

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JOUCE GABRIELA DE ALMEIDA

**DOR CRÔNICA EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS:
PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS**

**SÃO PAULO
2009**

JOUCE GABRIELA DE ALMEIDA

**DOR CRÔNICA EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS:
PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS**

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:
Enfermagem na Saúde do
Adulto

Orientadora: Profa. Dra.
Cibele Andrucio de Mattos
Pimenta

SÃO PAULO

2009

**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.**

Assinatura: _____ **Data:** _____

**Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Almeida, Jouce Gabriela de.

Dor crônica em pacientes esquizofrênicos: prevalência e características. / Jouce Gabriela de Almeida. – São Paulo, 2009.
92 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cibele Andrucio de Mattos Pimenta.

1. Esquizofrenia 2. Dor 3. Pacientes ambulatoriais 4. Qualidade de vida. 5. Prevalência. I. Título.

Nome: Jouce Gabriela de Almeida

Título: DOR CRÔNICA EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS:
PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Dedicatória

A Deus, pois sem ele eu nada seria.

A minha mãe, Neuza, e ao meu pai Egnaldo (*in memoriam*), por me ensinarem a viver e por incentivarem meus estudos.

Ao meu marido Fernando e a meus filhos, Gabriel e Lívia, por compreenderem minha ausência e por compartilharem os momentos difíceis.

À D. Nair, pelas vibrações positivas.

Agradecimentos

À Profa. Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta, por dar sentido ao significado da palavra orientação.

À Patrícia Braga, pela disponibilidade e orientação no momento mais difícil.

À Marli Rolim, pelo começo de tudo e pelo carinho e afeto.

Aos pacientes, pela essencial participação na concretização desta pesquisa.

Ao Dr. Francisco Lotufo Neto, pelo incentivo e paciência em me ouvir nos momentos difíceis.

Ao Dr. Márcio Bergamini, pela amizade e incentivo.

Aos companheiros do Instituto de Psiquiatria, Cristina, Gilberto e Alexandre, que me deram todo apoio e a todos que me incentivaram (Conceição, Márcia, Alaíde, Iara, Varlene, Beth, Rosana e Edinaldo). Enfim, a todos os enfermeiros e auxiliares, que fazem parte da equipe, que me apoiaram na realização deste trabalho.

À Geana pela ajuda e pelas correções.

À Marina, Elaine, Daniela, Mariana, Juliano, Geana, Gabriela, Magda, Deise, Dálete e a todos do Grupo de Pesquisa do CNPq “Dor, Controle de Sintomas e Cuidados Paliativos”, pelas contribuições e companheirismo.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação, Silvana, Dayse e Tieko, meus agradecimentos.

As funcionárias da EEUSP, Dorinha, Beth, Neuza e Edna, pelo incentivo.

Ao Alfredo e a todos os funcionários dos Setores de Registro e de Arquivo do Ipq, que me auxiliaram na busca de dados.

Ao Dr. Moacyr Rosa, Bárbara e Karina, pelo apoio.

Às Profas. Marina Borges Teixeira, Edna Rodrigues e Inaiah Mello, que, na minha formação, fizeram parte do meu crescimento.

Aos residentes do Instituto de Psiquiatria que me auxiliaram na coleta de dados.

Aos médicos Prof. Dr. Hélio Elkis, Tais Montagawa, João Maria, Hildeberto Tavares e Eduardo Arantagy, Marcus Vinicus Cardeal, Paulo Sallet e a todos que, de alguma forma, me auxiliaram neste trabalho.

À Miriam por me ouvir e às secretárias Andressa, Ana Paula, Agnes e Andréa, pelo apoio.

Ao estatístico Eduardo Nakano, em especial, pela amizade e pela competente ajuda.

À Edna do CEAPESQ, pelos profícuos agendamentos.

Aos funcionários da Biblioteca do IPq, em especial ao Samuel, Silene e Maria.

Aos funcionários da Biblioteca da EEUSP, especialmente à Clotilde e à bibliotecária Andréia.

Aos funcionários da EEUSP, pelo carinho de todos esses anos.

Ao Prof. Francisco, pelo inglês.

Ao Flash (*in memorian*) pela companhia nos momentos de digitação.

"Cada pessoa que passa na nossa vida, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa pela nossa vida, passa sozinha, não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso."

Charles Chaplin

Almeida JG. Dor crônica em pacientes esquizofrênicos: prevalência e características [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009. 92p.

Resumo

A prevalência de dor crônica entre pacientes com transtornos psiquiátricos é, possivelmente, no mínimo igual à da população geral; no entanto, são poucos os estudos na área. **Objetivos:** Avaliar a prevalência e as características da dor crônica em pacientes com esquizofrenia e comparar a qualidade de vida dos pacientes com e sem dor crônica. **Método:** Estudo transversal que envolveu uma amostra probabilística de 205 pacientes adultos, com diagnóstico de esquizofrenia (idade média 37 anos; 65% homens; média de anos de escolaridade 9 anos; 87% sem companheiro(a); 65% residiam com os pais; como ocupação principal, 25% eram trabalhadores dos serviços), atendidos em um ambulatório de hospital público do município de São Paulo, Brasil. Os pacientes foram entrevistados por meio de dois instrumentos — caracterização da população e da dor e a Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref. **Resultados:** A prevalência de dor em pacientes esquizofrênicos foi de 36,6% (75 pacientes). A dor foi mais presente no abdômen (30,7%), seguida da cabeça, face e boca (24%) e região lombar, sacra e cóccix (14,7%). Com relação à frequência, 24% dos entrevistados referiram ter dor todos os dias, com duração entre 1 a 6 horas, 33,3% afirmaram ter dor de duas a três vezes por semana e 40% referiram dor em períodos mais espaçados, uma vez por semana e a cada quinze dias e somente 2,7% (n=2) uma vez por mês. O tempo médio de dor foi de 41 meses (DP=42,8). Dor moderada foi prevalente. Os escores de qualidade de vida foram baixos para os doentes do grupo sem dor (domínios físico 12,5; psicológico 11,9; social 7,4 e meio-ambiente 9,6) e com dor (domínios físico 11,4; psicológico 11,9; social 7,5 e meio-ambiente 10,6). Na comparação entre os grupos, o domínio físico apresentou diferença ($p < 0,001$), o que indicou que pacientes esquizofrênicos com dor têm pior qualidade de vida por maior prejuízo funcional. Não houve diferença nos demais domínios (psicológico, relações sociais e meio-ambiente). **Conclusão:** O estudo é inédito em nosso meio e, em alguns aspectos, em âmbito internacional. A prevalência de dor crônica em pacientes esquizofrênicos foi semelhante à da população geral e o quadro algico foi significativo em termos de tempo de duração, intensidade e frequência dos episódios dolorosos. A qualidade de vida foi inferior à descrita em outros estudos, com pacientes esquizofrênicos, e a dor crônica piorou a qualidade de vida. Maior atenção à qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos e ao controle da dor crônica deve ser observada.

PALAVRAS-CHAVE: dor crônica; esquizofrenia; qualidade de vida; WHOQOL-bref; epidemiologia; prevalência.

Almeida JG. – Chronic pain in schizophrenics patients: prevalence and characteristics [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009. 92p.

ABSTRACT

Background The prevalence of chronic pain among patients with psychiatric disturbance is possibly at least similar to the general population; however, there are too few studies in this field. **Aims:** to assess the chronic pain prevalence and its characteristics in schizophrenic patients, and to compare the quality of life of patients with and without chronic pain. **Methods:** Crossover study with a probabilistic sample of 205 adult outpatients with diagnosis of schizophrenia (mean age = 37 years, 65% men, mean scholaryty = 9 years, 87% single, 65% living with parents, 25% had a job), treated in a governmental hospital of Sao Paulo city, Brazil. Patients were assessed by two instruments: characteristics of population/psychiatric disorder/pain and World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL BREF). **Results:** Prevalence of pain in schizophrenic patients was 36,6%, (75 patients). Pain was more referred on abdomen (30.7%), followed by head/face/mouth (24%), and lumbar/sacral and coccyx regions (14.7%). Regarding frequency, 24% of the interviewees referred pain everyday with duration of 1 to 6 hours , 33.3% had pain two to three times a week, 40% referred pain with long intervals in between (once a week and each fortnight), and 2.7% (2 patients) once a month. Mean pain duration was 41 months (DP=42.8). Moderate pain was prevalent. Quality of life scores were low for patients without pain (domains 12,5; 11,9; 7,4;9,6) and with pain (domains 11,4; 11,9; 7,5; 10,6). In the comparison between groups, physical domain showed difference ($P<0.001$), which indicated that schizophrenic patients with pain have worse quality of life due to higher functional disability. There was no difference in other domains. **Conclusion:** This is a national original study, and in some aspects also original in the international scope. The prevalence of chronic pain in schizophrenic patients was similar to the general population and pain was significant in terms of duration, intensity and frequency. Quality of life was inferior to that described in other studies with schizophrenic patients and chronic pain worsened the quality of life. Higher attention to quality of life of schizophrenic patients and to the chronic pain control must be observed.

Key words: chronic pain; schizophrenia; quality of life; WHOQOL bref; epidemiology; prevalence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 - Características dos estudos sobre prevalência de dor em esquizofrenia	23
Quadro 02 - Estudos de prevalência de dor em esquizofrenia: resultados	26
Quadro 03 - Qualidade de vida em esquizofrênicos utilizando a escala WHOQOL-100 e a WHOQOL-bref	31
Quadro 04 - Estudos sobre a prevalência de dor crônica em pacientes esquizofrênicos e na população	64
Quadro 05 - Comparação de escores de qualidade de vida (WHOQOL-100 e bref) em pacientes esquizofrênicos	70
Figura 1 - Terapêutica medicamentosa para dor crônica entre pacientes esquizofrênicos	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo características sociodemográficas e presença de dor. São Paulo, 2008.	46
Tabela 2. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo tempo de dor. São Paulo, 2008	47
Tabela 3. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo diagnóstico, tempo da doença, número de internações e tempo de tratamento. São Paulo, 2008.	47
Tabela 4. Tratamento da esquizofrenia em pacientes com e sem dor crônica. São Paulo, 2008	48
Tabela 5. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo o uso de álcool, tabaco e drogas. São Paulo, 2008	49
Tabela 6. Caracterização da dor crônica segundo localização, frequência, tempo de dor e intensidade (n=75). São Paulo, 2008	51
Tabela 7. Fatores relacionados à melhora e piora da dor crônica em pacientes esquizofrênicos. São Paulo, 2008	52
Tabela 8. Tratamento para dor crônica entre os pacientes esquizofrênicos (n=75). São Paulo, 2008	53
Tabela 9. Coeficiente de fidedignidade de Alpha-Cronbach dos domínios e questões (n=205), São Paulo, 2008	55
Tabela 10. Qualidade de vida nos pacientes esquizofrênicos com dor e sem dor crônica. São Paulo, 2008	56
Tabela 11. Distribuição dos doentes com dor e sem dor segundo as questões referentes ao domínio físico –WHO-QOL - bref. São Paulo, 2008	57
Tabela 12. Distribuição dos pacientes com dor e sem dor segundo as questões gerais sobre a qualidade de vida – WHO-QOL - bref. São Paulo, 2008	58
Tabela 13. Limitações advindas da doença mental nos grupos com e sem dor. São Paulo, 2008	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Conceito e prevalência da dor crônica	14
1.2. Caracterização da esquizofrenia	17
1.3. Qualidade de vida na esquizofrenia	28
2 OBJETIVOS	38
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	
3.1 Tipo de Pesquisa	39
3.2 Local, Amostra e Período	39
3.3. Aspectos Éticos	41
3.4 Instrumentos e Operacionalização da Coleta de Dados	41
3.5 Análise dos Dados	43
4 RESULTADOS	45
4.1 Caracterização da população	45
...4.2 Caracterização da dor	50
...4.3. Qualidade de vida dos pacientes com e sem dor	55
5 DISCUSSÃO	60
5.1 Prevalência e característica da dor crônica	60
...5.2 Qualidade de vida em esquizofrênicos	68
6 CONCLUSÃO	75
7 REFERÊNCIAS	76
ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONCEITO E PREVALÊNCIA DA DOR CRÔNICA

Dor crônica é freqüente na população geral e ocorre entre 20% e 40% das pessoas, considerando-se todas as idades. É um problema de saúde pública, que acarreta prejuízos pessoais e socioeconômicos, pelas alterações nas relações interpessoais, limitação nas atividades de trabalho e na convivência familiar e social (Pimenta et al., 2005).

A prevalência de dor crônica entre pacientes com transtornos psiquiátricos, possivelmente, é no mínimo igual à da população geral; no entanto, o doente mental parece ser pouco investigado, compreendido ou acreditado em suas queixas de dor e diversos fatores corroboram para isso.

A falta de formação dos profissionais de saúde na área de dor crônica e a não priorização da avaliação e tratamento de queixas de dor que disso decorrem são, sem dúvida, fatores significativos. Além do mais, a experiência dolorosa pode estar relacionada ao transtorno psiquiátrico e ser expressa de forma aberrante (localização e qualidades da dor), o que confunde a compreensão e a valorização da queixa pelos familiares e profissionais.

