram tabuladas e apresentadas as características clínico-demográficas dos três grupos foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, classificação econômica, conforme O Critério de Classificação Econômico Brasil – CCEB da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2010), raça, diagnóstico clínico, escores da BPRS e da Calgary. A análise dos dados demográficos e clínicos da amostra estudada foi realizada por meio da aplicação de testes estatísticos descritivos paramétricos e não paramétricos. Adotou-se como nível de significância $p < 0,05$.

O resultado obtido com Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais de Cordeiro (2005) foi submetido a uma análise quali-quantitativa. O início dos sintomas da esquizofrenia foi utilizado como uma marca entre passado e presente, a fim de definir o padrão de desempenho do papel (perdas, ganhos, ausências, mudanças e continuidade do desempenho de papéis) de acordo com estudos prévios, usando o mesmo instrumento (HALLETT ET AL., 1994; CROWE ET AL., 1997; HACHEY ET AL., 2001) e pesquisas envolvendo instrumentos do Modelo de Ocupação Humana (KIELHOFNER, 2008). Para a análise do desempenho de padrão de papel, os valores médios do número de padrões verificados foram calculadas e utilizadas como uma síntese dos resultados.

Para a BPRS, foi realizada uma análise dos quatro fatores que a compõem (Ansiedade-Depressão, Retraimento-Retardo, Distúrbio do Pensamento, Ativação), de acordo com Crippa et al. (2002).

Os resultados das escalas de avaliação foram correlacionados entre si através do coeficiente de correlação de Spearman. O teste de Mann Whitney foi utilizado para comparar escores de dois grupos independentes e o teste de Kruskal-Wallis para comparação de mais de dois grupos (SIEGEL & CASTELLAN Jr., 2006).

6. RESULTADOS

6.1. *Papéis ocupacionais*

Todos os 10 papéis ocupacionais listados foram observados de acordo com os critérios adotados e descritos na metodologia.

Estudante: foi citado por 44% dos pacientes como um papel que foi desempenhado apenas no passado e não está nos planos para o futuro, enquanto 47% além de já terem exercido esse papel no passado querem retomá-lo no futuro. Todos os pacientes que são estudantes no presente querem continuar sendo no futuro (9%).

Trabalhador: os pacientes que tiveram esse papel no passado e não o tem no presente, pretendem recuperá-lo no futuro (53%), sendo que apenas 20% dos que já foram trabalhadores e não o são atualmente não pretendem voltar a ser no futuro. Apenas 2% dos pacientes que assinalaram esse papel apenas no tempo presente não pretendem mante-lo no futuro. Daqueles pacientes que desempenharam o papel de trabalhador, 9% continuam desempenhando e desejam desempenhar no futuro. Na presente amostra, 11% nunca foram trabalhadores, mas querem ser no futuro e 4% nunca foram e nem querem ser no futuro.

Voluntário: uma pequena porcentagem dos pacientes exerceu esse papel no passado e não pretende retoma-lo no futuro (2%). Também são poucos os que desempenharam e pretendem retomar (4%). Esse papel obteve as maiores porcentagens entre os pacientes como algo nunca vivenciado, mas pretendido para o futo (44%) e um número maior ainda entre os que nunca exerceram e nem pretendem (49%).

Cuidador: entre os pacientes participantes do estudo, 16% dos pacientes já desempenharam esse papel apenas no passado e não pretendem retoma-lo no

futuro, 11% desejam retomar no futuro o papel exercido no passado, 44% nunca foram, mas pretendem ser no futuro e 24% nunca foram e nem desejam ser.

Serviço doméstico: neste estudo, 9% dos pacientes já desempenharam serviço doméstico no passado e não pretendem voltar a fazer no futuro, 18% fizeram no passado e pretendem retomar no futuro, 7% nunca o fizeram no passado, no entanto realizam atualmente, mas não pretendem continuar no futuro, 51% já desempenharam no passado, mantem na atualidade e desejam continuar no futuro. Finalmente, 7% nunca desempenharam e nem pretendem.

Amigo: entre os pacientes participantes do estudo, 7% foram amigos no passado, não são atualmente e não desejam ser no futuro, 36% foram no passado e querem ser no futuro, 49% foram, são e querem ser no futuro, 7% nunca foram, mas desejam ser no futuro e 2% nunca foram e não pretendem ser.

Membro de família: apenas 2% dos pacientes relataram que este papel ficou apenas no passado e 2% relataram que tiveram no passado e pretendem retoma-lo no futuro. Entretanto 91% tiveram, tem e querem continuar tendo no futuro.

Religioso: dentro da amostra total, 13% já tiveram esse papel no passado, não tem no presente e não quer ter no futuro, 31% tiveram no passado e querem recuperar no futuro, 2% não tinham no passado, tem no presente e não pretendem manter no futuro, 9% nunca tiveram, mas anseiam para o futuro e 2% nunca tiveram e não tem interesse.

Passatempo/Amador: somente 4% já tiveram, mas não querem retomar, 2% já tiveram e desejam voltar a ter no futuro, 2% não tinham no passado, tem atualmente e não querem ter no futuro. A maioria (60%) teve, tem e quer ter no futuro, 9% nunca teve, mas quer ter no futuro e 2% nunca teve e nem o quer.

Participação em organizações: entre os pacientes participantes do estudo, 20% já fizeram parte e não quer voltar no futuro, 16% já vivenciaram e querem novamente no futuro, 7% não o fizeram no passado, fazem atualmente e não desejam para o futuro, 11% tiveram, tem e querem continuar a ter esse papel no futuro, 18% nunca tiveram, mas desejam ter no futuro e 29% nunca tiveram e não desejam ter no futuro. Entretanto, não houve pontuação nos padrões de Ganho 2 e Contínuo 1, como poderá ser visto na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das porcentagens dos padrões de papéis, segundo cada papel (n=45)

Papéis	Perda1	Perda2	Ganho1	Ganho2	Contínuo1	Contínuo2	Mudança	Ausência
Estudante	44	47	---	---	---	9	---	---
Trabalhador	20	53	2	---	---	9	11	4
Voluntário	2	4	---	---	---	---	44	49
Cuidador	16	11	---	---	---	4	44	24
Serviço Doméstico	9	18	7	---	---	51	7	9
Amigo	7	36	---	---	---	49	7	2
Membro de Família	2	2	4	---	---	91	---	---
Religioso	13	31	2	---	---	42	9	2
Passatempo/Amador	4	22	2	---	---	60	9	2
Participação em organizações	20	16	7	---	---	11	18	29

A Tabela 2 traz a segunda parte da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, que avalia a importância dada a cada papel. Podemos observar os valores médios da importância atribuída a cada papel ocupacional onde os valores não apresentaram significância estatística.

Tabela 2. Valores médios da importância atribuída a cada papel ocupacional segundo Idade, sexo, BPRS e ECDE

	Estudante	Trabalhador	Voluntário	Serviço			Membro de		Participação	
				Cuidador	Doméstico	Amigo	Família	Religioso	Passatempo/ Amador	em organizações
Sexo*										
Masculino	1,77	1,66	1,06	1,4	1,23	1,69	1,83	1,83	1,46	1
Feminino	1,5	1,6	1,1	1,2	1,2	1,9	1,9	2	1,6	1,2
Total	1,71	1,64	1,07	1,36	1,22	1,73	1,84	1,87	1,49	1,04
Idade**										
Até 29 anos	1,66	1,66	0,93	1,24	1,17	1,72	1,83	1,9	1,55	1,07
A partir de 30 anos	1,81	1,63	1,31	1,56	1,31	1,75	1,88	1,81	1,38	1
Total	1,71	1,64	1,07	1,36	1,22	1,73	1,84	1,87	1,49	1,04
BPRS◇										
Até 9	1,73	1,73	0,93	1,53	1,33	1,87	1,73	1,8	1,4	0,93
10 à 14	1,5	1,36	1,21	1,29	1,07	1,71	1,86	1,93	1,64	1,07
A partir de 15	1,88	1,81	1,06	1,25	1,25	1,63	1,94	1,88	1,44	1,13
Total	1,71	1,64	1,07	1,36	1,22	1,73	1,84	1,87	1,49	1,04
ECDE◇◇										
Até 6	1,68	1,61	1,03	1,37	1,29	1,74	1,82	1,84	1,55	1,05
A partir de 7	1,86	1,86	1,29	1,29	0,86	1,71	2	2	1,14	1
Total	1,71	1,64	1,07	1,36	1,22	1,73	1,84	1,87	1,49	1,04

*Não houve diferenças significativas entre os sexos, Segundo teste de Mann Whitney ao nível de significância de 5%

**Não houve diferenças significativas entre os dois grupos, Segundo teste de Mann Whitney ao nível de significância de 5%

◇ Não houve diferenças significativas entre os tres grupos, Segundo teste de Kruskal-Wallis ao nível de significância de 5%

◇◇Não houve diferenças significativas entre os dois grupos, Segundo teste de Mann Whitney ao nível de significância de 5%

O teste t pareado demonstrou a diferença entre as médias dos papéis ocupacionais em relação ao aspecto temporal (passado, presente e futuro) abordado pela lista. A Tabela 3 ilustra esse panorama.

Tabela 3. Número de papéis percebidos no passado, presente e futuro com suas médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos

Tempo	Média	DP	Mín.	Máx.
Passado	7,04*	1,26	4	9
Presente	3,51**	1,6	0	6
Futuro	7,40*	2,23	1	10

*As médias de papéis no passado e no futuro não diferem.

**A média no presente é menor do que no passado ($P < 0,001$) e no futuro ($P < 0,001$) (teste t pareado)

6.2. Dados sócio-demográficos

A coleta de dados durou 12 meses e 11 dias, sendo que neste período a pesquisadora realizou a coleta nos três grupos (AREP, GRUMA e enfermaria) simultaneamente, de acordo com a disponibilidade de pacientes que atendessem os critérios de inclusão do estudo e aceitassem participar do mesmo. O AREP foi o local mais fácil de atingir o número de pacientes, devido a quantidade de atendimentos semanais e da maior disponibilidade de casos decorrentes da grande rotatividade do serviço. O fator limitante encontrado no GRUMA foi o fato de que sua rotatividade é baixa e no período de coleta não entraram novos casos. A enfermaria de psiquiatria possui 14 leitos e os diagnósticos são variados, portanto o número de pacientes com esquizofrenia é variável. Foram avaliados 45 pacientes e 45 familiares/acompanhantes, com duração média de 60 minutos para cada pacientes e 30 minutos para cada familiar.