Há pacientes psicóticos que se mutilam por comando das vozes (alucinações imperativas), aparentemente sem sentir dor. Embora se saiba que a dor pode ser modificada ou suprimida pelo psiquismo, tais ocorrências em doentes psiquiátricos podem contribuir para a negligência com a dor. Pacientes psicóticos podem apresentar dor decorrente de doenças somáticas agudas e crônicas, não relatadas pelo indivíduo e familiares ou não valorizadas pela equipe médica, o que talvez justifique o grande número de infartos do miocárdio silenciosos, úlceras duodenais perfuradas e apendicites supuradas, observadas em hospitais psiquiátricos (Forlenza, 1994). Por outro lado, a queixa persistente de dor, que ocorre em alguns quadros, pode dificultar a identificação da doença mental (Tarelho, 2005; Tengan, 2000).

A experiência clínica no ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tem mostrado que, como na população em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam queixas algicas, mas não há estudo nacional sobre prevalência de dor crônica entre esses doentes.

O primeiro estudo nacional sobre frequência de dor crônica em populações não vinculadas a serviços de saúde observou alta prevalência da dor em crianças, adultos e idosos. Foram entrevistadas 915 crianças e adolescentes, dos quais, 263 (28,8%) referiram pelo menos uma dor recorrente. Das 297 queixas de dor mencionadas, (49,2%) localizavam-se na cabeça, (21,6%) nos membros, (20,9%) no abdômen, (6,1%) na região dorsal e (2,4%) na região torácica anterior (Rossetto, 2000, Pimenta et al. 2005).

Com relação aos adultos, foram entrevistados 505 funcionários de uma universidade, e foi observada dor crônica em 61,4% (69% do sexo feminino). Foi considerada dor crônica, a queixa que persistia há pelo menos 6 meses. Cada indivíduo poderia referir mais de um local de dor e os locais mais frequentes foram: cabeça, face e boca (26,7%), espinha lombar, sacro e cóccix (19,4%), membros inferiores (13,3%), ombros e membros superiores (8,1%) e região abdominal (7,5%) (Kreling 2000, Pimenta et al. 2005).

Nos 531 idosos (aqueles com 60 anos ou mais, conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento), aposentados e da ativa, a prevalência de dor crônica foi de 51,4% (57,2% em mulheres). Foi considerada dor crônica a queixa que persistia há pelo menos 6 meses. Os locais mais frequentes de dor foram: região dorsal (21,73%), MMII (21,5%), cabeça e face (7,1%) e (4,4%) no abdômen e nos MMSS. Os prejuízos às atividades de vida diária foram significativos: sono (40%), humor (39,1%) e lazer (36,7%) (Dellaroza 2000; Pimenta et al. 2005).

Dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos

de tais danos. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências anteriores” (Pimenta, 2000).

Quanto à temporalidade, a dor pode ser classificada em aguda e crônica. A dor aguda tem duração relativamente curta, de minutos a algumas semanas, está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, a delimitação do tempo e espaço é precisa e há expectativa de desaparecimento após a cura da lesão (Pimenta, 1999).

A dor crônica é aquela que persiste por mais de três meses, para fins clínicos, ou seis meses, para fins de pesquisa, de modo contínuo ou intermitente. É compreendida como a que está relacionada a processos patológicos crônicos ou se estende além do tempo esperado para a cura de uma lesão. Pode ser dividida em dor crônica oncológica e não oncológica (Merskey, Bogduk, 1994; Pimenta, 1999).

Quanto à etiopatogenia, pode ser classificada em nociceptiva, neuropática ou mista. A nociceptiva é aquela com elevada síntese de substâncias algio gênicas e intensa estimulação das fibras nociceptivas; ocorre nas situações de inflamações, traumas ou isquemias. A dor neuropática ocorre quando há lesão parcial ou total de vias nervosas do sistema nervoso central ou periférico e diz-se que uma dor é mista quando há componentes nociceptivos e neuropáticos (Pimenta, 1999).

São várias as áreas de estudo sobre dor crônica na doença mental. Há dúvidas sobre diferenças no limiar de excitabilidade à dor, sobre a comorbidade entre dor e diversos quadros psiquiátricos, a prevalência de quadros dolorosos nos transtornos mentais e a prevalência de transtornos mentais nos quadros álgicos. Discute-se a existência de diferenças na experiência dolorosa em doentes com esquizofrenias, transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares e de personalidade e autismo (Adler, Gattaz, 1993; Bär et al, 2005; Forlenza, 1994; Kemperman et al., 1997; Muñoz et al. 2005; Tang, Gibson, 2005; Tarelho, 2005; Tengan, 2000). Sabe-se que pacientes com dor crônica estão mais susceptíveis a desenvolverem problemas psiquiátricos e apresentam risco aumentado para quadros depressivos e ansiosos (Bair et al, 2003; Gieseck, 2005; Hung et al,

2005; Koenig, Clark, 1996; Lépine, Briley, 2004; Mercante, 2005; Sengupta, Kumar, 2005).

As relações dor e depressão e dor e ansiedade são bastante discutidas na literatura, mas as relações entre dor e outros quadros psiquiátricos, como a esquizofrenia, é pouco explorada, na literatura nacional e internacional.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA

Transtornos psiquiátricos são freqüentes na população. O Relatório da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) sobre a Saúde no Mundo, de 2001, apontou que cerca de 12% da população apresentava algum tipo de transtorno mental e que, em 2020, prevê-se elevação na prevalência desses transtornos para 15% da população (OPAS, 2001). A esquizofrenia é apontada como ocorrendo entre 1% e 1,5% da população (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

A esquizofrenia, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão - CID 10 (OMS, 1993), pode ser classificada em F.20, nos subtipos: paranóide (F20.0), hebefrênica (F20.1), catatônica (F20.2), indiferenciada (F20.3), pós-esquizofrênica (F20.4), residual (F20.5), simples (F20.6), outra esquizofrenia (F20.8) e não especificada (F20.9).

Não há exames físicos ou complementares para o diagnóstico, os critérios são baseados no tipo e na duração de sintomas positivos e negativos. Os positivos são aqueles associados às alucinações e delírios e os negativos ao embotamento afetivo e retraimento social (Bressan, Elkis, 2007).

Para uma melhor elucidação dos critérios diagnósticos, foram citadas as duas classificações: CID-10 e o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Segundo a CID-10, as características da doença são:

- eco do pensamento, roubo do pensamento, irradiação do pensamento.
- vozes alucinatórias
- delírios persistentes, tais como identidade política ou religiosa, ou ainda poderes e capacidades sobre-humanas (p.ex. ser capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com extraterrestres).
- alucinações persistentes
- comportamento catatônico, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- sintomas "negativos" tais como apatia, pobreza do discurso e embotamento afetivo, retraimento social e diminuição do desempenho social; deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação antipsicótica.
- uma alteração significativa e consistente no comportamento, na qualidade de vida e interação social, manifestada por perda de interesse, falta de objetivos, inatividade (OMS,1993) .

Segundo o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana)

A. Sintomas característicos: Dois (ou mais) dos seguintes, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

- (1) delírios
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (por ex., freqüente descarrilamento ou incoerência)
- (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico
- (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição

Nota: Apenas um sintoma do Critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

B. Disfunção sócio/ocupacional: Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início dá-se na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o Critério A (isto é, sintomas de fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D. Exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor: O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

E. Exclusão de substância/condição médica geral: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F. Relação com um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: Se existe uma história de Transtorno Autista ou um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso), (texto extraído do quadro do DSM-IV, 1994).

Dos diferentes subtipos anteriormente citados, a esquizofrenia paranóide é a mais comum. O quadro clínico é caracterizado por delírios, freqüentemente paranóides, acompanhados de alucinações, não predominam as perturbações do afeto, da volição e da fala. A hebefrênica pode levar a graves alterações afetivas e seus delírios e alucinações podem ser mais efêmeros e fragmentados, com pensamentos desorganizados e incoerentes. A catatônica envolve perturbações psicomotoras e os dois extremos, a hipercinesia e a letargia, podem se alternar (Bressan, Elkis, 2007; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua ou episódica e a remissão entre os episódios pode ser completa ou incompleta, assim como os déficits cognitivos, emocionais e sociais, podem ser progressivos ou estáveis (OMS, 1993).

A esquizofrenia é de difícil controle, tem custo elevado e com grande impacto para o doente, família e sociedade. Em comorbidade à dor crônica, que também acarreta muitos prejuízos aos doentes, pode ser ainda mais deletéria; o que indica que essa comorbidade deva ser mais bem estudada e compreendida.

O tratamento é medicamentoso, com antipsicóticos, e com abordagens psicossociais, como psicoterapia, terapia ocupacional, educação e apoio emocional, entre outros (Bressan, Elkis, 2007; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

Tratando-se do impacto econômico, podem ser considerados custos diretos como aqueles que se referem a gastos com o tratamento, as

medicações e as hospitalizações e, como custos indiretos, a perda de produtividade devido à incapacidade para o trabalho, tanto dos pacientes como dos seus cuidadores (Bressan, Elkis, 2007).

Quanto ao impacto social, várias situações podem ser citadas como a dificuldade de interação com o outro, de manter o trabalho e estudo, o risco de ferir a si mesmo ou a terceiros, os prejuízos nas atividades de lazer e de vida diária, a incapacidade de ter uma vida independente e, em alguns casos, os prejuízos da capacidade cognitiva (Bressan, Elkis, 2007). Tudo isso fica agravado pelo estigma social das doenças mentais de modo geral e, em particular, da esquizofrenia.

Estratégia de Revisão de Literatura

Para revisar a literatura, sobre a prevalência de dor crônica entre esquizofrênicos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos com adultos, que analisaram a prevalência de dor crônica entre esquizofrênicos, publicados em inglês, português, espanhol ou alemão.

Sem limite de datas, foram analisadas as seguintes bases de dados primárias e secundárias: bases para identificação de dissertações e teses e de periódicos nacionais (DEDALUS- Banco de Dados Bibliográficos da USP e Banco de Teses CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – USP), 01 base europeia (Embase), 05 bases norte-americanas (Pubmed, Ovid, PsycInfo, Scopus e Medline), 01 base latino-americana (Lilacs), 01 base brasileira (SciELO- Scientific Electronic Library Online), 02 bases específicas de enfermagem (BDENF para publicações nacionais e CINAHL para publicações internacionais) e 01 base secundária (Cochrane). As bases foram analisadas no período de junho a agosto de 2008.

Para a busca bibliográfica foram utilizados **descritores não-controlados** “*dor, dor crônica, doença mental, psiquiatria, esquizofrenia, epidemiologia, prevalência, estudos transversais*” - “*pain, chronic pain, mental disorder, psychiatric, schizophrenia, epidemiology, prevalence,*

cross-sectional study” e **descritores controlados**, segundo a terminologia DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) no Portal BVS-BIREME “*Dor*” OR “*Dor nas Costas*” OR “*Dor Facial*” OR “*Cefaléia*” OR “*Metatarsalgia*” OR “*Cervicalgia*” OR “*Neuralgia*” OR “*Dor Intratável*” OR “*Dor Referida*”) AND (“*Esquizofrenia*” OR “*Esquizofrenia Catatônica*” OR “*Esquizofrenia Hebefrênica*” OR “*Esquizofrenia Paranóide*” OR “*Transtorno Paranóide Compartilhado*”) AND (*Prevalência* OR *Epidemiologia*) e MeSH (Medical Subject Headings) no PUBMED/MEDLINE: “*Pain, Pain Measurement, Pain Clinics, Neck Pain, Low Back Pain, Facial Pain, Back Pain, Flank Pain, Pain Referred, Pain Threshold, Pain Intractable, Shoulder Pain, Pelvic Pain, Abdominal Pain, Chest Pain, Facial Neuralgia, Neuralgia Headache, Causalgia, Arthralgia, Fibromyalgia, Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome, Prostatitis, Schizophrenia, Schizophrenia Disorganized, Schizophrenia Paranoid, Schizophrenia Catatonic.*”

A estratégia PICO (P=patient; I=intervention; C=control e O=outcome) foi utilizada para construir a pergunta de pesquisa e ampliar a busca bibliográfica, pois a combinação dos acrônimos: paciente, intervenção, controle e resultado, permite melhor recuperação dos estudos (Santos, Pimenta, Nobre, 2007). Foram utilizados descritores relacionados ao P (paciente) e O (outcome), conforme quadro abaixo.

Patient: paciente com esquizofrenia e dor

((("Pain"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh] OR "Pain Clinics"[Mesh] OR "Neck Pain"[Mesh] OR "Low Back Pain"[Mesh] OR "Facial Pain"[Mesh] OR "Back Pain"[Mesh] OR "Flank Pain"[Mesh] OR "Pain, Referred"[Mesh] OR "Pain Threshold"[Mesh] OR "Pain, Intractable"[Mesh] OR "Shoulder Pain"[Mesh] OR "Pelvic Pain"[Mesh] OR "Abdominal Pain"[Mesh] OR "Chest Pain"[Mesh] OR "Facial Neuralgia"[Mesh] OR "Neuralgia"[Mesh] OR "Headache"[Mesh] OR "Causalgia"[Mesh] OR "Arthralgia"[Mesh] OR "Fibromyalgia"[Mesh] OR "Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome"[Mesh] OR "Prostatitis"[Mesh]) AND ("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia, Disorganized"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid"[Mesh] OR "Schizophrenia, Catatonic"[Mesh]))

Outcome: prevalência de dor entre esquizofrênicos

("Prevalence"[Mesh] OR "Epidemiology"[Mesh] OR "epidemiology "[Subheading] OR "Data Collection"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh]).

Utilizando diferentes combinações entre os descritores, nas diversas bases, foram identificados 725 estudos. Após análise dos títulos e remoção dos repetidos, 48 foram selecionados para leitura dos resumos, dos quais foram selecionados 07 estudos sobre dor e esquizofrenia, relacionados ao limiar, percepção e sensibilidade à dor e 04 que trataram de prevalência de dor em pacientes esquizofrênicos e atenderam aos critérios de inclusão (Quadros 1 e 2). Três estudos foram publicados em língua inglesa e um em alemão. Dois estudos foram feitos na década de 80 (1981 e 1986), um estudo na década de 90 (1999) e um em 2004.

A síntese desses estudos está descrita a seguir (Quadros 1 e 2).

Quadro 1- Características dos estudos sobre prevalência de dor em esquizofrenia São Paulo, 2009

AUTOR E TÍTULO ANO/ PERIÓDICO	POPULAÇÃO E AMOSTRA CRITÉRIO DE INCLUSÃO CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA E SOCIODEMOGRÁFICAS	OBJETIVO	MÉTODO INSTRUMENTOS
<p>Chaturvedi, S. e Michael, A.1986</p> <p>Chronic Pain in a Psychiatric Clinic</p> <p><i>Journal of Psychosomatics Research, vol. 30 no. 3, pp. 347-354 1986</i></p>	<p>População: 4240 pacientes psiquiátricos adultos (16 a 55 anos), ambulatoriais. Seleção da amostra: Um de cada 3 casos foi avaliado (n=1413) e 203 pacientes (14,37%) com dor crônica</p> <p>Características da amostra Por doença – esquizofrênicos = 109 (7,7%)</p> <p>Crítérios de Inclusão: Identificar casos entre 16 e 55 anos de idade que a principal queixa era a dor, ocorrendo continuamente, diariamente ou duas vezes a cada dois dias, por mais de três meses</p> <p>Crítérios de exclusão: Casos relatados, ou sub-relatados, de problemas físicos, sugestionáveis de organicidade ou anormalidades, detectados durante o exame físico. Pacientes com história de alcoolismo, abuso de substâncias, epilepsia e traumatismo cranio-encefálico também foram excluídos.</p> <p>Características sociodemográficas: As diferenças entre pacientes com dor crônica e sem dor foram examinadas na relação das variáveis sociodemográficas e diagnósticos clínicos. Idade: 16 a 55 anos, 90 pacientes do sexo masculino e 113 feminino, 115 tinham baixo nível de escolaridade, 35 estavam desempregados, 89 eram dos serviços domésticos, 13 religiosos, 36 trabalhador rural 36. 121 de origem urbana 121 e 82 rural, 61 solteiros e 142 casados.</p>	<p>- Determinar a prevalência de dor crônica em pacientes psiquiátricos ambulatoriais, caracterizando-os quanto à doença psiquiátrica, idade, sexo e origem sócio-demográfica.</p> <p>- Comparar pacientes com e sem dor quanto às características sócio-demográficas e das doenças psiquiátricas</p>	<p>Tipo do Estudo: <i>Transversal: prevalência e caso-controle</i></p> <p>Local: sem dados</p> <p>Procedimentos: 4240 casos foram registrados na clínica ambulatorial, dos quais o 3º. caso foi examinado; 1413 casos registrados foram reavaliados em detalhe e a informação foi registrada. 203 (14.37%) destes casos tinham dor crônica não orgânica.</p> <p>- Diagnóstico clínico foi dado por dois psiquiatras. Os registros inadequados, incompletos ou que não forneciam informações foram excluídos e um próximo caso consecutivo foi examinado.</p> <p>- O caso subsequente do paciente com dor crônica era selecionado como controle, quando dois ou três casos preenchiam os critérios para inclusão, o subsequente do segundo ou terceiros caso sem dor crônica era incluído no grupo controle.</p> <p>- Esses pacientes foram comparados a 304 casos de pacientes psiquiátricos sem dor crônica.</p> <p>Instrumentos: Avaliação psiquiátrica e entrevista semi-estruturada</p> <p>Dor crônica</p>

AUTOR E TÍTULO ANO/ PERIÓDICO	POPULAÇÃO E AMOSTRA CRITÉRIO DE INCLUSÃO CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA E SOCIODEMOGRÁFICAS	OBJETIVO	MÉTODO INSTRUMENTOS
<p>Watson, G.D., Chandarana, P.C. e Merskey, H. 1981</p> <p>Relationships Between Pain and Schizophrenia</p> <p><i>Brit. J. Psychiat., 138, 33-36 1981</i></p>	<p>Amostra: 78 pacientes esquizofrênicos, sendo que 52 em Londres e 26 em Edmonton, desses 46 homens, com idade média de 30.3 anos e 32 mulheres e com idade média de 37.4</p> <p>Características sociodemográficas: Um quarto do total tinha ocupação e eram semi-qualificados ou não qualificados para o trabalho, dois terços dos pacientes tinham sido submetidos à internação psiquiátrica e foram ao hospital no período do estudo Todos exceto um, usavam medicamentos psicotrópicos, somente um quarto eram casados. A subpopulação dos dois hospitais era similar nas características sócio-demográficas.</p>	<p>- Investigar a dor em pacientes com esquizofrenia</p>	<p>Tipo do Estudo: prevalência e caso-controle</p> <p>Local: Londres e Edmonton</p> <p>Procedimentos: 29 dos 78 pacientes tinham queixas de dor atual. Os pacientes com dor foram similares ao grupo sem dor com relação à idade, sexo, estado civil e ocupação. Todos eles tinham o diagnóstico de esquizofrenia de acordo com a volição, pensamento e afeto.</p> <p>Instrumentos: Entrevista e questionários relativos à classificação da dor</p> <p>Dor crônica e não crônica</p>
<p>Kuritzky, A.; Mazeh, D.; Levi, A. 1999.</p> <p>Headache in schizophrenic patients: a controlled study</p> <p><i>Cephalgia 19 (1999)</i></p>	<p>População: A população pesquisada compreendeu todos pacientes que chegaram ao ambulatório no período do estudo, totalizando 108 pacientes esquizofrênicos, com idade entre 28 a 60 anos, de estágio crônico e 100 sujeitos normais, com idade entre 20 a 69 anos, que serviram de controles</p> <p>Crítérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os pacientes esquizofrênicos foram considerados crônicos se tivessem sido submetidos ao tratamento por pelo menos dois anos. - concordaram em participar do estudo 	<p>- Comparar sujeitos esquizofrênicos e normais em relação à dor de cabeça</p>	<p>Tipo de Estudo: Prevalência e caso-controle</p> <p>Local e Período: sem dados</p> <p>Procedimentos: Primeiro foi aplicado um questionário para averiguar se os pacientes respondiam sentir ou não dor de cabeça. Se afirmativa a resposta continuavam respondendo o questionário contendo sintomatologia da dor de cabeça, com as seguintes questões: quando usualmente ocorre, localização, frequência, intensidade (escala de 1-10) e tipo, bem como eventos e sintomas que ocorriam antes, durante e depois da dor de cabeça (ex.: náusea, sintomas visuais, déficit motor), sobre história familiar de dor de cabeça, tratamento medicamentoso e outros sintomas de doenças.</p>

AUTOR E TÍTULO ANO/ PERIÓDICO	POPULAÇÃO E AMOSTRA CRITÉRIO DE INCLUSÃO CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA E SOCIODEMOGRÁFICAS	OBJETIVO	MÉTODO INSTRUMENTOS
			<p>INSTRUMENTOS: Os pacientes esquizofrênicos foram diagnosticados de acordo com DSMIII e foram considerados crônicos se tivessem em tratamento por pelo menos 2 anos. Todos pacientes faziam uso regular de antipsicótico e estavam bem controlados. Foi utilizada entrevista semi-estruturada e diagnóstico clínico, foram avaliados por dois psiquiatras e a dor de cabeça foi diagnosticada de acordo com a classificação da sociedade internacional de dor de cabeça de 1988.</p> <p>Dor crônica</p>
<p>Baune BT, Aljeesh Y. 2004</p> <p>Is pain a clinically relevant problem in general adult psychiatry? A clinical epidemiological cross-sectional study in patients with psychiatric disorders]</p> <p><i>Schmerz. 2004 Feb;18(1):28-37</i></p> <p>(Artigo em alemão)</p>	<p>Amostra: Amostra de 106 pacientes, de 18 a 64 anos acompanhados em um serviço de psiquiatria durante um período de 4 meses. Investigaram a prevalência de dor, duração de dor, prejuízo e incapacidade para trabalho devido à dor; foram explorados fatores de risco potenciais, 19 pacientes (14 recusaram e 5 foram excluídos).</p> <p>Crítérios de inclusão: Aceitar voluntariamente participar do estudo e capacidade de responder o questionário</p> <p>Crítérios de exclusão: Foram excluídos psicóticos, suicidas, geriátricos (acima de 64 anos) e com alterações cognitivas.</p>	<p>- Estudar a prevalência de dor em pacientes psiquiátricos em um hospital psiquiátrico.</p>	<p>Tipo do Estudo: Prevalência Local e Período: Alemanha Procedimentos: A principal característica não era o transtorno somático e sim o psiquiátrico. Foram selecionados pacientes de duas enfermarias, uma delas tinham vários diagnósticos, mas acompanhamento psicoterápico e a outra com transtornos agudos, exceto tentativa de suicídio e crises psicóticas, sem a psicoterapia.</p> <p>INSTRUMENTOS: Para avaliação psiquiátrica foram utilizados diagnósticos clínicos por dois psiquiatras;</p> <p>- Um questionário de avaliação de dores não publicado, DGSS – diretrizes da sociedade alemã para estudos de dor com os seguintes itens:</p> <p>- Identificação das pessoas, seguro saúde e dados pessoais, percepção subjetiva da dor (localização, características, tempo, intensidade e frequência), condições e fatores de melhora e piora, curso da doença, medicamentos, situação em que a dor aparece, comorbidade somática.</p> <p>Dor crônica</p>

Quadro 2- Estudos de prevalência de dor em esquizofrenia: resultados. São Paulo, 2009

AUTOR E TÍTULO ANO/ PERIÓDICO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
<p>Chaturvedi, S. e Michael, A. 1986</p> <p>Chronic Pain in a Psychiatric Clinic</p> <p><i>Journal of Psychosomatics Research</i>, vol. 30 no. 3, pp. 347-354 1986</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos 1413 pacientes analisados, 203 (14.37%) tinham dor crônica e apenas 8% dentre os pacientes com esquizofrenia ou outras psicoses. ▪ A prevalência de dor crônica de acordo com o diagnóstico psiquiátrico foi: distímia (43,3%), estado ou transtorno de ansiedade (20,2%), transtornos conversivos (8,4%) e dor psicogênica (9,4%), depressão maior (6,9%) e esquizofrenia (3,4%), outras psicoses (4,0%) e não classificado (3,4%). ▪ A comparação entre pacientes psiquiátricos com e sem dor crônica demonstrou que pacientes com dor eram mais freqüentes mulheres casadas acima de 35 anos de idade, da região urbana. ▪ Há uma diferença nos diagnósticos analisados entre os dois grupos, com um predomínio da distímia e ansiedade em pacientes com dor. ▪ Poucos pacientes com dor crônica tinham psicoses.
<p>Watson, G.D., Chandarana, P.C. e Merskey, H. 1981</p> <p>Relationships Between Pain and Schizophrenia</p> <p><i>Brit. J. Psychiat.</i>, 138, 33-36 1981</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos 78 pacientes, 49 sem dor e 29 com dor, destes 13 tinham causa física e 16 aparentemente de origem psicológica ▪ Duração da dor entre os 29 pacientes: 1/4 com dor atual; 50% com dor diária recorrente; 1/3, pelo menos, com dor há uma semana; em cerca de 50%, dor há mais de 6 meses e em 5 pacientes, a dor persistia há mais de cinco anos. ▪ Locais da dor: cabeça 13 queixas (39.3%); pernas 8 queixas (24.2%); costas 6 queixas (18.2%), seguidas por dor no peito 2 (6,1%), abdome 2 (6.1%), pescoço 1(3%) e outras 1 (3%).
<p>Kuritzky, A.; Mazeh, D.; Levi, A. 1999.</p> <p>Headache in schizophrenic patients: a controlled study</p> <p><i>Cephalgia</i> 19 (1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não havia diferença sócio-demográfica entre os dois grupos ▪ Duração da esquizofrenia: 2 a 41 anos (média de 13.7 anos) ▪ A prevalência de dor de cabeça foi de 48.1%, enquanto que no grupo controle foi de 41%. Os tipos de dor de cabeça no grupo com esquizofrenia: Enxaqueca 21 (19,4%); dor de cabeça tipo tensional crônica 10 (9,25%) e dor de cabeça tensional episódica 21 (19,4%) e, no grupo controle: 24 (24%); 3 (3%) e 14(14%), respectivamente. ▪ Pacientes esquizofrênicos estão sujeitos a ter dor de cabeça como a população geral e são capazes de referir sua dor quanto à duração, intensidade e freqüência, mas devido ao seu comportamento e as reações subjetivas não referem queixas. ▪ Uma significativa redução na duração da dor de cabeça depois do tratamento foi relatada pelos pacientes esquizofrênicos. ▪ Não houve diferenças significantes na prevalência de dor de cabeça entre os diferentes tipos de esquizofrenia.