A maioria de pacientes homens (77,8%), com a média de idade de 29,4 anos. As Tabelas 4 e 5 trazem informações sócio-demográficas e clínicas dos participantes do estudo. Em relação a escolaridade, 51,1% cursou até o primeiro grau e 48,9% cursou o segundo grau, ou parte dele, e alguns poucos iniciaram o terceiro grau, mas não concluíram. Em relação ao estado civil, 93,3% eram solteiros.

Sobre a ocupação desenvolvida atualmente, 20,0% eram aposentados, 51,1% estavam inativos e sem remuneração e 28,9% estavam desempenhando alguma função remunerada. Foi verificado que a maioria dos pacientes (57,8%) estavam acompanhados por suas mães, 20,0% tinham como acompanhante o pai e 22,2% por outros responsáveis, como irmãos, tios, filhos ou algum funcionário da família. A classe social predominante foi a C, com 62, 2% dos participantes e a menos frequente foi a classe A2, com apenas 2,2%.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes nas variáveis sócio-demográficas de acordo com as pontuações da BPRS e ECDE (n=45)

Variáveis sócio-demográficas		Escore BPRS			Escore ECDE		TOTAL
		Até 9	10 a 14	A partir de 15	Até 6	A partir de 7	
Sexo							
	Masculino	13	10	12	31	4	35
	Feminino	2	4	4	7	3	10
Idade							
	Até 29 anos	10	11	8	25	4	29
	A partir de 30 anos	5	3	8	13	3	26
Escolaridade							
	Até 1º grau	6	8	9	20	3	23
	A partir do 2º grau inc.	9	6	7	18	4	22
Estado civil							
	Solteiro	14	13	15	35	7	42
	Separ/Div/Viuvo	1	1	1	3	0	3
Ocupação atual							
	Aposentado	2	3	4	8	1	9
	Inativo	6	8	9	17	6	23
	Ativo	7	3	3	13	0	13
Acompanhante							
	Mãe	8	5	13	20	6	26
	Pai	4	5	0	8	1	9
	Outros	3	4	3	10	0	10
Classe social							
	A2	1	0	0	1	0	1
	B1	2	2	0	4	0	4
	B2	4	3	3	8	2	10
	C	8	8	12	24	4	28
	D	0	1	1	1	1	2

As variáveis clínicas abordadas foram os sintomas positivos (incluem delírios e alucinações) e negativos (incluem embotamento afetivo, pobreza de fala ou de seu conteúdo, bloqueio, auto-higiene pobre, falta de motivação, anedonia e retraimento social) e também os sintomas depressivos. A tabela 5 apresenta a distribuição dos pacientes segundo critérios avaliados pela ECDE e BPRS.

Tabela 5. Distribuição dos pacientes nas variáveis clínicas (n=45)

Variáveis clínicas	n	%
ECDE		
Escore até 6	34	75,6
Escore a partir de 7	11	24,4
BPRS		
Escore até 9	15	33,3
Escore de 10 a 14	14	31,1
Escore a partir de 15	16	35,6

Nota-se que a maioria dos pacientes (75,6%) obtiveram escore até 6, ou seja, são considerados sem depressão, fator positivo dentro do quadro clínico. Na pontuação da BPRS houve uma distribuição quase homogênea, havendo um índice discretamente maior (35,6%) de pacientes com escore a partir de 15. Em relação a pontuação da BPRS, embora não exista uma nota de corte, a divisão dos pacientes participantes foi feita para tornar a apresentação dos dados mais didática, mas é importante ressaltar que quanto maior o índice, mais sintomático está o paciente.

A investigação sobre a associação entre as escalas ILSS, ECDE, BPRS e os dados sociodemográficos indicaram significância apenas entre ocupação atual e grau de autonomia (Fisher's exact = 0,048) e um valor quase significativo entre valores da BPRS e acompanhante, o que pode significar uma tendência (Fisher's exact = 0,052).

6.3. Papéis ocupacionais, autonomia e a relação com a qualidade de vida

Na categorização da qualidade de vida (QV) encontraram-se escores apenas nos itens que indicam comprometimento e excesso de comprometimento da QV dos pacientes. A distribuição dos escores de QV na escala QLS-BR aponta para maior comprometimento no domínio ocupacional. Dentre os escores apresentados, não houve classificação compatível com uma QV inalterada em nenhum dos itens pesquisados (Tabela 6). Os resultados do presente estudo não apresentaram escore médio maior que 4,99 em nenhum dos domínios, nem na qualidade de vida global.

Tabela 6. Distribuição dos escores de qualidade de vida na escala QLS-BR para os pacientes (n=45)

Domínios e Escala Global	Mediana
Domínio 1: rede social	2,35
Domínio 2: nível ocupacional	2,04
Domínio 3: funções intrapsíquicas e relações interpessoais	2,56
Qualidade de vida global (21 itens)	2,78
Escore 0 – 1,99 = QV muito comprometida; Escores 2 – 4,99 = QV comprometida; Escores 5 a 6 = QV inalterada.	

É possível observar que a maioria dos pacientes obteve pontuação classificatória para qualidade de vida comprometida (Tabela 7). Entretanto, nenhum apresentou qualidade de vida inalterada, todos esses pacientes estão com sua qualidade de vida comprometida, variando negativamente o nível de comprometimento. A escala global, que permite avaliar de maneira geral a qualidade de vida dos pacientes, mostrou que 24,4% deles possuíam QV muito comprometida.

Tabela 7. Distribuição dos pacientes de acordo com o escore de qualidade de vida nos domínios da escala QLS-BR em sua forma categorizada (n=45)

Domínios e Escala Global	QV muito comprometida (0-1,99)		QV comprometida (2-4,99)		QV inalterada (5 a 6)	
	n	%	n	%	n	%
Domínio 1 * Rede social	17	37,8	28	62,2	-----	
Domínio 2 ** Nível ocupacional	22	48,9	23	51,1	-----	
Domínio 3 ◇ Intrapsíquico e relações interpessoais	8	17,8	37	82,2	-----	
Escala global ◇◇	11	24,4	34	75,6	-----	

*Compreende os itens 1 a 7 da Escala QLS-BR; **Compreende os itens 9 a 12 e 17 da Escala QLS-BR;

◇Compreende os itens 8, 13, 15 e 18 a 21 da Escala QLS-BR.; ◇◇ Compreende os itens 1 a 21 da Escala QLS-BR.

Em decorrência da diversidade das características sociodemográficas e do fato dos pacientes participantes se encontrarem em três momentos distintos do tratamento (internação, reabilitação psicossocial e utilização de medicamentos atípicos), consideramos pertinente investigar essas variáveis em relação a QV, entretanto, não foi observada nenhuma diferença significativa entre grupos, apenas um escore discretamente maior para os pacientes do GRUMA (Tabela 8). Essa distribuição aponta diferenças em relação ao sexo, ocupação atual e classe social.

Tabela 8. Medianas dos escores de qualidade de vida em cada domínio segundo categorias das variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	Mediana Dominio1	Mediana Dominio2	Mediana Dominio3	Mediana QVGlobal
Sexo				
Masculino	2,29	1,6	2,57	2,76
Feminino	2,64	2,7*	2,64	2,98
Idade				
Até 29 anos	2,29	1,8	2,57	2,86
A partir de 30 anos	2,36	2,1	2,57	2,88
Grupo				
AREP	2,29	1,9	2,43	2,76
GRUMA	2,43	2,4	2,86	2,95
Enfermaria	2,29	1,4	2,43	2,71
Escolaridade				
Até 1º grau	2,29	1,6	2,43	2,71
A partir do 2º grau inc***	2,86	2,6	3	3,14
Estado civil				
Solteiro	2,29	1,9	2,57	2,86
Separ/Div/Viuvo	2,43	3,2	2,43	2,9
Ocupação atual				
Aposentado	2,29	0,8	2,43	2,43
Inativo	2	1,4	2,43	2,33
Ativo**				
Acompanhante	3	3,4	3,29	3,76
Mãe	2,86	2	2,64	2,93
Pai	1,71	1,4	2,43	2,33
Outros	2,21	1,8	2,5	2,71
Classe social ◇				
A/B	3	2,6	3,29	3,57
C/D	2,07	1,5	2,43	2,55

*Mulheres tem escores mais altos no domínio 2 (P = 0,0443 - Teste de Mann-Whitney)

** Pacientes ativos profissionalmente tem escores maiores em todos os domínios (Respectivamente P=0,0236 P= 0,0001 P= 0,0304 P= 0,0003)

*** Maior instrução leva a escores mais altos (P = 0,0304)

◇ Os escores de todos os domínios da QV diferem segundo a classe social (P= 0.0064; P= 0.0451; P= 0.0017; P= 0.0032)

A Tabela 9 traz os escores e percentil das variáveis sociodemográficas e das escalas BPRS, ECDE e ILSS relacionadas aos domínios da escala de QLS-BR. Através do teste de Kruskal-Wallis pode-se ressaltar que as variáveis que melhor discriminaram esse quadro foram a classificação de ativo em relação à ocupação atual e escore maior na ILSS, indicativo de maior autonomia. Ambas correlacionaram-se positivamente com o nível ocupacional e a qualidade de vida global.