AUTOR E TÍTULO ANO/ PERIÓDICO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foi realizada uma questão adicional somente para pacientes esquizofrênicos, em 44 dos 52 pacientes que queixaram de dor de cabeça reclamaram de dor, 21 (40%). ▪ Estes resultados sugerem que médicos que tratam de pacientes esquizofrênicos devem ficar alerta quando recebem a história e sintomas de dor de cabeça neste grupo de pacientes.
<p>Baune BT, Aljeesh Y. 2004</p> <p>Is pain a clinically relevant problem in general adult psychiatry? A clinical epidemiological cross-sectional study in patients with psychiatric disorders]</p> <p><i>Schmerz. 2004 Feb;18(1):28-37 (Artigo em alemão)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A prevalência de dor foi de aproximadamente 50%, na maioria, lombalgias, dores de cabeça, ombro e pescoço. ▪ Entre os pacientes com transtornos psicóticos como esquizofrenia, esquizotípico e transtornos alucinatórios, a prevalência foi de 74% ▪ Pacientes com transtorno afetivo freqüentemente tinham mais reclamações de dor, seguidos daqueles com neuroses, transtorno somatoforme e estresse e depois com transtornos psicóticos como esquizofrenia, esquizotípico e transtornos alucinatórios. ▪ Cerca de 10% de todos os pacientes informaram dor continua há pelo menos 3 meses no último ano. ▪ Localização das dores nos últimos 12 meses: dor de cabeça e face 55 (20%); pescoço 48 (17%); tórax 17 (6%); abdômen 25 (9%); costas e bacia 65 (23%); extremidades 25 (9%) e outras 44 (16%), totalizando 279 queixas. ▪ Foi encontrada evidência que dor pode ser um problema clínico significativo em pacientes psiquiátricos, que parece ser subestimado em psiquiatria.

Como mostrado no Quadro 2, observa-se que a prevalência de dor crônica em pacientes esquizofrênicos variou entre 8% a 74%, uma variação ampla, reforçando a importância de que o doente psiquiátrico deva ser investigado quanto à presença de dor crônica. Tal variação pode ser justificada por diferenças entre os estudos na conceituação de dor crônica, no método de investigação e nas características da população, o que sugere a necessidade de novos estudos.

Estudos sobre a prevalência de determinados fenômenos mostram-se imperiosos para o início da construção de um conhecimento mais verticalizado; “são importantíssimos para avaliar a magnitude e distribuição de um fenômeno e fornecem subsídios para o uso de intervenções eficazes” (Dellaroza, 2000). O enfermeiro tem formação e competência profissional que lhe possibilita desenvolver uma gama variada de intervenções, entre elas auxiliar o doente a ser “ouvido” em sua queixa, desenvolver ações e atividades educativas visando amparar o doente e seu familiar no processo de compreensão, reflexão e tratamento da dor, ajudando-os a procurar e seguir o tratamento; identificar e corrigir os comportamentos e pensamentos disfuncionais sobre a dor e seu controle, entre outras ações (Kurita, 2001; Pimenta, 1999b, 2001).

O conhecimento sobre dor crônica em doentes esquizofrênicos é reduzido no âmbito internacional e ausente em estudos nacionais, o que reforça a necessidade da presente pesquisa.

1.3 QUALIDADE DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA

O termo qualidade de vida tem definição ampla e engloba aspectos de saúde, educação, bem-estar físico, psicológico e mental, expectativa de vida, família, amigos, emprego, segurança, meio ambiente, relações interpessoais e sociais e religião, entre outros.

A qualidade de vida é medida utilizada em pesquisas clínicas, epidemiológicas, análises de custo-benefício, planejamento de serviços, de

políticas de saúde e na avaliação da qualidade da gestão de serviços de várias áreas (Campos, Caetano,1998).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, qualidade de vida é *"a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"*. É um conceito subjetivo e multidimensional, por envolver vários aspectos da vida humana. É dinâmico e influenciado por aspectos socioculturais, religiosos, éticos, econômicos, de saúde e valores pessoais (WHOQOL GROUP, 1998).

Há uma intensa busca de instrumentos multidimensionais e com boas propriedades psicométricas, para medir os diferentes domínios da vida e expressar a qualidade de vida das pessoas e populações (Pitta, 1999). Dentre eles: Short Form Health Survey (SF-36), Quality of Life Scale (QLS), Social Functioning Scale (SFS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Wisconsin-Quality of Life Index (W-QLI) e WHOQOL-100 e bref.

A avaliação da qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia é uma área de importante crescimento; está relacionada tanto a pesquisas clínicas como ao manejo com os pacientes. A escolha do instrumento adequado depende do objetivo da mensuração da qualidade de vida (Becchi et al., 2004, Bobes et al., 2005).

Para a presente pesquisa foi utilizado o instrumento da Organização Mundial da Saúde - World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref (Fleck,2000). A opção deveu-se às características do instrumento: curto, de fácil compreensão, com características psicométricas satisfatórias e uso anterior em populações brasileiras e com doenças mentais.

O WHOQOL possui duas versões validadas para o português: o WHOQOL 100 (composto por 100 questões) e o WHOQOL-bref (com 26 questões). O WHOQOL pode tornar-se muito extenso para algumas aplicações e a necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o

preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (Fleck, 2000).

Estratégia de Revisão de Literatura

Para revisar a literatura sobre a qualidade de vida em esquizofrênicos foram utilizadas as mesmas bases de dados da revisão sobre dor crônica em esquizofrênicos e também se utilizou o PICO como estratégia de busca. De modo geral, a literatura sobre a qualidade de vida em esquizofrênicos é vasta mas, na presente revisão, a inserção dos descritores WHOQOL-100 e WHOQOL breve restringiram a busca. Tal procedimento foi necessário pela dificuldade de se comparar qualidade de vida avaliada por diferentes instrumentos.

Foram selecionados os seguintes descritores: “Qualidade de vida AND esquizofrenia” e “*Quality of life AND schizophrenic OR schizophrenia AND WHOQOL OR WHOQOL 100 OR WHOQOL-bref*” com os seguintes critérios de inclusão: estudos com adultos, que analisaram a qualidade de vida em esquizofrênicos utilizando a escala WHOQOL-bref, publicados em inglês, português ou espanhol, sem limites de tempo.

Utilizando diversas combinações entre os descritores, nas diversas bases, foram identificados 69 estudos. Após análise dos títulos e remoção dos repetidos, sete foram selecionados para leitura dos resumos, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Qualidade de vida em esquizofrênicos utilizando a escala WHOQOL-100 e a WHOQOI-bref. São Paulo, 2009.

Autor/Título/ Ano/Periódico	Objetivos	Método (tipo de estudo/amostra/critérios de inclusão e exclusão e instrumentos)	Resultados
<p>Hasanah CI, Razali MS, 2002</p> <p>Quality of life: an assessment of the state of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in the community</p> <p><i>Journal of the Royal Society for the promotion of health; december 2002, 122(4), 251-255</i></p>	<p>- Comparar a qualidade de vida subjetiva de pacientes diabéticos em uso de hipoglicemiante oral com pacientes esquizofrênicos bem controlados com medicações antipsicóticas</p>	<p>Tipo de Estudo: caso-controle Amostra: 40 pacientes diabéticos e 40 esquizofrênicos de um hospital escola em Kelantan, Malásia</p> <p>Critérios de inclusão: pacientes preencheram o critério diagnóstico DSMIII-R para esquizofrenia, e estavam em tratamento por mais de 2 anos com antipsicóticos, incluídos pacientes acima de 30 anos, pela dificuldade em achar diabéticos jovens como controles. Para os diabéticos, grupo controle, com tratamento estáveis por mais de dois anos</p> <p>Critérios de exclusão: pacientes com síndrome cerebral orgânica, abuso de substância, transtorno de personalidade e outras comorbidades clínicas. Para os diabéticos, controle, ter complicações diabéticas e ter outras doenças que não a diabetes mellitus</p> <p>Local: Kelantan, Malásia</p> <p>INSTRUMENTOS:- Escala BPRS (<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>) e escala validada para população Malásia e WHOQOL 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 70% dos pacientes do sexo masculino com esquizofrenia estavam desempregados, tinham idade média de 39 anos e entre os diabéticos tinham 41 anos. ▪ Os escores do grupo dos diabéticos (físico 12,7; psicológico 14,5; social 15,0 e meio-ambiente 14,9), foram maiores do que dos esquizofrênicos (físico 13,3; psicológico 14,2; social 13,5 e meio-ambiente 14), exceto no domínio físico. ▪ No domínio social os esquizofrênicos tiveram média 13,5 e os diabéticos 15,0, apresentando diferença significativa ($p < 0,0005$). ▪ A avaliação subjetiva da qualidade de vida pode revelar déficits ou impedimentos que são obscuros e provavelmente de difícil apreciação na avaliação objetiva clínica e social. ▪ Tais resultados são valiosos no planejamento da reabilitação de pacientes de esquizofrênicos e ajudam a reduzir o estigma, pois ao comparar com um grupo com doença clínica crônica não são tão diferentes.

Autor/Título/ Ano/Periódico	Objetivos	Método (tipo de estudo/amostra/critérios de inclusão e exclusão e instrumentos)	Resultados
<p>Chan GWL et al 2003</p> <p>Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong Kong</p> <p>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2003) 38:196-203</p>	<p>- Comparar a qualidade de vida de pacientes chineses com esquizofrenia provenientes de três lugares diferentes (hospital, cuidados em casa de longa permanência e menos dependentes- half-way house) em Hong Kong</p> <p>- Identificar fatores associados com bem-estar subjetivo</p>	<p>Tipo de Estudo: transversal e comparativo</p> <p>Amostra: 204 sujeitos (67 hospitalizados, 69 cuidados em casas de longa permanência e 68 half-way house (menos dependentes)</p> <p>Critérios de inclusão: pacientes preencheram o critério diagnóstico DSM IV para esquizofrenia, o tempo de doença de 5 anos, etnia chinesa, idade entre 18 e 60 anos, consentiram participar do estudo e ter fluência no dialeto Cantonese</p> <p>Critérios de exclusão: pacientes com condições neurológicas agudas, abuso de substâncias e outras comorbidades clínicas agudas.</p> <p>Local: Hong Kong-</p> <p>INSTRUMENTOS:- Escala <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS), escala validada para população chinesa (WHOQOLbref-HK), Satisfaction with Life Scale (SWLS), Life event List (LEL) e Global Assessment Scale (GAS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade média 49 anos, maioria sexo masculino, 57%, educação ensino médio 45%, solteiros 80%, desempregados: hospital 94%, cuidados em casa 77% e half-way house (menos dependentes) apenas 15% ▪ Com relação a qualidade de vida os que viviam no hospital domínio físico 14,11, psicológico 13,23, social 12,99 meio-ambiente 13,69; cuidados em casa 14,49; 14,09; 14; 15 e menos dependentes 14,10; 13,34; 12,76 e 13,96, respectivamente ▪ A qualidade de vida nos locais da comunidade é bem melhor que nos hospitais. Os que tinham cuidados em casa sob supervisão tinham melhor domínio do meio-ambiente ▪ Eventos negativos durante a vida, nível educacional, itens da escala BPRS, sentimentos de culpa e ansiedade foram preditores do bem-estar subjetivo o qual parece se adaptar as circunstâncias externas no decorrer do tempo

Autor/Título/ Ano/Periódico	Objetivos	Método (tipo de estudo/amostra/critérios de inclusão e exclusão e instrumentos)	Resultados
<p>Chan,S.; YU IW. 2004</p> <p>Quality of life of clients with schizophrenia</p> <p><i>J Adv Nurs 2004;45(1):72</i></p>	<p>- Investigar a qualidade de vida e fatores relacionados em clientes com diagnóstico de esquizofrenia em Hong Kong</p>	<p>Tipo de Estudo: descritivo, transversal</p> <p>Amostra: conveniência um total de 176 (91 homens e 85 mulheres), idade entre 18 e 65 anos, maioria solteira, com o primário e desempregada.</p> <p>Critérios de inclusão: chineses Hong Kong; ter o diagnóstico de esquizofrenia de acordo com a DSM IV, falar e ler em chinês e ter o diagnóstico psiquiátrico por pelo menos 2 anos.</p> <p>Critérios de exclusão: ter um diagnóstico psiquiátrico secundário. Ter prejuízo neuro-cognitivo, ter dificuldade na comunicação, auditiva e visual, foram julgados por um psiquiatra para participar da pesquisa.</p> <p>Local: Hong Kong- China</p> <p>INSTRUMENTOS:- Escala BPRS (<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>) e escala validada para população chinesa HK Chinese WHOQOL bref</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na amostra estudada, o resultado dos domínios com os esquizofrênicos foram: físico 13,05, psicológico 12,09, social 12,41, meio-ambiente 12,42 e com a população geral, os domínios: físico 15,85, psicológico 14,77, social 14,26 e meio-ambiente 13,74. ▪ Os entrevistados tinham menos satisfação com sua saúde psicológica e situação financeira, lazer e atividade sexual. ▪ Mulheres (n=91) referiram menos satisfação com a qualidade de vida do que homens (n=86). Pessoas desempregadas (n=100) estavam menos insatisfeitas com sua qualidade de vida do que empregadas (n=76). ▪ Níveis mais altos de problemas mentais e números elevados de hospitalizações prévias foram associadas com a percepção negativa da qualidade de vida. ▪ Os achados sugerem que há uma necessidade de uma reabilitação mais intensa, tanto vocacional como social para pessoas com problemas mentais em Hong Kong.