Tabela 9. Relação entre os domínios da QLS-BR, variáveis sociodemográficas, BPRS, ILSS e a ECDE

Escore da ILSS	Domínio1			Domínio2			Domínio3			QV Global		
	QV Comprometida	QV Muito Comprometida	QV Muito Comprometida	QV Comprometida	QV Muito Comprometida	QV Muito Comprometida	QV Comprometida	QV Muito Comprometida	QV Muito Comprometida	QV Comprometida	QV Muito Comprometida	QV Muito Comprometida
≤ 160	5 (35,71%)	9 (64,29%)	2 (14,29%)	12 (85,71%)	10 (71,43%)	4 (28,57%)	7 (50,00%)	7 (50,00%)	7 (50,00%)	7 (50,00%)	7 (50,00%)	7 (50,00%)
161 - 209	11 (68,75%)	5 (31,25%)	8 (50,00%)	8 (50,00%)	13 (81,25%)	3 (18,75%)	12 (75,00%)	4 (25,00%)	12 (75,00%)	4 (25,00%)	4 (25,00%)	4 (25,00%)
≥ 210	12 (80%)	3 (20%)	13 (86,67%)	2 (13,33%)**	14 (93,33%)	1 (6,67%)	15 (100%)	0 (0,00%)	15 (100%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Escore BPRS												
Até 9	10 (66,67%)	5 (33,33%)	9 (60,00%)	6 (40,00%)	13 (86,67%)	2 (13,33%)	12 (80,00%)	3 (20,00%)	12 (80,00%)	3 (20,00%)	3 (20,00%)	3 (20,00%)
10 à 14	9 (64,29%)	5 (35,71%)	7 (50,00%)	7 (50,00%)	10 (71,43%)	4 (28,57%)	10 (71,43%)	4 (28,57%)	10 (71,43%)	4 (28,57%)	4 (28,57%)	4 (28,57%)
A partir de 15	9 (56,25%)	7 (43,75%)	7 (43,75%)	9 (56,25%)	14 (87,50%)	2 (12,50%)	12 (75,00%)	4 (25,00%)	12 (75,00%)	4 (25,00%)	4 (25,00%)	4 (25,00%)
Escore ECDE												
Até 6	24 (63,16%)	14 (36,84%)	20 (52,63%)	18 (47,37%)	30 (78,95%)	8 (21,05%)	30 (78,95%)	8 (21,05%)	30 (78,95%)	8 (21,05%)	8 (21,05%)	8 (21,05%)
A partir de 7	4 (57,14%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)	4 (57,14%)	0 (0,00%)	7 (100,00%)	4 (57,14%)	3 (42,86%)	4 (57,14%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)
Sexo												
Masculino	21 (60,00%)	14 (40,00%)	16 (45,71%)	19 (54,29%)	28 (80,00%)	7 (20,00%)	25 (71,43%)	10 (28,57%)	25 (71,43%)	10 (28,57%)	10 (28,57%)	10 (28,57%)
Feminino	7 (70,00%)	3 (30,00%)	7 (70,00%)	3 (30,00%)	9 (90,00%)	1 (10,00%)	9 (90,00%)	1 (10,00%)	9 (90,00%)	1 (10,00%)	1 (10,00%)	1 (10,00%)
Idade												
Até 29 anos	17 (58,62%)	12 (41,80%)	13 (44,83%)	16 (55,17%)	22 (75,86%)	7 (24,14%)	21 (72,41%)	8 (27,59%)	21 (72,41%)	8 (27,59%)	8 (27,59%)	8 (27,59%)
A partir de 30 anos	11 (68,75%)	5 (31,25%)	10 (62,50%)	6 (37,50%)	15 (93,75%)	1 (6,25%)	13 (81,25%)	3 (18,75%)	13 (81,25%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)
Grupo												
AREP	11 (55,00%)	9 (45,00%)	10 (50,00%)	10 (50,00%)	16 (80,00%)	4 (20,00%)	14 (70,00%)	6 (30,00%)	14 (70,00%)	6 (30,00%)	6 (30,00%)	6 (30,00%)
GRUMA	12 (75,00%)	4 (25,00%)	10 (62,50%)	6 (37,50%)	15 (93,75%)	1 (6,25%)	14 (87,50%)	2 (12,50%)	14 (87,50%)	2 (12,50%)	2 (12,50%)	2 (12,50%)
Enfermaria	5 (55,56%)	4 (44,44%)	3 (33,33%)	6 (66,67%)	6 (66,67%)	3 (33,33%)	6 (66,67%)	3 (33,33%)	6 (66,67%)	3 (33,33%)	3 (33,33%)	3 (33,33%)
Escolaridade												
Até 1º grau	15 (65,22%)	8 (34,78%)	10 (43,48%)	13 (56,52%)	19 (82,61%)	4 (17,39%)	17 (73,91%)	6 (26,09%)	17 (73,91%)	6 (26,09%)	6 (26,09%)	6 (26,09%)
A partir de 2º grau inc.	13 (59,09%)	9 (40,91%)	13 (59,09%)	9 (40,91%)	18 (81,82%)	4 (18,18%)	17 (77,27%)	5 (22,73%)	17 (77,27%)	5 (22,73%)	5 (22,73%)	5 (22,73%)

O teste de Spearman demonstrou a relação entre papéis ocupacionais e a qualidade de vida. Nota-se que a correlação entre Mudanças/Ausência e o domínio dois é de média intensidade e todas as demais são de baixa intensidade e que as Perdas e as Mudanças/Ausência se relacionam negativamente com a QV (Tabela 10).

Tabela 10. Correlações do número de papéis ocupacionais e escores de qualidade de vida nos vários domínios

Domínios	Perdas	Ganhos	Mudanças/Ausência
1	-0,28	0,23	-0,32*
2	-0,26	0,28**	-0,39*
3	-0,14	0,01	-0,18
Global	-0,30*	0,23	-0,30*

*Correlações significantes a 5% (Teste de Spearman)

**Correlação significativa a 10% (P= 0,06)

Os resultados das medianas dos papéis ocupacionais em relação as escalas ILSS, BPRS e ECDE no teste de Kruskal-Wallis são apresentados na Tabela 11. As escalas que apresentaram diferenças foram a ILSS e a ECDE.

Tabela 11. Medianas das perdas, ganhos e mudanças/ausências segundo as escalas ECDE, BPRS e ILSS

Escore da ILSS	Mediana Perdas	Mediana Ganhos	Mediana Mudanças
≤ 160	4*	0	3
161 - 209	4	0	2
≥ 210	3	0	3
Escore BPRS			
Até 9	3	0	2
10 à 14	4	0	2,5
A partir de 15	4	0	3
Escore ECDE			
Até 6	3,5**	0	3
A partir de 7	5	0	2

*O número de Perdas difere segundo as categorias da ILSS (P=0,0129) (Teste Kruskal-Wallis)

**O número de Perdas é maior para a Classe ≥6 na ECDE (P=0,0453)

7. DISCUSSÃO

Primeiramente, deve-se destacar que desenhos seccionais são pouco adequados para a investigação de associações causais, pois apresentam uma limitação quanto ao estabelecimento de relação temporal entre as variáveis, não permitindo, em geral, identificar a direcionalidade das associações.

Nosso trabalho é o primeiro a utilizar a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em uma amostra de pacientes com esquizofrenia e também é pioneiro na tentativa de buscar uma correlação entre esses papéis ocupacionais e a qualidade de vida dos participantes. Optamos por discutir cada papel individualmente e apresentá-los tal qual a ordem em que aparecem no instrumento.

O papel de estudante apareceu como o segundo papel mais pretendido para o futuro e a escolaridade se mostrou homogênea dentro do grupo estudado, sendo que a maioria se localiza no grupo que cursou até o primeiro grau completo. Talvez, porque na medida em que aumenta o nível de exigência, aumenta a dificuldade para acompanhar o processo educativo. Um trabalho realizado com estudantes universitários da Coreia portadores de esquizofrenia, ilustra essa idéia, já que a maioria dos estudantes relatou dificuldade de concentração, de compreensão de leituras, para fazer provas e completar suas grades. Apenas alguns desses estudantes relataram sentimentos positivos em relação à escola e desejo de continuar a busca acadêmica (SUNG, 2006).

Em relação a qualidade de vida, podemos observar medianas maiores em todos os domínios da QLS-BR para os pacientes com maior nível de escolaridade. Esse resultado vai ao encontro do estudo realizado por Cardoso (2005), onde foi observada uma pior qualidade de vida entre os indivíduos com esquizofrenia com

menor escolaridade (CARDOSO, 2005). A escola pode ser um contexto de desempenho favorável à medida que estimula o funcionamento social de portadores de esquizofrenia. Desta forma, com o aumento do funcionamento social destes indivíduos, o sofrimento intrapsíquico diminui, a autoestima aumenta e, além disso, quando o funcionamento social aumenta a satisfação com a vida também cresce (BREKKE, 1993).

Entretanto, a maioria dos estudantes universitários do estudo já citado, relatou mais experiências negativas do que positivas, como perda de interesse na vida, perda de sentimentos de realidade em atividades de vida diária (SUNG, 2006). Mas, ao refletirmos sobre esses dados, devemos considerar a cultura local, pois é sabido que a educação na Coreia é uma prioridade. Isso pode ser um fator negativo, pressionando os estudantes portadores de esquizofrenia a atingir um nível de excelência equivalente ao de estudantes sem esquizofrenia, tornando esse papel árduo e frustrante para os primeiros.

O papel trabalhador é o mais citado na literatura consultada, tanto como finalidade em intervenções terapêuticas (ATKINSON, 1996; PIRFO, 1994), quanto como marcador de deterioração no funcionamento social (BELLACK, 1990; BREKKE, 1993). A presença do trabalho diminui o sofrimento intrapsíquico e aumenta a autoestima de portadores de esquizofrenia (BREKKE, 1993). No presente estudo, assim como na literatura consultada (SÖRGAARD, 2002; CARDOSO, 2005; CARDOSO ET AL., 2006; SUNG, 2006), este papel surge como o mais citado em termos de pretensões para o futuro e como um fator que favorece a qualidade de vida.

O estudo apresentado por Corring et al. (2007) relata que os indivíduos portadores de esquizofrenia que não eram ativos profissionalmente apresentavam

uma espiral descendente em que faltava energia, motivação e preocupavam-se com pensamentos, tornando-se isolados (CORRING, 2007). Entre os participantes portadores de esquizofrenia dos estudos de Cardoso et al., (2005; 2006), as mulheres aparecem mais envolvidas e motivadas que os homens, apresentando também maior qualidade de vida que estes.

Em relação a ocupação atual, verificamos que muitos pacientes jovens relataram situação de inatividade, entretanto o número de pacientes jovens aposentados é menor que o número de pacientes jovens ativos. Este, por sua vez, é superior ao grupo de pacientes na faixa etária a partir de trinta anos. Este dado é relevante uma vez que a esquizofrenia se manifesta na fase de maior produtividade (antes dos 25 anos) causando prejuízos na vida ocupacional de seus portadores (KAPLAN & SADOCK, 2007).

Ter uma ocupação é visto na literatura como fator de influência na qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia. A dificuldade encontrada para se inserir no mercado de trabalho formal, as limitações geradas pelo transtorno e, até mesmo, a distribuição de tarefas por gênero aparecem como fatores de interferência para a baixa qualidade de vida. A realização de atividades ocupacionais, tais como trabalhos domésticos, trabalhos manuais, trabalhos temporários e voluntários, é considerada pela literatura como importante preditor para o desenvolvimento de habilidades físicas, autonomia, convívio social e atividades de lazer na esquizofrenia (BREKKE, 1993; CARDOSO ET AL., 2006; CORRING, 2007).

As ocupações investigadas no presente estudo incluem também os serviços domésticos e/ou a função dona-de-casa, incorporada pelos próprios pacientes. Este esclarecimento pode ser a explicação para o maior número de mulheres ativas em relação aos homens. Mas este papel não se restringe ao sexo feminino, pois o papel

serviço doméstico apareceu como um dos mais desempenhados na atualidade também pelos pacientes do sexo masculino, talvez pelo incentivo direto dos familiares e por se tratar de um contexto conhecido.