Autor/Título/ Ano/Periódico	Objetivos	Método (tipo de estudo/amostra/critérios de inclusão e exclusão e instrumentos)	Resultados
<p>Alptekin et al, 2005</p> <p>Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia?</p> <p><i>Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 29(2005) 239-244</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examinar a função neurocognitiva e a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia comparando-os com sujeitos normais ▪ Examinar a relação entre função neurocognitiva e o auto-relato da saúde relacionada à qualidade de vida 	<p>Tipo de Estudo: descritivo, transversal e caso-controle</p> <p>Amostra: 38 pacientes esquizofrênicos (15 mulheres e 23 homens) e 31 indivíduos saudáveis (18 mulheres e 13 homens) foram incluídos no estudo. Em todos os participantes foi administrada a escala WHOQOL breve (Turkish) e avaliadas as funções cognitivas</p> <p>Critérios de exclusão: história de outras doenças do eixo I, abuso/dependência de substâncias, história de transtorno neurológico, e eletroconvulsoterapia nos últimos 6 meses</p> <p>Local: Turquia</p> <p>Instrumentos: A versão abreviada em do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref), o Digit Span Test (DST) e o Controlled Oral Word Association Test (COWAT) para funções cognitivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os pacientes esquizofrênicos tinham em média 37 anos, maioria do sexo masculino 60,5%, com ensino médio 55,3% ▪ Resultados da WHOQOL bref: domínio físico 12,6; psicológico 12,10; social 9,89 e meio ambiente 12,65, nos esquizofrênicos e 16,09; 14,77; 14,83; 14,12 respectivamente, nos saudáveis ▪ Os pacientes com esquizofrenia apresentam menores escores em todo os domínios, comparando aos sujeitos saudáveis, foi estatisticamente significativa nos domínios físico, psicológico e social ▪ Os prejuízos cognitivos nas funções executivas e na memória parecem ter um impacto direto sobre a percepção da qualidade de vida dos pacientes, particularmente no domínio social, podendo ser a causa ou conseqüência do isolamento social dos pacientes com esquizofrenia. ▪ A percepção da qualidade de vida foi influenciada pelo prejuízo cognitivo e não pela gravidade da doença ou pelos efeitos colaterais das drogas
<p>Akvardar et al.,2006</p> <p>Assessment of quality of life with the WHOQOL-bref in a group of Turkish</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar como pacientes psiquiátricos caracterizam sua qualidade de vida 	<p>Tipo de Estudo: descritivo, transversal e caso-controle</p> <p>Amostra: 34 pacientes com diagnósticos de dependência de álcool,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os escores dos domínios físico, psicológico, social e meio-ambiente, entre os grupos foram: ▪ Dependente de álcool: 12,60; 13,30; 12,31

Autor/Título/ Ano/Periódico	Objetivos	Método (tipo de estudo/amostra/critérios de inclusão e exclusão e instrumentos)	Resultados
psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects <i>Psychiatry and clinical Neurosciences 2006, 60:693-699</i>	comparando com outras doenças crônicas (diabetes) e indivíduos saudáveis	média idade 44 anos; 38 esquizofrênicos, média idade 37 anos; 28 com transtorno bipolar, 35 anos; 36 pacientes com diabetes, 49 anos e 40 controles saudáveis, 34 anos. Critérios de inclusão: pacientes psiquiátricos critérios diagnóstico pelo DSM-IV e diabéticos não terem complicações extremas, sob tratamento com endocrinologista, os saudáveis não terem doenças psíquicas e físicas no momento do estudo Local: Turquia Instrumentos: PANSS (para os pacientes esquizofrênicos), MAST (dependentes de álcool) WHOQOL-bref	e 13,23. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esquizofrênicos: 12,90; 12,22; 10,05 e 12,72 ▪ Bipolar: 12,70; 13,95; 12,88 e 13,53 ▪ Diabéticos: 13,00; 14,45; 14,32; 14,45 ▪ Saudáveis: 14,32; 14,57; 15,12; 13,75 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes com esquizofrenia mostram escores mais baixos em todos os domínios de qualidade de vida, exceto no domínio físico, que é representado pelo dependente de álcool.
Chia CH, Chin YW 2008 Life satisfaction in persons with schizophrenia living in the community <i>Soc Indic Res (2008) 85:447-460</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examinar a consistência e confiabilidade interna e fator estrutural da escala Satisfaction with Life Scale (SWLS)-Taiwan ▪ Examinar os critérios de validade da SWLS comparando com a escala WHOQOLbref 	Tipo de Estudo: descritivo, transversal Amostra: 324 pessoas com esquizofrenia participaram do estudo, recrutados em 9 hospitais de vários locais de Taiwan Critérios de inclusão: idade de 18 anos e mais, critérios diagnóstico pelo DSM IV de esquizofrenia ou esquizoafetivo, morador da comunidade no período de estudo, capacidade de responder/preencher os questionários.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os pacientes, em sua maioria, eram solteiros e desempregados, com idade média 36,3 anos e mulheres (56,3%). ▪ A SWLS tem uma boa consistência e confiabilidade internacional e tem um bom critério de validade com a escala de avaliação de qualidade de vida (WHOQOLbref) ▪ Os domínios da escala WHOQOLbref são domínio físico 12,46, psicológico 11,85, social 12,04, meio-ambiente 12,45 comparados com a população sadia 15,05, 13,60, 14,39 e 13 respectivamente.

Autor/Título/ Ano/Periódico	Objetivos	Método (tipo de estudo/amostra/critérios de inclusão e exclusão e instrumentos)	Resultados
		<p>Local: Taiwan</p> <p>Instrumentos: escala Satisfaction with Life Scale (SWLS)-Taiwan e a versão abreviada do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em todos os escores pacientes com esquizofrenia tem uma pior qualidade de vida do que a população geral.
<p>Ulas et al., 2008</p> <p>Effect of thought disorders on quality of life in patients with schizophrenia</p> <p><i>Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 32(2008)332-335</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar o impacto do transtorno do pensamento sobre a qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia 	<p>Tipo de Estudo: caso-controle</p> <p>Amostra: 72 pacientes com esquizofrenia, idade e 46 saudáveis. Idade: 18 a 65 anos</p> <p>Critérios de inclusão: pacientes preencheram o critério diagnóstico SCID-DSMIV para esquizofrenia, e pacientes acima de 18 anos, consentir participar do estudo</p> <p>Critérios de exclusão: idade acima de 65 anos, outro diagnóstico além da esquizofrenia, doença orgânica descompensada e retardo mental</p> <p>Local: Turquia</p> <p>INSTRUMENTOS:- WHOQOL-bref, Thought and Language Index (TLI) para transtornos do pensamento, Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) para sintomas e Calgary Depression Scale(CDS) para sintomas depressivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não há correlação significativa entre transtorno do pensamento e qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos ▪ A qualidade de vida foi baixa em esquizofrênicos comparados aos sujeitos saudáveis ▪ Os esquizofrênicos têm consciência da percepção da qualidade de vida: domínio físico 12,6, psicológico 12,1, social 11,1 e meio-ambiente 12,9 e controles 16; 15,5; 15; 13,6 respectivamente.

Como demonstrado no Quadro 3, de um modo geral, a qualidade de vida de esquizofrênicos foi inferior à de sujeitos saudáveis. Dos sete estudos selecionados, apenas um utilizou a escala WHOQOL-100; todos os outros foram baseados na WHOQOL- bref.

A média da idade da população estudada foi semelhante nos estudos (38 anos). Dentre os estudos, quatro realizaram comparações com indivíduos saudáveis, dois com diabéticos e um entre os esquizofrênicos que recebiam diferentes modalidades de atendimentos. Os estudos foram datados entre 2002 e 2008, três realizados na Turquia, dois na China, um na Malásia e outro em Taiwan.

A variação dos escores da qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos: domínio físico 12,4 a 14,4; domínio psicológico 11,8 a 14,2; domínio social 9,8 a 14 e domínio do meio-ambiente 12,4 a 15. O domínio social tem a maior variação e apresenta o escore mais baixo de todos os domínios.

Observam-se nos estudos que indivíduos com esquizofrenia apresentam piores condições objetivas de vida do que a população em geral, e uma qualidade de vida subjetiva igualmente mais baixa. Algumas áreas de insatisfação são conhecidas, tais como relações sociais, trabalho, saúde mental, nível educacional, presença de sintomas positivos e depressivos, número de admissões hospitalares e tempo de doença (Campos, Caetano, 1998; Lehman et al., 1982; Souza, 2005).

Daí a importância de se conhecer a qualidade de vida de um indivíduo esquizofrênico e só assim traçar plano terapêutico baseado no seu bem-estar físico, mental e social.

2. OBJETIVOS

- Avaliar a prevalência de dor crônica em pacientes com esquizofrenia, atendidos em ambulatório de psiquiatria.

- Caracterizar a dor quanto à localização, frequência, tempo, intensidade e qualidade.

- Comparar a qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos, com e sem dor crônica.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo transversal, sobre prevalência de dor crônica em pacientes esquizofrênicos. Em estudo de prevalência, “as pessoas de uma população são examinadas para que se verifique a presença da condição de interesse. Alguns membros da população apresentam a condição de interesse naquele ponto do tempo, enquanto outros não. A fração ou proporção da população que apresenta a condição constitui a prevalência da doença”. É chamado estudo transversal “porque as pessoas são estudadas em um corte transversal do tempo” (Fletcher; Fletcher, 2006). A prevalência é apropriada em condições relativamente estáveis, não adequadas para doenças agudas e sim crônicas (Wang, Andrade, 2005). Mede a situação de uma amostra representativa da população, em relação à determinada exposição e efeito em um único ponto no tempo ou no decorrer de um curto intervalo de tempo (Kelsey et al, 1996).

Classificamos esta pesquisa como descritiva, uma vez que procuraremos ampliar o conhecimento de práticas e diretrizes acerca da presença da dor nos transtornos mentais, gerando hipóteses para uma melhor discussão sobre conceitos e idéias, além de descrever as características dessa população e estabelecer relações entre variáveis (Gil, 1994).

3.2 LOCAL, AMOSTRA E PERÍODO

A pesquisa foi realizada no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), centro de referência nacional no atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos. O número de pacientes com esquizofrenia, matriculados no ambulatório do IPq-HCFMUSP era 657 doentes.

A prevalência de dor crônica na população geral é em torno de 30% a 40% (Pimenta et al., 2005) e, em pacientes psiquiátricos, a média é de aproximadamente 25% (Quadros 1,2) e esse valor foi o utilizado para o cálculo da amostra. Assumiu-se erro de 5% e confiabilidade de 95%. Através deste cálculo a amostra necessária foi de 201 sujeitos. Para o sorteio dos pacientes foi utilizado o software estatístico R (Vienna University of Economics and Business Administration-R Development Core Team 2006). Foram sorteados 230 doentes, considerando-se possíveis recusas e perdas.

Os critérios para inclusão dos doentes na amostra foram: ter o diagnóstico médico de esquizofrenia, de acordo com a CID-10, ser regularmente matriculado no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir capacidade de compreensão e de verbalização para responder aos questionários, não apresentar sintomas agudos (fala e comportamento desorganizados, desorientação auto e alopísica, agressividade e irritabilidade) no momento da entrevista e assinar o termo de consentimento livre-esclarecido.

Dos 230 sorteados, 5 foram excluídos por não atenderem aos critérios de diagnóstico, segundo o CID 10, 7 por não conseguirem responder aos questionários, 05 haviam se recusado a participar da pesquisa e 1 havia falecido, 7 haviam recebido alta por abandono ou não foram localizados, mesmo após três tentativas e 205 sujeitos preencheram os critérios de inclusão.