O Inventário de Vida Independente (ILSS-BR), apresentou correlação positiva com o estado ativo, no que se refere à ocupação atual. Este cruzamento elucidou que o fato do paciente desenvolver algum tipo de trabalho coincide com maior nível de autonomia.

Um programa de intervenção, com o objetivo de (re)inserção de pacientes com transtornos mentais no mercado de trabalho, descrito pelo estudo de Pirfo et al. (1994), relatou que a independência na vida diária teve uma melhora clara, porém, em relação aos interesses básicos a tendência em direção a melhora foi menos marcada. A grande importância foi a mudança com autocuidado. Os autores concluíram que, a intervenção pretendida para mudar as condições psicossociais dos pacientes também alterou positivamente o curso da doença (PIRFO ET AL., 1994).

Os papéis de voluntário, cuidador e participação em organizações não obtiveram índices expressivos entre os participantes, os dois primeiros aparecem como pretensões futuras, entretanto, o voluntariado obteve mais respostas negativas do que os outros dois papéis e os papéis de cuidador e participação em organizações são desempenhados atualmente por poucos pacientes, sendo que as organizações citadas estão atreladas a esquizofrenia. Na literatura consultada, estes papéis são apenas citados, como o de voluntário, que aparece como forma de trabalho, juntamente com serviço doméstico, de uma pequena parcela (4%) dos pacientes avaliados (BREKKE, 1993).

Amigo aparece como o terceiro papel mais pretendido para o futuro e também esta entre os papéis mais mantidos pelos pacientes. Na literatura, foi observado que ter um amigo próximo e ter um grande número de amigos e parentes disponíveis na rede social estava atrelado com uma melhora da qualidade de vida global (ATKINSON, 1996; HANSSON, 1999; GROZNIK, 2001; CORRING, 2007; MEIJER, 2009). Outro estudo destaca a capacidade de fazer outros amigos como fonte de melhora (SÖRGAARD, 2002).

Fatores negativos como a solidão e dificuldade de fazer amizades ou perda de amigos (SUNG, 2006, TEMPIER, 1997), também foram citados. Essa perda de amigos foi relatada como consequência dos sintomas e do estigma. Alguns pacientes informaram que se sentiam confortáveis com amigos ou desejavam ser íntimos de algum amigo (SUNG, 2006).

O papel que obteve maior pontuação em termos de manutenção, quase a totalidade dos entrevistados, foi o Membro de Família. Este dado corrobora com os achados na literatura sobre a importância da família no tratamento. A família compreensiva e carinhosa foi dita como um fator positivo para os indivíduos e o contrario como fator negativo (CORRING, 2007).

O papel ocupacional Religioso obteve alto índice de pacientes que desejam retomá-lo e um número maior ainda que mantém esse papel na rotina. A importância da espiritualidade para a qualidade de vida foi enfatizada pelos participantes nos estudos de Hansson et al., (1999) e Corring et al., (2007). Entretanto, nenhum desses se aprofundou no tema.

O papel ocupacional Passatempo/Amador, que é relacionado ao lazer, obteve o segundo maior índice entre os papéis mantidos na atualidade. Em revisão bibliográfica, dentro dos diferentes grupos de variáveis encontradas como influentes

na qualidade de vida, as atividades de lazer aparecem no grupo dos fatores preditivos positivos, junto com satisfação com relações sociais, relações de suporte, ocupações significativas, segurança pessoal, satisfação com atividades diárias, alta autoestima e um positivo senso de autoconfiança, estas levariam a um aumento da qualidade de vida (HANSSON, 1999; SÖRGAARD, 2002; CORRING, 2007; MEIJER, 2009).

De um modo geral, foi observada uma melhor qualidade de vida associada positivamente com maior número de papéis. A situação de Perdas e/ou Mudanças/Ausência em relação aos papéis ocupacionais denunciou uma ligação negativa com a qualidade de vida. Alguns trabalhos confirmam essa ligação, onde os papéis ocupacionais aparecem atrelados aos domínios da qualidade e o aumento das limitações de papéis aparece associado com a menor aceitação da medicação, com a satisfação geral com a vida, com a saúde, atividades diárias e confiança (DIXON, 2001).

Alguns estudos também trazem a importância dos papéis para a qualidade de vida através de seus resultados, onde os pacientes revelam que o sentimento de perda de eficácia no desempenho dos papéis diminui a qualidade de vida (SUNG, 2006), para Corring et al. (2007), os pacientes trazem a perda dos papéis de vida.

Em relação às variáveis clínicas, 75,6% dos pacientes não se enquadraram no grupo com depressão maior, entretanto, um maior índice de Perdas nos papéis ocupacionais foi observado nos pacientes com depressão e 35,6% obteve escore mais elevado na BPRS. Entre os trabalhos lidos neste estudo não houve um consenso. Sendo que, os sintomas depressivos, de forma independente do instrumento utilizado para mensurá-los, mostraram-se associados a uma pior qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos (HANSSON, 1999; SÖRGAARD,

2002; KUGO, 2006; MEIJER, 2009). Os sintomas ansiosos também se mostraram associados a uma pior qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos em alguns estudos (HANSSON, 1999; SÖRGAARD, 2002; MEIJER, 2009).

Os sintomas positivos da esquizofrenia mostraram-se associados a uma pior qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos em dois estudos (GROZNIK, 2001; CORRING, 2007). Porém, outros estudos não confirmaram essa associação (HALFORD, 1995; HANSSON, 1999). Apenas um estudo evidenciou associação entre sintomas negativos e uma pior qualidade de vida entre esquizofrênicos (BELLACK, 1990). Contudo, assim como no caso dos sintomas positivos, outros estudos não encontraram esta associação (HALFORD, 1995; KUGO, 2006).

Finalmente, alguns estudos reconhecem a influência dos sintomas na qualidade de vida dos pacientes, como o estudo de Cardoso et al. (2005), que cita a agitação psicomotora como um fator preditivo para baixa qualidade de vida, outros estudos também reconhecem a importância, mas não classificam estes sintomas em positivos e negativos (GROZNIK, 2001; DIXON, 2001; SUNG, 2006).

A esquizofrenia difere quanto à prevalência entre homens e mulheres, sendo maior no sexo masculino. No entanto, o início é mais precoce entre homens (KAPLAN & SADOCK, 2007). Os dados apresentados neste estudo permitem evidenciar a diferença no número de participantes entre sexo e idade, sendo a maioria do sexo masculino e jovem (grupo etário até 29 anos). A investigação sobre a classe econômica, que tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e família, apareceu como fator influente na qualidade de vida, sendo que quanto menor a classe econômica, também é menor a qualidade de vida. A associação entre qualidade de vida e renda foi evidenciada em outros estudos (TEMPIER, 1997; CARDOSO, 2005; CORRING, 2007; MEIJER, 2009).

As mulheres apresentaram um escore mais alto no domínio rede social, um dado que reforça resultados de estudos anteriores (GROZNIK, 2001; CARDOSO, 2005; CARDOSO ET AL., 2006), onde os autores constataam que as mulheres com transtorno mental têm uma rede social mais diversificada e são socialmente menos isoladas e mais propensas a ter filhos e se casar do que suas contrapartes do sexo masculino (MÜLLER ET AL., 2007). Os sintomas psiquiátricos foram inversamente relacionados ao tamanho da rede social (DIXON, 2001).

As mulheres, em geral, têm apresentações mais brandas de esquizofrenia, com início tardio e mais oportunidades de concluir os estudos o que permite mais tempo para adquirir ocupações e estabelecer mais relações interpessoais (GROZNIK, 2001; SÖRGAARD, 2002). Essas diferenças, aparentemente, têm impacto sobre as condições objetivas de qualidade de vida desses indivíduos.

A associação entre gênero e qualidade de vida de esquizofrênicos, apareceu como variável significativa em cinco estudos (CHAVES, 1993; GROZNIK, 2001; SÖRGAARD, 2002; CARDOSO, 2005; CARDOSO ET AL., 2006), com uma pior qualidade de vida entre os homens esquizofrênicos quando comparados com as mulheres.

Este grupo é composto em sua maioria por pacientes solteiros e poucos indivíduos que se enquadram em categorias como viúvo e divorciado, ilustrando um panorama onde o casamento parece não ter lugar. Investigações apontam o estado conjugal como preditor de melhor evolução da esquizofrenia. Este marcador é visto como indicador de competência social (CARDOSO ET AL., 2006).

Cardoso et al. (2005; 2006) observaram que havia uma proporção maior de casados entre as mulheres esquizofrênicas em relação aos homens. O impacto do gênero sobre a qualidade de vida foi marcante neste estudo, pois as mulheres,

independente de seu estado conjugal, apresentam-se mais satisfeitas, com melhor integração social, interpessoal e com a satisfação em atividades de lazer e com sentimento de bem-estar.

Os estudos de Atkinson et al (1996) e Brekke et al (1993) corroboram a idéia de que a melhoria na qualidade de vida vem principalmente de melhorias no relacionamento interpessoal e o aumento de déficits intrapsíquicos, ocasiona a baixa autoestima e insatisfação com a vida, acarretando num aumento do sofrimento subjetivo.

Outro ponto que merece destaque é que existem dúvidas quanto à capacidade de pacientes com esquizofrenia avaliarem sua própria qualidade de vida, devido à sintomatologia, déficit cognitivo e/ou falta de conhecimento sobre a morbidade. Entretanto, Awad *et al* (1997) assinalou que muitos estudos têm confirmado a coerência e confiabilidade de relatos feitos por esquizofrênicos sobre seu nível de satisfação interna e sentimentos. No tratado de psiquiatria, a idéia de confiabilidade dos relatos de pacientes com esquizofrenia também é aceita e complementada com a sugestão de que o examinador verifique informações importantes através de fontes adicionais (KAPLAN & SADOCK, 2007).

A esquizofrenia modifica não apenas a vida dos portadores do transtorno, mas as respectivas famílias e a sociedade em geral, tendo sua maior incidência em uma parcela importante da população economicamente ativa. Devido à idade de manifestação da esquizofrenia, os indivíduos acometidos frequentemente sofrem uma queda na produtividade, tornando-se extremamente onerosos para a sociedade. Esta involução também é observada nas relações sociais e afetivas (KATSCHNIG ET AL., 1997; KAPLAN & SADOCK, 2001).

Os estudos apontam a importância de intervenções psicossociais com foco mais explícito em funcionamento e trabalho (DIXON, 2001). Da mesma forma, ter uma ocupação diária, mesmo fora do âmbito do trabalho formal, é vista como importante dimensão para qualidade de vida e para outros aspectos relacionados com a saúde (CARDOSO ET AL., 2006).