Foi realizado um estudo piloto com 30 doentes em fevereiro/março de 2008 e os instrumentos de coleta de dados foram refinados. Foi observada a importância de ler os questionários, pausadamente e, simultaneamente, de os entrevistados acompanharem a leitura através de uma cópia do instrumento. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2008, após aprovação no Comitê de Ética (Anexo A).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado (06/06/2008) pela Comissão de Ética em Pesquisa do HC-FMUSP. Os sujeitos da pesquisa foram orientados sobre a finalidade da pesquisa, garantia do anonimato, sigilo dos dados obtidos, além da possibilidade de não participação na pesquisa, em qualquer fase da mesma, sem qualquer prejuízo ao tratamento ambulatorial. Após convite para participar, solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Anexo B).

3.4 INSTRUMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Cada participante recebeu uma cópia do questionário para acompanhar a leitura e um único coletador (a pesquisadora) leu o instrumento, assinalando as respostas dadas pelo entrevistado. O entrevistador relia a pergunta não entendida, de forma pausada, sem nenhuma outra explicação ou utilização de sinônimos.

Os doentes com dor responderam a todo o instrumento e os doentes sem dor apenas às partes 1 e 3.

O instrumento foi dividido em três partes (Anexo C) :

PARTE 1 - Caracterização da população e do transtorno psiquiátrico: dados de identificação (nome, idade, sexo), endereço, registro hospitalar, características socioculturais (escolaridade, religião e atividade ocupacional), transtorno psiquiátrico segundo a classificação do CID-10, tempo de tratamento e primeiro episódio.

PARTE 2 - Caracterização da dor: localização, frequência, tempo, intensidade e qualidade.

PARTE 3 – Avaliação da Qualidade de Vida.

Foi utilizada a escala Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref) com 26 itens, validada e amplamente utilizada pelas pesquisas de saúde mental. A WHOQOL-bref avalia os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A consistência interna do instrumento foi testada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach.

Foram avaliados os domínios (0,77), as 26 questões (0,91) e cada domínio individualmente, domínio1 (0,84), domínio 2 (0,79), domínio 3 (0,69) e domínio 4 (0,71). Todos os coeficientes de correlação das medidas do teste-reteste foram significativos com coeficientes superiores a 0,69 (Fleck, 2000).

A escala é composta de 26 questões, sendo que duas questões dizem respeito à qualidade de vida, em geral, e 24 questões que compõem os quatro domínios. Cada questão foi formulada para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito=1, insatisfeito=2, nem satisfeito nem insatisfeito=3, satisfeito=4 e muito satisfeito=5). A escala não possui classificação numérica, não há pontos de corte. Trata-se de uma escala analógica de 0 a 100, sendo zero o menor e 100 o maior resultado. Quanto maior o escore, melhor é a qualidade de vida; quanto menor o escore, pior é a qualidade de vida.

A questão número 1 refere-se à qualidade de vida geral e a de número 2 à saúde geral. No instrumento, foi inserida, pelo pesquisador, uma 3ª. questão chamada de 3-a para o entrevistado falar sobre o impedimento que a doença mental causa em sua vida.

O domínio físico é composto das questões (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18) relacionadas à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho. O domínio psicológico compreende as questões (q5, q6, q7, q11, q19, q26) referentes aos sentimentos positivos, pensamento, memória e concentração, aprendizado, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. O domínio das relações sociais refere-se às questões (q20,q21,q22) que tratam das relações pessoais, apoio social e atividade sexual. O domínio meio-ambiente inclui as questões (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25) referentes à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e

sociais, oportunidade de adquirir novas informações, recreação e lazer, ambiente físico (poluição/ruídos/trânsito/clima) e transporte.

Os pacientes sorteados foram localizados utilizando-se um sistema próprio do complexo hospitalar chamado SIGH (Sistema Integrado de Gerenciamento Hospitalar) e entrevistados conforme a data da próxima consulta médica registrada no sistema.

O número médio de consultas mensais desses doentes depende da gravidade do caso, variando de 1 a 2 consultas por mês. Caso houvesse falta ou o paciente não ter sido localizado no dia da consulta, foi realizado contato telefônico para o agendamento da entrevista. Diante de 3 ausências ou recusas, o paciente foi excluído do estudo.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, pela pesquisadora, e a duração da entrevista foi de aproximadamente 20 minutos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos no programa SPSS for Windows – v.14 (Statistical Package for the Social Sciences – versão 14.0) e analisados utilizando-se estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão) e inferencial. Foi calculada a prevalência de dor crônica, com seu respectivo intervalo de confiança de 95%, descritas as características como intensidade, local, tempo de duração etc.

As questões relacionadas ao WHOQOL-bref foram recodificadas seguindo-se os passos recomendados para pontuação dos escores, da seguinte forma (WHOQOL,1998):

As questões 3, 4 e 26 foram analisadas inversamente (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

Cálculo dos domínios pelo SPSS :

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) * 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).

A verificação da confiabilidade do instrumento para a população do presente estudo foi realizada através do Coeficiente Alfa de Cronbach, onde é aceito o valor acima 0,60 (Fleck, 2000). Os grupos foram comparados quanto ao tipo de esquizofrenia, idade, sexo, e tempo de início do transtorno psiquiátrico, entre outras variáveis. Para a análise das variáveis qualitativas categóricas, foi utilizado o teste Qui – Quadrado (avalia a homogeneidade dos grupos, testa a diferença entre dois ou mais grupos independentes) e para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t-student (compara as médias dos grupos com a distribuição normal) e o Mann-Whitney (compara as médias dos grupos se a distribuição não foi normal- não paramétrico).

Neste estudo, os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando o nível descritivo foi menor que 5% ($p < 0,05$).

4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três partes. A primeira refere-se à caracterização da população (perfil sociodemográfico, diagnóstico psiquiátrico, hábitos e tratamento); na segunda parte investiga-se a presença de dor e suas características (localização, frequência, tempo, intensidade e descrição) e, na terceira, avalia-se a qualidade de vida dos pacientes com e sem dor crônica.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Participaram do estudo 205 pacientes com esquizofrenia, dos quais 75 apresentavam dor crônica (dor com duração igual ou superior a 6 meses). Tinham em média 37 anos (DP=10,31), a maioria era do sexo masculino (64,9%), vivia sem companheiro (87,8%), residia com os pais (64,9%), possuía em média 9 anos de escolaridade (DP=2,96), não tinha ocupação (63,9%) e apenas recebia auxílio doença/INSS (22%) (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta e compara as características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, com quem reside, ocupação atual) entre aqueles com e sem dor crônica.

TABELA 1. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo características sociodemográficas e presença de dor. São Paulo, 2008.

Variável	Com dor ≥ 6 meses n=75	Sem dor ou dor < 6 meses n=130	valor <i>p</i>
	nº (%)	nº (%)	
Sexo			0,086
feminino	32 (42,7)	40 (30,8)	
masculino	43 (57,3)	90 (69,2)	
Idade			0,077***
Média (DP)	38,83 (11,24)	36,18 (9,65)	
Mediana	37	34	
19-29	16(21,3)	39(30,0)	
30-45	41(54,7)	70(53,8)	
46-59	12(16)	17(13,1)	
60-69	6(8)	4(3,1)	
Estado conjugal			0,031
sem companheiro	61 (81,3)	119 (91,5)	
com companheiro	14 (18,7)	11 (8,5)	
Escolaridade			0,346***
Média (DP)	9,56 (3,07)	9,15 (2,90)	
Mediana	11	10	
0-4 anos	8(10,7)	9(6,9)	
5-8 anos	18(24,0)	47(36,2)	
9-11 anos	35(46,6)	57(43,8)	
12-16 anos	14(18,7)	17(13,1)	
Reside			0,108
com os pais	47 (62,7)	86 (66,2)	
com o cônjuge	14(18,7)	11 (8,5)	
com outros (parentes/ amigos)	8 (10,7)	24 (18,5)	
só	6 (8,0)	9 (6,9)	
Ocupação (CBO)*			0,550**
Com ocupação Atual	25 (33,3)	49 (37,7)	
Superiores/Dirigentes/Gerentes	-	1 (0,8)	
Ciências e artes	-	1(0,8)	
Técnicos nível médio	1 (1,3)	-	
Trabalhadores serviços administrativos	1 (1,3)	2(1,5)	
Trabalhadores dos Serviços do comércio em lojas e mercados	19 (25,3)	33 (25,4)	
Bens e serviços industriais	-	3(2,3)	
Reparação/manutenção	2 (2,7)	2(1,5)	
Estudante	2 (2,7)	7(5,4)	
Sem ocupação atual	50 (67,7)	81 (62,3)	
Nunca trabalhou	8 (10,7)	13 (10)	
Auxílio doença	15 (20)	30(23,1)	
Aposentado	13 (17,3)	21(16,1)	
Desempregado	14 (18,7)	17(13,1)	

*CBO (Classificação Brasileira de Ocupações-2002 -www.mtecbo.gob.br) incluindo estudante

** teste qui-quadrado Ocupação Atual x Sem ocupação Atual

***teste *t* de Student

Na comparação entre os grupos com dor crônica e sem dor, observou-se homogeneidade em todas as variáveis, exceto estado civil ($p=0,003$). A proporção de pessoas com dor foi maior entre os que tinham companheiro (a).

A distribuição dos pacientes, de acordo com a presença e tempo de dor, está apresentada na Tabela 2.

TABELA 2. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo tempo de dor. São Paulo, 2008

Tempo de dor	n°	%
sem dor	121	59,0
< 3 meses	6	2,9
3 a 6 meses	3	1,5
mais que 6 meses	75	36,6
Total	205	100

Entre os avaliados 84 referiram dor, porém a prevalência de dor crônica (duração maior que 6 meses) foi 36,6% [IC 95%: 29,9-43,6].

As variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento da esquizofrenia podem ser observadas na Tabela 3.

TABELA 3. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo diagnóstico, tempo da doença, número de internações e tempo de tratamento. São Paulo, 2008.

Variável	Com dor ≥ 6 meses n=75	Sem dor ou < 6 meses n=130	valor de p
	n° (%)	n° (%)	
Diagnóstico			
Esquizofrenia Paranóide	59 (78,7)	104 (80,0)	0,820*
Outras esquizofrenias	16 (21,3)	26 (20,0)	
Tempo de doença	Média (DP) 15,43 (7,87)	Média (DP) 13,90 (7,48)	0,169**
Número de internações psiquiátricas	2,09 (3,07)	1,80 (2,85)	0,491**
Tempo de tratamento	13,87 (7,75)	12,74 (7,44)	0,304**

* teste qui-quadrado

** teste *t* de student

No que tange ao diagnóstico e ao tratamento da esquizofrenia, a maioria (79,5%) tinha esquizofrenia paranóide, com um tempo médio de doença diagnosticada de 14,5 anos e o tempo médio de tratamento de 13,2 anos. Verificou-se também que os pacientes tiveram, em média, duas internações psiquiátricas durante o curso da doença. Não foram observadas diferenças com significância estatística entre os grupos (Tabela 3).

O tratamento medicamentoso dos pacientes com esquizofrenia pode ser observado na Tabela 4.

TABELA 4. Tratamento da esquizofrenia em pacientes com e sem dor crônica. São Paulo, 2008.

MEDICAMENTOS	Com dor ≥ 6 meses n=75 nº (%)	Sem dor ou < 6 meses n=130 nº (%)	valor de <i>p</i>*
Antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, clozapina, ziprazidona, quetiapina, amisulprida)	67 (35,6)	121 (64,3)	0,349
Antipsicóticos convencionais (haloperidol, clorpromazina, trifluoperazina, levomepromazina)	13 (46,4)	15 (53,6)	0,245
Antidepressivos (fluoxetina, sertralina, venlafaxina, amitriptilina, nortriptilina, paroxetina, clomipramina)	27 (41,0)	39 (59,0)	0,376
Estabilizadores de humor e anticonvulsivantes (topiramato, carbolitium, carbamazepina, oxcarbazepina, valproato de sódio e divalproato de sódio)	17 (44,7)	21 (55,3)	0,248
Benzodiazepínicos / hipnóticos / ansiolíticos (clonazepam, diazepam, zolpidem, lorazepam)	16 (44,4)	20 (55,6)	0,281
Anticolinérgicos, beta-bloqueadores, anti-histamínico, antiparkinsoniano (prometazina, propranolol, biperideno)	10 (40,0)	15 (60,0)	0,705

*teste qui-quadrado

A maioria (91,7%) dos pacientes utilizou antipsicótico atípico e, destes, 13,8% (n=26) foram tratados com a associação de dois atípicos. Parcela representativa usava antidepressivos (32,2%) e estabilizadores do humor/anticonvulsivantes (18,5%). O clonazepam, nesses pacientes, foi utilizado como ansiolítico/ benzodiazepínico (Tabela 4).

Observa-se, em todos os sub-grupos medicamentosos, menor oferta de medicamentos aos doentes com dor, porém, à comparação não houve diferença estatisticamente significativa.

O uso de drogas lícitas e ilícitas está apresentado na Tabela 5.

TABELA 5. Distribuição dos pacientes esquizofrênicos segundo o uso de álcool, tabaco e drogas. São Paulo, 2008

Variável	Com dor ≥ 6	Sem dor ou <	valor de p*
	meses n=75	6 meses n=130	
	n (%)	n (%)	
Uso de álcool			0,400
não	68 (90,7)	122 (93,8)	
sim	7 (9,3)	8 (6,2)	
Tabagismo			0,894
não	60 (80)	105 (80,2)	
sim	15 (20)	25 (19,2)	
Número de cigarros/por dia			
3 a 20	11	17	
+ 20	4	8	
Quanto tempo fuma (anos)			
Média (DP)	19,20 (10,30)	21,24 (7,38)	
Mediana	20	20	
Uso de drogas ilícitas			0,271
não	72 (96)	128 (98,5)	
sim	3 (4)	2 (1,5)	

* teste qui-quadrado

Verificou-se que a maioria dos pacientes não utilizava álcool (92,7%), tabaco (80,5%) ou drogas ilícitas (97,6%). Os pacientes com e sem dor não diferiram quanto a essas variáveis. (Tabela 5).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA DOR

As características da dor crônica e seu tratamento estão apresentados nas Tabelas 6, 7 e 8.

TABELA 6. Caracterização da dor crônica segundo localização, freqüência, tempo de dor e intensidade (n=75). São Paulo, 2008

Características da dor crônica	nº	%
Localização da dor principal		
Abdome	23	30,7
Cabeça, face e boca	18	24,0
Lombar, sacra e cóccix	11	14,7
MMII	9	12,0
Região torácica	7	9,3
Região pélvica	3	4,0
Ombros e MMSS	2	2,7
Região anal, perianal e genital	1	1,3
Região cervical	1	1,3
Freqüência da dor principal		
de 2 a 3 vezes por semana	25	33,3
uma vez por semana	15	20,0
a cada 15 dias	15	20,0
todo dia: 1 hora por dia	10	13,3
todo dia: mais de 6 horas por dia	4	5,3
todo dia: de 1 a 3 horas por dia	2	2,7
todo dia: de 3 a 6 horas por dia	2	2,7
uma vez por mês	2	2,7
Tempo de Dor (em meses)		
6 a 12	27	36,0
13 a 24	17	22,7
25 a 36	4	5,3
37 a 48	3	4,0
49 a 60	16	21,3
+ de 61	8	10,6
Média (DP): 40,9 (42,8); Mediana: 24; Moda:24		
Intensidade da dor na última semana e no momento da entrevista (n=48)*		
Pior dor		
Dor leve (1-4)	4	8,3
Dor moderada (5-7)	15	31,3
Dor intensa (8-10)	29	60,4
Média (DP): 7,29 (1,68); Mediana: 8; Moda: 8		
Melhor dor		
Dor leve (1-4)	42	87,5
Dor moderada (5-7)	6	12,5
Média (DP): 3,13(1,16); Mediana: 3; Moda: 3		
Dor “em média”		
Dor leve (1-4)	21	43,7
Dor moderada (5-7)	27	56,3
Média (DP): 4,75(1,19); Mediana: 5; Moda:4		

* 27 pacientes não referiram dor na última semana e nem no momento da entrevista

A dor foi mais freqüente em abdômen (30,7%), seguida das localizações cabeça/face/boca (24%) e região lombar/sacra/coccígea (14,7%). Dos entrevistados, 1/3 (33,3%) referiu dor duas vezes por semana, 1/4 (24%) informou ter dor todos os dias e para 1/5 a dor ocorreu uma vez por semana. O tempo médio de dor foi de 41 meses (mediana e moda = 24 meses).

Dos 75 pacientes com dor crônica, 48 (64%) referiram dor na última semana ou no momento da entrevista. A análise da variação da intensidade da dor, na última semana, mostrou que nos episódios de “**pio** **do**”, a dor mais freqüente foi intensa, nos episódios de “**me** **ho** **do**”, a dor mais freqüente foi leve e, nas situações de “**do** **e** **m** **é** **d** **i** **a**”, a intensidade mais freqüente foi moderada (56,3%), seguida de leve (43,7%) (Tabela 6).

TABELA 7. Fatores relacionados à melhora e piora da dor crônica em pacientes esquizofrênicos. São Paulo, 2008.

Fatores	nº	(%)
Que pioram a dor		
Ficar nervoso, ter preocupação	45	60,0
Andar/ Fazer força/ Fazer exercícios/ Abaixar/ Mexer com os braços ou mãos/ Movimentos repetitivos no serviço	34	45,1
Tempo frio	15	20,0
Ficar sentado	6	8,0
Alimentar-se	5	6,7
Tempo quente	2	2,7
Dói sem fazer nada	33	44,0
Que melhoram a dor		
Repouso	35	46,7
Remédios	35	46,7
Tempo quente	11	14,7
Ficar calmo	8	10,7
Exercícios/alongamento/ Fisioterapia/ Massagem	8	10,7
Acupuntura/ Compressa	7	9,3
Terapia ocupacional	1	1,3
Nada diminui a dor	8	10,7

Ficar nervoso/ ter preocupação, seguido de atividade física foram os fatores de piora da dor mais citados. Dor espontânea (dói sem fazer nada) foi referida por quase metade dos doentes. Repouso e remédios foram citados, por quase metade dos pacientes, como fatores de melhora da dor (Tabela 7) e dez por cento disse que nada diminui a dor.

TABELA 8. Tratamento para dor crônica entre os pacientes esquizofrênicos (n=75). São Paulo, 2008.

Tratamento	n°	%
Procurou médico		
não	40	53,3
sim	35	46,7
Queixou-se ao psiquiatra		
não	44	58,7
sim	31	41,3
Recebeu diagnóstico médico para dor		
não	58	77,3
sim	17	22,7
Faz tratamento para dor		
não	53	70,7
sim	22	29,3

Discreta maioria não procurou o médico, não se queixou ao psiquiatra, e não recebeu diagnóstico e tratamento médico para dor (Tabela 8).

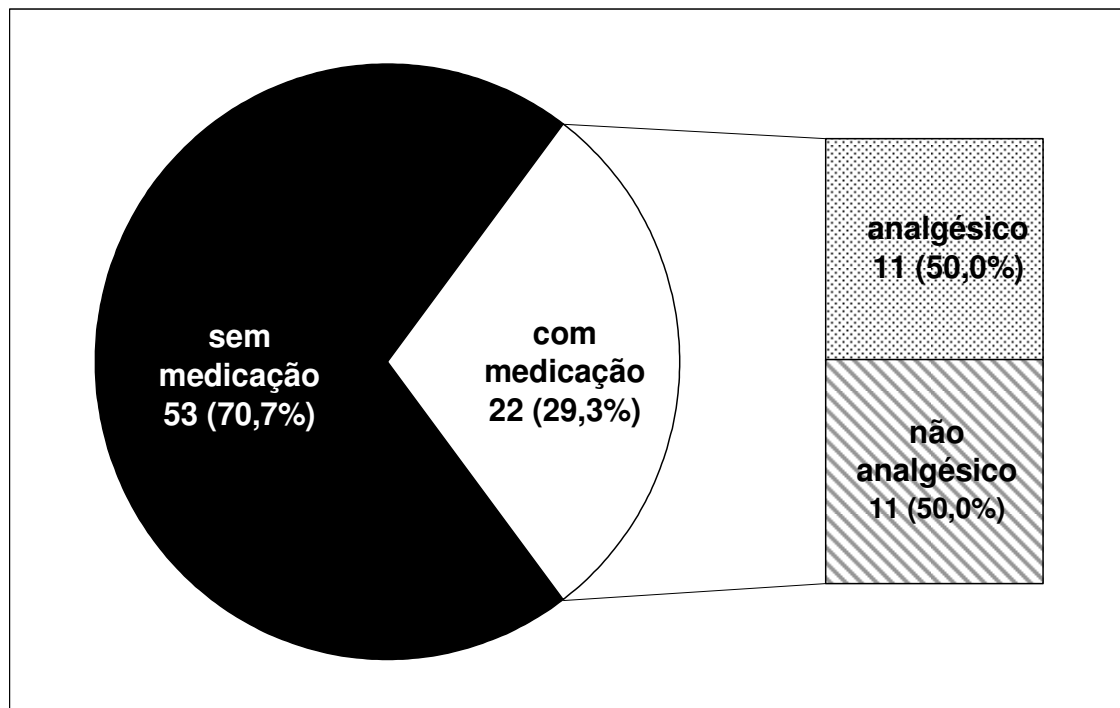


Figura 1- Terapêutica medicamentosa para dor crônica entre pacientes esquizofrênicos. São Paulo, 2008.

Dentre os medicamentos utilizados, 4 eram analgésicos (dipirona, butilescopolamina, diclofenaco sódico e antiespasmódico com beladona/papaverina). Foram citados por 11 pacientes, 3 não analgésicos (omeprazol, ranitidina e prednisona) (Figura 1).

Descrição da qualidade da dor

Analisando-se a descrição da dor relatada pelos pacientes (Como é a sua dor? Com o que ela se parece?), observou-se que os doentes descreveram a qualidade da dor. A quase totalidade utilizou descritores de dor semelhantes aos encontrados no Questionário de Dor McGill (Pimenta, Teixeira 1996; Wall, Melzack, 1999) e apenas um paciente descreveu sua dor de modo aberrante (“dor no olho, passa para a mente e entra na cabeça”).

Os descritores de dor utilizados foram: aguda, crônica, incomoda, anestesia, forte, fina, fraca, leve, funda, arranca, apertada, latejante, queima, cólica, pressionada, contorce, pontada, quebra, empachamento, enxaqueca,

martela, cortante, profunda, suportável, torcicolo, chata, pulsante, perturba, estalo, desencaixa, fincada, intermitente, desespero, inquietação, distante, machuca, mal-estar, bombando, dolorido, dolorosa, bate, agulhada, arde, tensiona, ferve, paulada, cutuca e rápida.

4.3 QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM E SEM DOR CRÔNICA

A consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach, para o conjunto dos domínios (24 questões), o conjunto das questões (26 questões) e para cada domínio individualmente (4 domínios), os resultados estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Coeficiente de fidedignidade de Alpha-Cronbach dos domínios e questões (n=205), São Paulo, 2008.

Itens	Coeficiente de Alpha-Cronbach	Número de itens
Domínios	0,849	6
26 Questões	0,908	26
Domínio físico (1)	0,657	7
Domínio psicológico (2)	0,791	6
Domínio social (3)	0,812	3
Domínio meio-ambiente (4)	0,770	8

Os valores obtidos no coeficiente de Alpha- Cronbach para as questões ou para os domínios do WHOQOL-bref mostraram consistência interna que variou de satisfatória a muito boa (0,657 a 0,908). O domínio 1 (físico) foi o que apresentou o menor valor.

A análise da qualidade de vida dos pacientes com e sem dor está sumarizada na Tabela 10.

Tabela 10. Qualidade de vida nos pacientes esquizofrênicos com dor e sem dor crônica. São Paulo, 2008.

Qualidade de vida Domínios (0 a 20)	Com dor ≥ 6 meses n=75	Sem dor ou dor < 6 meses n=130	valor de p^*
	Média (DP)	Média (DP)	
Físico	11,4(2,1)	12,5 (2,5)	0,001
Psicológico	11,9(2,6)	11,9 (2,7)	0,888
Social	7,5(3,4)	7,4(3,3)	0,766
Meio-ambiente	10,2(2,4)	9,6(2,5)	0,076

*teste t de Student

Observou-se que o domínio físico apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) entre os grupos, o que indicou que pacientes esquizofrênicos com dor têm maior prejuízo funcional (Tabela 10).

A Tabela 11 permite observar em que itens do domínio físico as diferenças ocorreram.

Tabela 11. Distribuição dos doentes com dor e sem dor segundo as questões referentes ao domínio físico – WHO-QOL - bref. São Paulo, 2008

Qualidade de vida	Com dor ≥ 6 meses n=75	Sem dor ou dor < 6 meses n=130	valor de <i>p</i> *
	Média (dp) - mediana	Média (dp) - mediana	
Questão 3	2,79 (1,18) - 3,00	1,20 (0,73) - 1,00	<0,001
Questão 4	3,77 (0,76) - 4,00	3,39 (0,77) - 4,00	0,001
Questão 10	2,69 (0,81) - 3,00	2,49 (0,97) - 2,00	0,029
Questão 15	3,59 (1,02) - 4,00	3,55 (0,92) - 4,00	0,728
Questão 16	3,19 (0,88) - 3,00	3,31 (0,84) - 3,00	0,424
Questão 17	2,76 (0,73) - 3,00	2,64 (0,78) - 3,00	0,219
Questão 18	2,36 (0,94) - 2,00	2,44 (0,89) - 2,00	0,652

* teste Mann-Whitney

Questão 3: Em que medida você acha que sua dor (física) o impede de fazer o que você precisa?

Questão 4: O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Questão 10: Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Questão 15: Quão bem você é capaz de se locomover?

Questão 16: Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?

Questão 17: Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Questão 18: Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Observa-se que as médias das questões 3, 4 e 10 foram maiores nos pacientes com dor, o que indicou pior qualidade de vida; os doentes com dor se sentiram mais incapacitados pela dor, mais necessitados de tratamento médico para levar a vida diária e com menor energia para o dia-a-dia (Tabela 11).

A Tabela 12 demonstra as questões 1 e 2 sobre a escala WHO-QOL-bref, sobre a opinião dos doentes sobre sua qualidade de vida e satisfação com sua saúde.