Mângia e Nicácio (2001) chamam a atenção para a importância da atenção que prioriza o indivíduo e suas particularidades, a partir de subsistemas interligados que se unem para formar um todo e superar a fragmentação e a descontextualização dos instrumentos e recursos terapêuticos (MÂNGIA, NICÁCIO, 2001). Entretanto, as exigências do mercado de trabalho e as inquietações que muitas vezes trazem a insegurança para os terapeutas ocupacionais acerca de suas práticas, estão culminando em um novo panorama, onde o gosto por instrumentos de avaliação complementa e convive harmonicamente com a prática integrada aos recursos e contextos individuais, permitido também reflexões sobre os mesmos.

Os resultados aqui apresentados sugerem que, na esquizofrenia, embora as diferentes áreas de influência estejam interligadas, as disfunções podem operar de forma independente e, portanto, têm diferentes fatores preditivos. Para além das manifestações patológicas ocasionadas pela esquizofrenia, investigar a qualidade de vida destes pacientes nos leva a pensar em quais aspectos encontramos saúde, quais papéis produtivos se mantiveram e quais necessitam de estímulo para progredir, não apenas para que estes pacientes sejam menos onerosos para a sociedade, mas principalmente para que eles tenham a chance de escolher e experienciar papéis de vida significativos.

8. CONCLUSÃO

Qualidade de vida é um conceito individual, volúvel e complexo que difere de cultura para cultura, de época para época e de indivíduo para indivíduo. Ele se relaciona com os papéis que cada pessoa deseja para si própria. No entanto, sofre influência das expectativas que a sociedade tem em relação à contribuição que o indivíduo fornece para o todo; portanto, o conceito se modifica ao longo do tempo. De forma resumida, qualidade de vida é viver bem consigo mesmo e com outros que fazem parte das suas relações tanto pessoais quanto profissionais.

É importante enfatizar que quando pensamos sobre qualidade de vida, existe uma diferença entre os conceitos e a forma subjetiva em que os pacientes que experimentam os interpretam. Portanto, é difícil decidir quais fatores afetam a qualidade de vida subjetiva destes pacientes. Cada pessoa coloca maior ou menor importância em uma das áreas citadas, depende da situação individual e a incumbência designada às inúmeras variáveis.

Desta forma, a idéia de ocupação não se restringe a atividades laborais, ela se estende para todos os domínios da vida, uma vez que todos nós sempre nos ocupamos de algo, concreto ou não, e que nossas ocupações nos ajudam a mantermos harmonia com a sociedade em que vivemos.

Existe uma demanda por maior número de estudos com aprofundamento sobre os aspectos centrais do tema, devido a importância percebida sobre a influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida. As características sócio-demográficas parecem contextualizar a relação entre estes papéis e sua influência na qualidade de vida. Além da escassez de investigações sobre o tema, outra deficiência percebida na literatura consultada foi a falta, apesar

da importância, de estudos longitudinais para investigar a perda e a manutenção de papéis para esses indivíduos e também quais fatores influenciam.

Pesquisas sistematizadas na área de Terapia Ocupacional se fazem cada vez mais necessárias, uma vez que podem identificar as variáveis que influenciam o funcionamento e o processo adaptativo de pacientes. Isso é um passo importante para a compreensão da disfunção ocupacional e do uso ocupação para tratar os problemas psiquiátricos.

Este estudo encontra sua relevância devido à escassa publicação sobre este assunto na literatura consultada. Portanto este trabalho poderá propiciar subsídios para futuras intervenções nesta população, além de enfatizar a importância de mais pesquisas sobre instrumentos de Terapia Ocupacional aplicáveis na saúde mental.

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais utilizada atendeu aos objetivos deste estudo, mostrando-se assim, um recurso válido para ser utilizado com esta população. Desta forma, nota-se a importância de novas pesquisas sobre a temática de instrumentos específicos de Terapia Ocupacional como recursos para avaliação e seguimento de pacientes com transtornos psiquiátricos.

9. REFERÊNCIAS¹

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2nd ed.). **The American Journal of Therapy**, v. 62, p. 625-683, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4rd ed. rev.). Washington DC: American Psychiatric Press, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2010. Disponível em: <www.abep.org> Acesso em: 26 jul. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2003. Dados com Base no Levantamento Sócio Econômico - IBOP (2000).

ATKINSON, J.M.; COIA, D.A.; GILMOUR, W.H.; HARPER, J.P. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. **British Journal of Psychiatry**, v.168, n. 2p.199-204, 1996 .

AWAD, A.G.; VORUGANTI, L.N.P.; HESLEGRAVE, R.J. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. **Pharmacoeconomics**, v.11p.32-47, 1997.

BAKER, K.; CURBOW, B.; WINGARD, J.R. Role retention and quality of life of bone marrow transplant survivors. **Social Science and Medicine**, v.32, p.697-704, 1991.

BANDEIRA, M.; LIMA, L.A.; GONÇALVES, S. Qualidades psicométricas no papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR): fidedignidade do teste e do reteste. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.30, n.4, p.121-125, 2003.

BARRETT, L; KIELHOFNER, G. Teorias Derivadas de Perspectivas do Comportamento Ocupacional. In: NEISTADT, M.E. e CREPEAU, E.B. (Org.) **Willard & Spakman** – Terapia Ocupacional (9 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan . p. 488-497, 2002.

BARRIS, R.; KIELHOFNER, G.; MARTIN, R.M.B.; GELINAS, I.; KLEMENT, M.; SCHULTZ, B. Occupational function and disfunction in three groups of adolescents. **Occupational Therapy Journal of Research**, v.6, p. 301-317, 1986.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 6023

BARRIS, R; DICKIE, V; BARON, K.B. A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the modelo f human occupation. **Occupational Therapy Journal of Research**, v.8, p.3-23, 1988.

BAVARO, S.M. Occupational therapy and obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Occupational Therapy**, v.45, p.456-458, 1991.

BELLACK, A.S.; MORRISON, R.L.; WIXTED, J.T.; MUESER, K.T. An analysis of social competence in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, v.156, p. 809-818, 1990.

BOBES,J.; GARCFA-PORTILLA, P.; SFIIZ,P.A.; BASCARFIN,T.; BOUSOFIO,M. Quality of life measures in schizophrenia. **European Psychiatry** v.20, p.313-317, 2005.

BREKKE, J.S.; LEVIN, S.; WOLKON, G.H.; SOBEL, E.; SLADE, E. Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. **Schizophr Bull**,v.19, n.3p.:599-608, 1993.

BRENNER, H.D.; MERLO, M.C.G. Definition of therapy-resistant schizophrenia and its assessment. **Eur Psychiatry**, v.10, suppl. 1, p.11-17, 1995.

BRESSAN, R.A.; CHAVES, A. C.; SHIRAKAWA, I.; MARI, J.J. Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia - Adaptação para uso no Brasil. In: GORESTEIN, C; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A. W. (Org.). **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 227-231, 2000.

BRESSAN, R.A.; CHAVES, A.C.; SHIRAKAWA, I.; MARI, J.J. Versão brasileira da escala Calgary de depressão para esquizofrenia. **Rev Psiq Clin**, v. 25, p.344-51, 1998.

BUCHAIN, P.C. VIZZOTTO, A.D.B.; NETO, J.H.; ELKIS,H. Estudo aleatorizado e controlado empregando a terapia ocupacional em pacientes com esquizofrenia refratária a tratamento antipsicótico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.1, p. 26-30, 2003.

CARDOSO, C.S.; **Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS** (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CARDOSO, C.S.; BANDEIRA, M.; CAIAFFA, W.T. FONSECA, J.O.P. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia QLSBR: Adaptação

transcultural para o Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.51, n.1, p. 31-38, 2002.

CARDOSO, C.S.; CAIAFFA, W.T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A.L.; ABREU, M.N.S.; FONSECA, J.O.P. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1338-1348, 2005.

CARDOSO, C.S.; CAIAFFA, W.T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A.L.; ABREU, M.N.S.; FONSECA, J.O.P. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006.

CHAVES, A.C.; SEEMAN, M.V.; MARI, J.J.; MALUF, A. Schizophrenia - Impact of positive symptoms on gender social-role. **Schizophrenia Res.**,v.11, n.1, p.41-45, 1993.

CORDEIRO, J.R. **Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil.** (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

CORDEIRO, J.R.; CAMELIER, A.; OAKLEY, F.; JARDIM, J.R. Cross - cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for chronic obstructive pulmonary disease patients. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 61, n. 1, p. 33-40, 2007.

CORRIGAN, P.W.; BUICAN, B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. **J Nerv Ment Dis.**,v.183, n.5,p.281-5, 1995.

CORRING, D.J.; COOK, J.V. Use of qualitative methods to explore the quality-of-life construct from a consumer perspective. **Psychiatry Serv.**, p.58, v.2, p.240-4, 2007.

CRIPPA, J. A. S. ; SANCHES, R. F. ; HALLACK, J. E. ; LOUREIRO, S. R. ; ZUARDI, A. W. Factor structure of Bech's version of the Brief Psychiatric Rating Scale in Brazilian patients. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 1209-1216, 2002.

CRIPPA, J.A.S.; SANCHES, R.F.; HALLAK, J.E.C.; LOUREIRO, S.R.; ZUARDI, A.W. A structured interview guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in raters with low clinical experience. **Acta Psychiatr Scand**, v.103,p. 465–470, 2001.

CROWE, T.K; VANLEIT, B; BERGHMANS, K.K; MANN, P. Role perception of mothers with young children: The impact of a child's disability. **American Journal of Occupational Therapy**, v.51, p.651-661, 1997.

DICKERSON FB, STALLINGS C, ORIGONI A, BORONOW JJ, SULLENS A, YOLKEN R. Predictors of occupational status six months after hospitalization in persons with a recent onset of psychosis. **Psychiatry Res.**, v.160, n.3, p.278-84, 2008.

DICKERSON, A. & OAKLEY, F. Comparing the roles of community-living persons and patient populations. **American Journal of Occupational Therapy**, v.49, p.221-228, 1995.

DIXON, L.; GOLDBERG, R.; LEHMAN, A.; MCNARY, S. The impact of health status on work, symptoms, and functional outcomes in severe mental illness. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.189, n. 1, p. 17-23, 2001.

DUELLMAN, M.K.; BARRIS, R.; KIELHOFNER, G. Organized activity and the adaptative status of nursing home residents. **American Journal of Research**, v.40, p.678-622, 1986.

EBB, E.W.; COSTER, W.; DUNCOMBE, L. Comparinon of normal and psychosocially dysfunctional male adolescents. **Occupational Therapy in Mental Health**, v.9, p.53-57, 1989.

EGAN, M.; WARREN, S.A.; HESSEL, P.A.; GILEWICH, G. Activities of daily living after hip fracture: pre and post discharge. **Occupational Therapy Journal Research**, v.12, p.342-356, 1992.

ELLIOT, M.S. & BARRIS, R. Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. **Occupational Therapy Journal of Research**, v.7, p.215-224, 1987.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL100). **Rev Bras Psiquiatr.**, v.21, n.1, p. 19-28, 1999.

FROSCH, S.; GRUBER, A.; JONES, C.; MYERS, S.; NOEL, E.; WESTERLUND, A.; ZAVISIN, T. The long term effects of traumatic brain injury on the roles of caregivers. **Brain Injury**, v.11, p.891-906, 1997.

GABBARD, G.O. Esquizofrenia In: **Psiquiatria psicodinâmica na pratica clinica** (4 ed.). Porto Alegre: Artmed, p. 141-163, 2006.

GROZNIK, M.; TAVCAR, R.; LICINA, M. Outpatients with schizophrenia: Quality of life, needs and global assessment of efficiency and role functioning. **Psychiatria Danubina**, v.13, n.14, p.15-20, 2001.

HACHEY, R.; BOYER, G.; MERCIER, C. Perceived and valued roles of adults with severe mental health problems. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.68, p.112-120, 2001.

HAGEDORN, R. Modelos de Terapia Ocupacional. **Fundamentos da Prática em Terapia Ocupacional** (2 ed.). São Paulo: Dynamis, 2001.

HALFORD, WK.; HAYES, RL. Social skills in schizophrenia - assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.30, n.1, p. 14-19, 1995.

HALLET, J.D.; ZASLER, N.D.; MAURER, P.; CASH, S. Role change after traumatic brain injury in adults. **American Journal of Occupational Therapy**, v.48, p.221-228, 1994.

HANSSON, L.; MIDDELBOE, T.; MERINDER, L.; BJARNASON, O.; BENGTSSON-TOPS, A.; NILSSON, L.; SANDLUND, M.; SOURANDER, A.; SORGAARD, K. W.; VINDING, H. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. **International Journal of Social Psychiatry**, v.45, n. 4, p. 247-258, 1999.

HELKIS, H.; MELTZER, H.Y. Refractory schizophrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, v.29 suppl. 2, p.41-7, 2007.

HENNA, J.; OLIVEIRA; MELLO, M.; ALVES, T.M.; EIZENMAN, I.B.; ELKIS, H. Predictors of response and outcome in treatment resistant versus non treatment resistant schizophrenics patients. **Schizopr Res**, v.36, n.1- 3, p.281-2, 1999.

JACKOWAY, I.S.; ROGERS, J.C.; SNOW, T.L. The role change assessment: An interview tool for evaluating older adults. **Occupational Therapy in Mental Health**, v.7, p.17-37, 1987.

KAHN, R.L. & ANTONUCCI, T.C. **Convoys over the life course: Attachment, roles and support**. (Manuscrito não publicado) Institute for Social Research. University of Michigan, Michigan, 1979.

KANE, J.; HONIGFELD, G.; SINGER, J.; MELTZER, H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. **Arch Gen Psychiatry**, v.45, n.9, p.789-96, 1988.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Chapter 12. In: **Comprehensive textbook of Psychiatry**. (7 ed.). p. 1096-231, 2001.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Esquizofrenia In: KAPLAN & SADOCK **Compendio de Psiquiatria: ciencias do comportamento e psiquiatria clinica** – (9 ed.). Porto Alegre: Art. Med. p. 507-41, 2007.

KATSCHNIG H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? **Curr Opin Psychiatry**., v.10, p.5,p.337-45, 1997.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J. P. Modelo de Ocupação Humana. **Revista de Terapia Ocupacional-USP**, v.1, n.1, p.54-67, 1990.

KIELHOFNER, G.; FORSYTH, K.; SUMAN, M.; KRAMER, J.; NAKAMURA-THOMAS, H.; YAMADA, T.; CORDEIRO, J.R.; KEPONE, R.; PAN, A. W.; HENRY, A. Self-reports: Eliciting client's perspectives. In: Kielhofner, G. **Model of Human Occupation: Theory and Application** (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, p. 237-261, 2008.

KUGO, A.; TERADA, S.; ISHIZU, H.; TAKEDA, T.; SATO, S.; HABARA, T.; FUJIMOTO, Y.; NAMBA, T.; HORII, S.; KURODA, S. Quality of life for patients with schizophrenia in a Japanese psychiatric hospital. **Psychiatry Res**.,v.144, n.1, p.49-56, 2006.

KUSZNIR, A.; SCOTT, E.; COOKE, R.G.; YOUNG, L.T. Functional consequences of bipolar affective disorder: an occupational therapy perspective. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.63, p.313-322, 1996.

LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.52 , n.2, p. 143-158, 2003.

LOUZÃ NETO, M.R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.1, p. 15-17, 2000.

MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos.In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Org.) **Terapia Ocupacional no Brasil- Fundamentos e perspectivas**, Editora Plexus, p. 63-80, 2001.

MARI, J.J.; LEITÃO, R.J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.1, p. 56-58, 2000.

MARWAHA S, JOHNSON S. Schizophrenia and employment – a review. **Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.39, n.5, p.337-49, 2004.

MEEBERG, A.G. Quality of life: a concept analysis. **J Adv Nurs.**, v.18, p 328, 1993.

MEIJER, C. J.; KOETER, M. W. J.; SPRANGERS, M. A. G.; SCHENE, A. H. Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.**, 44(5): 361-368, 2009.

MELTZER, H.Y.; RABINOWITZ, J.; LEE, M.A.; COLA, P.A.; RANJAN, R.; FINDLING, R.L.; THOMPSON, P.A. Age at onset and gender of schizophrenic patients in relation to neuroleptic resistance. **Am J Psychiatry**, v.154, n.4,p.475-82, 1997.

MENEZES, P.R. Prognóstico da esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria.**, v. 22, n. 1, p. 18-20, 2000.

MÜLLER, B.; NORDT, C.; LAUBER, C.; RÖSSLER, W. Changes in social network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. **Int J Soc Psychiatry.**, v.53, n.6, p.564-75, 2007.

OAKLEY, F. Clinical application of the model of human occupation in dementia of the Alzheimer's type. **Occupational Therapy in mental Health**, v.7, p.215-224, 1987.

OAKLEY, F.; KIELHOFNER, G.; BARRIS, R. An occupational therapy approach to assessing psychiatric patients' adaptive functioning **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 39, n. 3, p.147-54 1985.

OAKLEY, F.; KIELHOFNER, G.; BARRIS, R.; REICHLER, R.K. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. **The Occupational Therapy Journal of Research**, v.6, p.157-170, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Esquizofrenia**, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/schizophrenia>>. Acesso em: 23/02/10

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: **Critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.82- 3, 1998.

OVERALL, J.E.; GORHAM, DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychol Rep.**, v.10, p.799-812, 1962.

PÁDUA, A.C.; GAMA, C.S.; LOBATO, M.I. **Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico Psicofármacos: Consulta Rápida**. Porto Alegre, Artmed, p.343, 2005.

PIRFO, E.; ALBERA, C.; ARIZIO, I.; CATAPANO, S.; ET AL. Job preparation and improvement of the quality of life of schizophrenic patients in today's metropolis. **International Journal of Mental Health**, v.23, n.1, p.11-22, 1994.

PONSFORD, J; OLVER, J; NELMS, R; CURRAN, C; PONSFORD, M. Outcome measurement in na inpatient and outpatient traumatic brain injury rehabilitation programme. **Neuropsychological Rehabilitation**, v.9, p.517-534, 1999.

RUST, K.M.; BARRIS, R.; HOOPER, F.H. Use the model of human occupation to predict women's exercise behavior. **Occupational Therapy in Mental Health**, v.7, p.17-37, 1987.

SANTANA, A.F.F.A.; CHIANCA, T.C.M.; CARDO, C.S. Avaliação da qualidade de vida de esquizofrenicos internados em hospital de custodia. **J Bras Psiquiatr.**, v.58, n.3, p.187-194, 2009.

SEPIOL, J.M.; FROELICH, J. Use of the role checklist with the patient with multiple personality disorder. **American Journal of Occupational Therapy**, v.44, p.1008-1012, 1990.

SHIRAKAWA, I. **Ajustamento social na esquizofrenia** (4ª Ed.). São Paulo, Casa Leitura Médica, 2009.

SHIRAKAWA, I. **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.22, n.1, p. 56-58, 2000.

SIEGEL, S.; CASTELLAN J.R. **Estatística Não paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo, Artmed. 2006.

SÖRGAARD, K.W.; HEIKKILÄ, J.; HANSSON, L.; VINDING, H.R.; BJARNASON, O.; BENGSTON-TOPS, A.; MERINDER, L.; NILSSON, L.; SANDLUND, M.; MIDDELBOE, T. Self-esteem in persons with schizophrenia. A Nordic multicentre study. **Journal of Mental Health**,v.11, n.4, p. 405-415, 2002.

SOUSA, C.C.M. **O Papel Ocupacional da Mulher Portadora de Fibromialgia**. Trabalho de conclusão do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

SUNG, K.M.; PUSKAR, K.R. Schizophrenia in college students in Korea: a qualitative perspective. *Perspect Psychiatr Care*, v.42, n.1, p.21-32, 2006.

TEMPIER, R.; MERCIER, C.; LEOUFFRE, P. Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: A longitudinal study. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, v.22, n.4: p.249-255, 1997.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, p. 1403-10, 1995.

VILLARES, C. C.; Terapia Ocupacional na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A.C.; MARI, J. J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, p.183-196, 2001.

WALLACE, C.J. Functional Assessment in Rehabilitation. **Schizophrenia Bulletin**, v.12, p.604-23, 1986.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. **J. Clin. Epidemiol.**, v.4, n.52, p. 355-63, 1999.

ZUARDI, AW; LOUREIRO, SR; RODRIGUES, CRC; CORREA, AJ; GLOCK, SS. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) Modificada. **Rev Assoc Bras Psiquiatr**, v.16, p.63-68, 1994.

10. ANEXOS

ANEXO A - LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

Data: __/__/__

Nome: _____ Idade: ____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Você é aposentado (a)? ☐ Sim ☐ Não

Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

O propósito desta lista é identificar os papéis em sua vida.

A lista de identificação, que é dividida em 2 partes, apresenta 10 papéis e define cada um.

PARTE 1

Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana , em prestar cuidados a filho, esposo (a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: Pelo menos uma vez por semana , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana , com um membro da família tal como filho, esposo (a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em grupos ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto religioso).			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em atividades de passatempo ou como amador, tais como costurar, tocar instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

PARTE 2

Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana , em prestar cuidados a filho, esposo (a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: Pelo menos uma vez por semana , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana , com um membro da família tal como filho, esposo (a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em grupos ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto religioso).			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em atividades de passatempo ou como amador, tais como costurar, tocar instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS – SUMÁRIO

Nome: _____

Idade: _____

Data: ____/____/____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Você é aposentado (a)? ☐ Sim ☐ Não

Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

PAPEL	Incumbência Percebida			Importância Designada		
	Passado	Presente	Futuro	Nenhuma	Alguma	Muita
ESTUDANTE						
TRABALHADOR						
VOLUNTÁRIO						
CUIDADOR						
SERVIÇO DOMÉSTICO						
AMIGO						
MEMBRO DE FAMÍLIA						
RELIGIOSO						
PASSATEMPO / AMADOR						
PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES						
OUTRO: _____						

ANEXO B - INVENTÁRIO DE HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE (ILSS-F)

INVENTÁRIO DE HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE (ILSS-BR)

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses como, por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente.

Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção, enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência de ocorrência deste comportamento, em particular **durante o último mês**.

Cada item escolhido será marcado no questionário pelo entrevistador.

Nome da pessoa que está sendo avaliada _____
 Nome da pessoa entrevistada _____
 Relação entre o entrevistado e a pessoa que está sendo avaliada _____
 Data _____

Escala: Frequência da ocorrência do comportamento

Para cada item deste questionário, por favor, registre na **Coluna à direita** do questionário, a frequência da ocorrência de cada comportamento **durante o último mês**, segundo a escala abaixo. Se não houve oportunidade para o indivíduo se comportar de determinada forma (por exemplo, utilizar o ônibus quando não houve disponibilidade desse serviço), registre N/A (não se aplica). Ou, se não houve necessidade de que o indivíduo se comportasse desta forma (isto é, o parente ou encarregado das instalações, por exemplo, realiza as tarefas domésticas), também registre N/A.

0 1 2 3 4
 nunca algumas vezes com frequência na maioria das vezes sempre

I- Alimentação

		Frequência do comportamento no último mês				
		0	1	2	3	4
1.	Alimenta-se asseadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2.	Usa utensílios adequados para se alimentar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3.	Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir às pressas nem demorar demais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4.	Mastiga com a boca fechada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5.	Tira comida dos pratos de outras pessoas, sem permissão ...	0	1	2	3	4

2

6. Come a quantidade de alimento apropriada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7. Demonstra ter bons hábitos nutricionais (isto é, tem uma dieta bem equilibrada – não vive de doces e refrigerantes) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Come comida que foi descartada (por exemplo, do chão ou do lixo)	0	1	2	3	4

II. Cuidados Pessoais

1. Toma banho usando sabonete todos os dias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana.... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Usa desodorante diariamente (sem supervisão)	0	1	2	3	4
4. Escova ou penteia os cabelos diariamente..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada (sem supervisão)	0	1	2	3	4
6. Providencia o corte ou o penteado dos cabelos quando necessário (sem necessidade de orientação)...	0	1	2	3	4
7. Escova os dentes ou dentadura ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Despe-se em horas e locais apropriados..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Veste-se em horas e locais apropriados..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10. Conserva-se limpo (a) e arrumado (a) o dia todo..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
11. Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12. Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais (sem necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
13. Quebra a etiqueta social em geral (por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar).....	0	1	2	3	4

III. Atividades domésticas

1. Arruma sua cama diariamente..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Mantém o quarto ou espaço individual limpo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Troca a roupa de cama sempre que necessário..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Recolhe objetos que caem no chão (sem Necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
5. Limpa líquidos derramados (sem necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
6. Se ocupa da arrumação de sua moradia quando necessário (sem necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
7. Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10. Coloca as roupas para secar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
11. Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12. Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

IV. Preparo e armazenamento dos alimentos

1. Prepara refeições simples que não precisem ser misturadas ou cozidas (por exemplo, sanduíches, saladas ou cereal com leite)	0	1	2	3	4
2. Prepara e cozinha refeições simples (por exemplo, ovos fritos, macarrão, etc.) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Guarda os alimentos apropriadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Pode identificar e jogar fora alimentos estragados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Limpa a mesa (sem necessidade de orientação) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6. Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

caneca, prato, etc. - ou usa máquina de lavar louça
(sem necessidade de orientação)

7. Guarda os utensílios de cozinha - caneca, prato, etc. (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

V. Saúde

1. Relata apropriadamente seus problemas físicos (sem exagerar ou omitir)	0	1	2	3	4
2. Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma apropriada.	0	1	2	3	4
3. Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiros, polícia, vigilância ou outros recursos), assistente social, médico, dentista, família, quando necessário.	0	1	2	3	4
4. Segue a orientação dos serviços acima citados	0	1	2	3	4
5. Fuma respeitando as regras de segurança	0	1	2	3	4
6. Aceita tomar a medicação que lhe é administrada.	0	1	2	3	4
7. Toma seu medicamento sem supervisão (horários e dosagens)	0	1	2	3	4
8. Contata serviços públicos (por exemplo, polícia, bombeiros, instituições para desabrigados) para fazer queixas ou pedidos impróprios (por exemplo, entra na delegacia para pedir uma carona para casa, telefona diariamente para instituições para desabrigados para relatar variados problemas sem importância)	0	1	2	3	4

VI- Administração do dinheiro

1- Compra a quantidade adequada de mercadorias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Compra suas próprias roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Compra objetos de uso pessoal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Providencia o conserto de roupas e objetos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Paga contas (inclusive aluguel, alimentos, roupas, transporte, atividades de lazer e bens pessoais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Administra adequadamente seu orçamento (isto é, planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros)	0	1	2	3	4
7- Procura ajuda ou informação, quando necessário,	0	1	2	3	4

5

para planificação de seu orçamento
(sem necessidade de orientação)

8.- Compreende os termos tutela ou curadoria (se for aplicável ao caso)	0	1	2	3	4
9- Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10- Utiliza o relógio para organizar sua programação diária	0	1	2	3	4
11- Devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12- Confere troco em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

VII. Transporte

1- Anda de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Lê itinerários de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Vai a pé a locais da vizinhança (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Respeita as normas para pedestres (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Informa-se e segue as indicações de um trajeto (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Faz viagens de longa distância (de ônibus, trem ou avião) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7- Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

VIII. Lazer

1- Ocupa-se regularmente com um passatempo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Passeia fora de seu local de residência (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Cuida do jardim ou quintal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Ouve rádio ou vê televisão (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Escreve cartas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Assiste atividades esportivas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

6

7- Joga cartas ou outros jogos de mesa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8- Lê jornais habitualmente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Vai a reuniões de organizações cívicas ou outras (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

IX. Emprego

1- Procura emprego através de anúncios classificados	0	1	2	3	4
2- Contata empregadores em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Contata amigos/outros pacientes/assistente social/agência para indicações de empregos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Participa de entrevistas de seleção para obter emprego (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Tem aspirações realísticas de emprego	0	1	2	3	4
6- Sai na hora certa para os compromissos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7- Sai na hora certa para o emprego (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8- Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

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

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 contém descrições, outros não. O entrevistador deve assinalar o número escolhido nesta grade de 7 pontos, para cada um dos 21 itens da escala.

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

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

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

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.

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.

Peruntas sugeridas:

Você se dá bem com todas as pessoas com quem você atualmente mora ou com sua família imediata?	0 - Praticamente nenhuma intimidade.
Com que frequência você tem conversado com eles?	1 -
Você pode conversar assuntos íntimos com eles?	2 - Apenas interações íntimas escassas e intermitentes.
Eles podem conversar assuntos íntimos com você?	3 -
Como é o relacionamento com essas pessoas?	4 - Algumas interações íntimas consistentes, mas reduzidas em extensão ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.
Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos.	5 -
Quando você está em casa, você fica junto com sua família ou prefere ficar sozinho?	6 - Envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima.
	9 - <i>Fazer a contagem aqui se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto.</i>

2 - AVALIAR RELACIONAMENTOS COM AMIGOS ÍNTIMOS

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

Peruntas sugeridas:

Além da sua família, você tem amigos a quem você é especialmente chegado?	0 - Praticamente ausente.
Quanto amigos você tem?	1 -
Você pode conversar assuntos pessoais com eles?	2 - Apenas relações esparsas ou intermitentes.
Eles podem conversar assuntos pessoais com você?	3 -
Com que frequência você tem falado com eles?	4 - Algumas relações íntimas consistentes mas reduzidas em número ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.
Como está o seu relacionamento com esses amigos?	5 -
	6 - Envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma pessoa.

3 - AVALIAR RELACIONAMENTOS ATIVOS COM COLEGAS.

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

Peruntas sugeridas:

Além de amigos pessoais mais próximos, existem colegas ou conhecidos com os quais você tem tido o prazer de fazer coisas?	0 - Praticamente ausente.
Quanto?	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 lancha 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.

Peruntas sugeridas:

Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?	0 - Praticamente ausente.
Quem são essas pessoas?	1 -
Que tipo de coisas vocês costumam fazer?	2 - Atividade social ocasional, mas prescinde de um padrão regular de tal atividade, ou limita-se apenas a atividade com a família imediata ou membros da casa.
Você participa de clubes ou outros grupos sociais (associação de bairro, coral, grupo de jovens e outros)?	3 -
	4 - Alguma atividade social regular, mas reduzida em frequência ou diversidade.
	5 -
	6 - Nível apropriado de atividade social regular.

5 - AVALIAR A REDE SOCIAL ENVOLVIDA

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

Perguntas sugeridas:

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

Quantas?

Quem são essas pessoas?

De que forma demonstram isto?

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

Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional?

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?

0 - Praticamente ausente.

1 -

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

3 -

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

5 -

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

6 - AVALIAR INICIATIVAS SOCIAIS

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

Perguntas sugeridas:

Você tem sempre realizado coisas sozinho ou com outras pessoas?

Com quem?

O que vocês fazem?

De que maneira você procura as pessoas?

Você costuma falar com pessoas pelo telefone ou pessoalmente?

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

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

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

1 -

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

3 -

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

5 -

6 - Iniciativa social adequada.

7 - AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

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

Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?

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

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.

Perquntas sugeridas se solteiro:

Suas atividades sociais têm envolvido mulheres/homens?

0 - Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.

Tem tido encontros íntimos?

1 -

Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?

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

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

3 -

Os relacionamentos têm sido agradáveis?

Você já gostou ou esteve apaixonado por alguém?

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

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

5 -

Está mantendo relações sexuais?

São satisfatórias?

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

Sugestões se casado ou morando com alguém:

Você está feliz no seu relacionamento com seu parceiro?

Vocês fazem muitas coisas juntos?

Que tipo de coisas vocês fazem juntos?

Vocês conversam muito juntos?

Vocês podem conversar assuntos íntimos?

Vocês brigam muito?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Sua vida sexual tem sido satisfatória?

9 – AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

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

Perguntas sugeridas para quem trabalha:

Você atualmente está empregado?

0 - Praticamente nenhuma atividade ocupacional.

1 -

Quantas horas por dia você trabalha?

2 – Atividade ocupacional esporádica.

Quais atividades você realiza?

3 -

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

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

Perguntas sugeridas para quem estuda:

Você estuda?

5 -

O que você estuda?

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

Quanto tempo a escola toma por dia?

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

Perguntas sugeridas para responsáveis pelo lar.

Quais são suas tarefas em casa?

Você precisa da ajuda de alguém?

Você recebe ajuda de alguém?

Quanto tempo você gasta para realizar essas atividades?

10 - AVALIAR O NÍVEL DE REALIZAÇÃO

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

Para trabalhadores

Você é bem sucedido no seu trabalho?

Seu trabalho exige muita responsabilidade?

Você acha que você realiza bem suas atividades?

Você recebe elogios pelo seu trabalho?

As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?

Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?

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

Para estudantes

Você vai frequentemente às aulas?

Quais as disciplinas em que você tem mais dificuldade?

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

Você se dá bem com seus colegas de classe?

Você faz trabalhos em grupos?

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

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

1 -

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

3 -

4 - Desempenho geralmente adequado.

5 -

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

Para outras atividades

Você está satisfeito com as tarefas que você realiza?

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

As pessoas o criticam ou elogiam pelo seu trabalho?

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

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

11 - AVALIAR O GRAU DE SUB-EMPREGO

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

Perguntas sugeridas:

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

Relacionado ao trabalho, o que você sabe fazer?

Você gostaria de saber fazer outras coisas?

Te incomoda não estar trabalhando?

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

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

0 - Não consegue concretizar potenciais.

1 -

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

3 -

4 - Um pouco abaixo da capacidade da pessoa.

5 -

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

12 - AVALIAR A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

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

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

Perguntas sugeridas:

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

0 - Infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional.

Você preferia estar fazendo algo diferente?

1 -

Você se sente feliz ou realizado com o seu trabalho?

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

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

3 -

Você está entusiasmado com o seu emprego ou atividades?

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

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

5 -

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

Você planeja uma mudança? Por quê?

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

13 - AVALIAR SENTIDO DE OBJETIVOS DE VIDA

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

Perguntas sugeridas:

Você pensa muito sobre o futuro?

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

1 -

O que você planeja para a sua vida futura?

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

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

3 -

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

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

5 -

6 - Planos realistas, concisos e integrados.

14 - AVALIAR O GRAU DE MOTIVAÇÃO

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

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 significantemente 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.

15 - AVALIAR A CURIOSIDADE

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

Perguntas sugeridas:

Você se considera uma pessoa curiosa?

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

Que tipos de coisas te deixam curioso?

1 -

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

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

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

3 -

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

5 -

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

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

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

Perguntas sugeridas:

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

17 - AVALIAR UTILIZAÇÃO DO TEMPO

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

Perquntas sugeridas:

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

18- AVALIAR OBJETOS COMUNS

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

Perguntas sugeridas:

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

Você está usando ou portando o seguinte:

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

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 -

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.

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

19- AVALIAR ATIVIDADES COMUNS

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

Perguntas sugeridas:

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

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

0 - Ausência de todas atividades (0 item)

1 -

2 - Grande déficit (3-4 itens)

3 -

4 - Déficit moderado (7-8 itens)

5 -

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

20 - AVALIAR A CAPACIDADE DE EMPATIA

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

Perguntas sugeridas:

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

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

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda?

1 -

O que em você irrita ou incomoda os outros?

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

Você sabe o que eles gostam?

3 -

O que você faz para agradá-los?

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

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

5 -

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

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

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

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

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

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

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

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

1 -

2 – Envolvimento, interação e afetividade bastante limitados.

3 -

4 – Algum envolvimento, interação e afetividade na entrevista.

5 -

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

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____ Avaliador: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Início da aplicação: ____h____min.

21 ITENS

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

Sub-escalas:

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 D - Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (ECDE)

Guia de Entrevista para a Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia

1. Depressão

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

0. Ausente

1. Leve Expressa alguma tristeza ou desânimo ao responder.

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

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

2. Desesperança

Como você vê o seu próprio futuro?

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

Você desistiu ou ainda sente alguma motivação para continuar tentando?

0. Ausente

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

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

3. Severa Desesperança persistente e angustiante.

3. Autodepreciação

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

Você se sente inferior ou sem valor?

0. Ausente

1. Leve Algum sentimento de inferioridade está presente, mas não se sente sem valor.
2. Moderada Sente-se sem valor, mas o sintoma está presente por menos de 50% do tempo.
3. Grave Sujeito considera-se completamente sem valor por mais de 50% do tempo. Pode ser convencido a admitir o contrário.

4. Idéias de Referência de Culpabilidade

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

0. Ausentes

1. Leves Sujeito sente-se culpado, mas não acusado, por menos de 50% do tempo.
2. Moderadas Sentimento persistente de ser culpado, e/ou ocasionalmente sentimento de ser acusado.
3. Graves Sentimento persistente de ser acusado. Quando confrontado, admite que não é exatamente assim.

5. Culpa Patológica

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

0. Ausente

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

6. Depressão Matutina

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

0. Ausente Sem depressão.

1. Leve Depressão presente, mas sem variação diurna.

2. Moderada Espontaneamente menciona que a depressão é pior no período matutino.

3. Severa Depressão marcadamente pior no período matutino com prejuízo do desempenho, que melhora ao longo da tarde.

7. Despertar Precoce

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

Quantas vezes por semana isso acontece?

0. Ausente Sem despertar precoce.

1. Leve Ocasionalmente acorda (até duas vezes por semana) uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou horário que toca o despertador.

2. Moderado Frequentemente acorda cedo (até 5 vezes por semana), uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou no horário que toca o despertador.

3. Grave Diariamente acorda 1 hora ou mais antes do horário habitual.

8. Suicídio

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

0. Ausente

1. Leve Pensamentos frequentes de estar melhor morto, ou ocasionalmente pensa em suicídio.

2. Moderado Deliberadamente cogitou o suicídio e formulou um plano, mas não chegou a tentá-lo.

3. Grave Tentativa de suicídio destinada a resultar em morte (isto é: morte evitada por descoberta acidental ou o sujeito utilizou um método ineficiente).

9. Depressão Observada

Baseado na observação do entrevistador durante toda a entrevista.

A pergunta "Você tem vontade de chorar?" feita em momentos oportunos da entrevista pode dar informações úteis para essa observação.

0. Ausente

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

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

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

ANEXO E - Critério de Classificação Econômica Brasil

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, coqueiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

ANEXO F - *Brief Psychiatric Rating Scale* – BPRS

Paciente: _____ Data: _____

Item	Pontos
01 - Preocupações somáticas	
02 - Ansiedade psíquica	
03 - Retraimento emocional	
04 - Desorganização conceitual	
05 - Auto-depreciação e sentimentos de culpa	
06 – Ansiedade	
07 - Distúrbios motores específicos	
08 - Autoestima exagerada	
09 – Humor Deprimido	
10 – Hostilidade	
11 – Desconfiança	
12 – Alucinações	
13 - Retardo psicomotor	
14 - Falta de cooperação	
15. Conteúdo Incomum do Pensamento	
16 - Afeto embotado ou inapropriado	
17 - Agitação psicomotora	
18 - Desorientação e confusão	
TOTAL	

ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto
**Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto**

Av. Bandeirantes, 3900. - 14049-900 - RIBEIRÃO PRETO - SP

**Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica Fone: (016) 3602 2548 FAX:
(016) 3633 0866**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA

Orientador: Jair Licio Ferreira Santos (fone: 3602-3070), e-mail: jalfesa@usp.br

Pesquisadora responsável: Tatiane Grigolatto (fone: 3602-3070), e-mail: tgrigolatto@usp.br

“Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estamos fazendo com pessoas que tenham o diagnóstico de esquizofrenia, na qual pretendemos estudar as atividades e funções exercidas por essas pessoas ao longo de sua vida. Pretendemos estudar pessoas das mais diferentes faixas etárias, incluindo desde adolescentes até a população idosa. A pesquisa será realizada no 3º andar (enfermaria de psiquiatria) do Hospital das Clínicas na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Este estudo tem por objetivo pesquisar atividades e funções exercidas por pessoas (com diagnóstico de esquizofrenia) ao longo de sua vida, através da aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (*Role Checklist*), além de pesquisar a influência do tratamento sobre esses papéis durante a hospitalização.

Se você estiver interessado em participar deste estudo, precisamos que você responda a um questionário que tem perguntas sobre as coisas que você fez, faz ou pretende fazer. Além disso, precisamos que você nos diga qual o grau de importância que você dá a cada uma das funções que lhe serão perguntadas. Tudo isso para que possamos entender como você organiza e vive seu dia-a-dia. Também serão utilizados outros 2 questionários com 9 perguntas sobre seu humor nas duas últimas semanas e os bens materiais que você possui em sua casa. Garantimos, porém que você não será identificado e as informações coletadas serão utilizadas apenas para a finalidade da pesquisa. Você não terá lucro nem prejuízo material, apenas uma oportunidade de falar sobre suas funções. Gostaríamos de pedir sua autorização para que você participe deste estudo. Entendemos que este estudo, de forma alguma, trará riscos a você, contudo, você será livre para aceitar participar ou não da pesquisa, ou mesmo retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem nenhum prejuízo para seu atendimento neste hospital. Garantimos ressarcimento para qualquer dano associado a sua participação nesta pesquisa. Qualquer esclarecimento sobre o estudo poderá ser dado sempre que necessário.”

Eu, _____ RG _____, abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo.

Declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança de que eu não serei identificado e de que toda a informação obtida será estritamente confidencial; c) de que eu terei a liberdade de manifestar recusa em participar deste estudo em qualquer etapa do processo; d) de que eu posso contar com orientações que se fizerem necessárias.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200____

Assinatura do paciente

Representante legal

Pesquisadora responsável
Tatiane Grigolatto