Tabela 12. Distribuição dos pacientes com dor e sem dor segundo as questões gerais sobre a qualidade de vida – WHO-QOL - bref. São Paulo, 2008

Qualidade de vida	Com dor ≥ 6 meses n=75	Sem dor ou dor < 6 meses n=130	valor de <i>p</i> *
	Média (dp) - mediana	Média (dp) - mediana	
Questão 1			
Como você avalia sua qualidade de vida?	3,24 (0,67) - 3,00	3,29 (0,77) - 3,00	0,724
Questão 2			
Você está satisfeito com sua saúde?	3,07 (0,85) - 3,00	3,18 (0,75) - 3,00	0,582

* teste Mann-Whitney

Com relação à questão 1, 59% (n=121) dos entrevistados (38,2% com dor e 61,8% sem dor) referiram que sua qualidade de vida não era boa, nem ruim e referente à questão 2, 48,8% (n=100) dos pacientes (29% com dor e 71% sem dor) referiram que não estavam nem satisfeitos, nem insatisfeitos com sua saúde.

Na comparação entre os grupos não houve diferenças significativas ($p = 0,724$) e ($p=0,582$)

A opinião dos pacientes sobre as limitações decorrentes da esquizofrenia está descrita na Tabela 13.

Tabela 13. Limitações advindas da doença mental nos grupos com e sem dor. São Paulo, 2008.

A doença mental impede de fazer o que precisa ?	Com dor ≥ 6 meses n=75	Sem dor ou dor < 6 meses n=130	valor de <i>p</i>
	n° (%)	n° (%)	
Nada	4 (5,3)	10 (7,7)	0,784
Pouco	28 (37,3)	45 (34,6)	
Muito	43 (57,3)	75 (57,7)	

Embora a incapacidade pela doença mental seja freqüente e intensa (57% se sentem muito incapacitados), doentes com dor e sem dor não mostraram diferenças nesse relato ($p= 0,784$)(Tabela 13).

5 Discussão

A contribuição do presente estudo foi conhecer a prevalência da dor crônica em pacientes esquizofrênicos, pois não há estudos nacionais sobre o assunto e, na literatura internacional, há poucas publicações dentro dessa temática. Além disso, a pesquisa caracterizou os pacientes com dor e avaliou a qualidade de vida dos pacientes com e sem dor crônica.

A discussão foi dividida em duas partes. A primeira refere-se à prevalência de dor crônica e suas características no paciente esquizofrênico, comparando-a com a observada em outros estudos com esquizofrênicos e com a população geral. A segunda parte relaciona-se à qualidade de vida dos pacientes, comparando-a a outros estudos com doentes esquizofrênicos.

5.1 PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICA DA DOR CRÔNICA

Há na literatura inúmeros estudos que sugerem que os pacientes que sofrem de dor crônica estão mais susceptíveis a desenvolverem problemas psiquiátricos (Tengan, 2000; Koenig, Clark, 1996).

Em contrapartida, poucos estudos examinaram a prevalência de dor crônica em transtornos mentais. Baune, Aljeesh (2004) observaram evidências de que dor é um problema clinicamente relevante entre os pacientes psiquiátricos, porém parece ser subestimado na psiquiatria. As pesquisas são ainda menos freqüentes entre pacientes esquizofrênicos, que parecem ser pouco valorizados nas suas queixas álgicas.

Pacientes esquizofrênicos, em algumas situações, parecem ser menos sensíveis ao desconforto corporal, pois permanecem longos períodos em posições incômodas e contraídas, ferem-se, podem ser vítimas de queimaduras, peritonites, fraturas, infarto do miocárdio e chegam até a auto-nucleação, sem manifestar queixas de dor (Bassitt, Louzã Neto 1997; Fishbain, 1982). Isso, embora não seja a situação mais freqüente, talvez contribua para a pequena valorização da dor desses pacientes.

No que tange aos pacientes esquizofrênicos, apenas quatro estudos de prevalência de dor foram encontrados. Na Alemanha, obteve-se uma prevalência de dor de aproximadamente 75% para os pacientes psiquiátricos e de 74% para aqueles com transtornos psicóticos como esquizofrenia, esquizotípico e transtornos alucinatórios (Baune, Aljeesh, 2004). Em estudo sobre dor de cabeça em pacientes esquizofrênicos, Kuritzky, Mazeh, Levi (1999) verificaram uma prevalência de 48% entre os 108 indivíduos analisados.

Diferentemente desses estudos, Chaturvedi, Michael (1986), em um estudo transversal com 1413 pacientes psiquiátricos, observaram somente 203 (14%) pacientes com dor crônica. Tal resultado foi ainda menor (8%) na análise realizada somente com pacientes com esquizofrenia ou outras psicoses. Watson, Chandara e Merskey (1981) obtiveram aproximadamente 18% de prevalência de dor crônica entre os 78 pacientes esquizofrênicos de Londres e de Edmonton.

Na presente pesquisa, dor crônica ocorreu em 75 dos entrevistados (36,6% [IC95% 29,9-43,6]), valor inferior ao descrito por Baune, Aljeesh (2004) e Kuritzky, Mazeh, Levi (1999) e superior ao relatado por Chaturvedi, Michael (1986), Watson, Chandara e Merskey (1981).

Em relação à prevalência de dor crônica na população geral adulta, nota-se também grande variação nos resultados obtidos em estudos realizados em países desenvolvidos: 14% na Escócia (25 anos e mais, Smith et al., 2001), 19% em 15 países europeus e Israel (18 anos e mais, Breivik et al. 2006), 20% na Dinamarca (16 aos 65 anos e mais; Sjogren et al, 2009), 40% na Suécia (18-84 anos Brattberg e cols, 1989) e 46% em Israel (25 anos e mais, Neville et al,2008). Em estudo realizado no Brasil, na cidade de Londrina (Paraná), observou-se que 61% da população tinha dor crônica (22 a 69 anos; Kreling, Cruz, Pimenta, 2006). Como a dor varia com a idade e é mais freqüente nos idosos, buscou-se comparar os dados da presente pesquisa (18 a 69 anos) a estudos com características semelhantes.

Vale salientar que a prevalência encontrada no presente estudo (37%) está dentro dos resultados encontrados na população geral, que variaram de 20% a 61% e nos pacientes esquizofrênicos de 8 a 74%. Apesar de a morbidade ser semelhante à da população geral, a taxa de mortalidade em esquizofrênicos é maior, pois podem ser incapazes de descrever sintomas físicos adequadamente e suas queixas podem não ser valorizadas (Bassit, 1997).

Ao considerar-se a localização da dor, verificou-se que nos Estados Unidos 15% das mulheres tinham dor pélvica crônica (Mathias, 1996). Resultado semelhante (14%) foi encontrado na Noruega para queixas de dor no pescoço (Bovim et al, 1994).

Índices superiores a esses foram encontrados para dor lombar crônica em Portugal (49%) e na Grécia (33% para dor no momento da entrevista, 38% considerando dor há um ano, 42% dois anos e 62% durante toda a vida) (Ponte, 2005; Spyropoulos, P et al, 2007).

À semelhança dos resultados obtidos em estudos internacionais, verificou-se no Brasil grande variação da prevalência de dor segundo a localização da mesma. Enquanto em Pelotas (RS) obteve-se uma prevalência de dor lombar de 4% (Silva, Fassa, Valle, 2004), em Salvador (BA) essa mesma prevalência foi de 15% (Almeida et al, 2008) e em Londrina, 19% (Kreling, Cruz, Pimenta, 2006). Vale a pena destacar que em uma população específica essa proporção pode ser ainda maior. Na região do vale do Aço, no Estado de Minas Gerais, 78 motoristas de ônibus urbano apresentaram uma prevalência de dor crônica nas costas de 33% (Breder, Dantas, Barbosa, 2006).

Observou-se também que em Pelotas (RS), aproximadamente 11% da população tinha enxaqueca, sendo essa queixa quatro vezes maior nas mulheres quando comparadas aos homens (Pahim, Menezes, Lima, 2006); já em Londrina, essa taxa foi de 27% (Kreling, Cruz, Pimenta, 2006).

Os resultados obtidos nessa análise revelaram as dores abdominais (31%), as localizadas na cabeça, face ou boca (24%) e a dor lombar (15%),

como as mais freqüentes nos pacientes esquizofrênicos com dor crônica (Quadro 4).

No estudo de Kreling, Cruz, Pimenta (2006), as dores mais freqüentes foram cabeça/face/boca, lombar/sacro/cóccix e membros inferiores. Nossos achados equiparam-se a esse estudo no que se refere às queixas de dor de cabeça/face/boca e às lombares. Entretanto, revelaram-se extremamente superiores aos relatos de dores abdominais da população em estudo. Na presente pesquisa, é possível que a dor abdominal esteja relacionada a quadros de irritação gástrica, visto que, parte destes doentes recebia protetores gástricos.

Ao ser comparado com estudos realizados com pacientes esquizofrênicos de outros países, nosso estudo apresentou prevalência de dor lombar semelhante a estudo desenvolvido em Londres e Edmonton, porém, muito superior ao referido estudo em relação à dor abdominal. Já para a dor de cabeça, nossos achados foram inferiores aos encontrados na Alemanha, Londres e Edmonton (Baune, Aljeesh, 2004; Watson, Chandara e Merskey 1981).

Quadro 4. Estudos sobre a prevalência de dor crônica em pacientes esquizofrênicos e na população geral. São Paulo, 2009.

Local	População estudada	Prevalência (%)	Idade (anos)	Cabeça, face e boca	Região abdominal	Lombar, sacra e cóccix
Alemanha ^(a)	ESQ	75	18 a 64	53	26	42
Sem dados ^(b)	ESQ	48	28 a 60	19	—	—
Sem dados ^(c)	ESQ	8	16 a 55	—	—	—
Londres e Edmonton ^(d)	ESQ	18	18 a 64	39	6	18
São Paulo ^(e)	ESQ	37	18 e 69	24	31	15
Londrina ^(f)	PG	61	22 a 69	27	8	19
Dinamarca ^(g)	PG	20	16 a 65	—	—	—
Suécia ^(h)	PG	40	18 a 84	—	—	20
Israel ⁽ⁱ⁾	PG	46	25 e +	13	—	32
15 países europeus e Israel ^(j)	PG	19	18 e +	—	—	—
Escócia ^(k)	PG	14	25 e +	—	—	—

ESQ: esquizofrênico; PG: População Geral

Fonte: (a) Baune, Aljeesh, 2004;

(c) Chaturvedi, Michael 1986

(e) Almeida JG, 2009

(g) Sjogren et al., 2009

(i) Neville et al., 2008

(k) Smith et al., 2001

(b) Kuritzky, Maze, Levi 1999

(d) Watson, Chandara e Merskey 1981

(f) Kreling, Cruz, Pimenta, 2006

(h) Brattberg, 1989

(j) Breivik et al., 2006

Para as variações de prevalência observadas no quadro acima, pode-se atribuir às diferenças nos critérios de definição de dor crônica, às características sócio-demográficas dos pacientes avaliados, às questões amostrais ou ainda a particularidades do contexto epidemiológico analisado.

Do ponto de vista metodológico, as análises de prevalência de dor crônica têm utilizado populações com características distintas quando se comparam os diferentes estudos. Reconhece-se entre os fatores, a idade, pois a prevalência de dor tende a aumentar conforme a idade dos indivíduos. Em estudo realizado na Suécia, a prevalência passou de 40% para 50%,

quando foi analisada apenas a faixa de 45 a 64 anos (Brattberg e cols, 1989).

Em estudo realizado em Pelotas, encontrou-se risco para dor oito vezes maior ao comparar indivíduos de 50 a 59 anos com a faixa etária de 20 a 29 anos (Silva et al., 2004). Entre idosos de Londrina, observou-se a prevalência de 51% de dor crônica (Dellarozza, Pimenta e Matsuo, 2007),

Outro fator relevante é o gênero do indivíduo. Embora na presente pesquisa não se tenha observado diferença da presença de dor quanto ao gênero, observou-se tendência maior em mulheres ($p=0,086$). Dor é mais freqüente em mulheres por fatores hormonais, físicos, comportamentais e psicossociais. Além das diferenças de compleição física, atividade física, mudanças hormonais e papel social da mulher, as normas sociais e culturais permitem às mulheres relatar dor mais freqüentemente e desencorajam os homens, ao relacionar a tolerância à dor como medida de virilidade (Pimenta et al, 2005).

Em estudo com pacientes psiquiátricos, a presença de mulheres com dor crônica foi de 56% (Chaturvedi, Michael,1986). Em trabalho desenvolvido com a população geral, nos Estados Unidos, observou-se que 18% das mulheres e 6% dos homens apresentavam enxaqueca (Stewart et al, 1992) e em Israel, 61% das mulheres tinham dor crônica (Neville et al., 2008). Analogamente, no Brasil, também observaram a dor crônica mais freqüente em mulheres; 69% contra 52% nos homens (Kreling, Cruz e Pimenta, 2006).

Um aspecto importante da presente investigação diz respeito ao tempo que o paciente sente dor e com que freqüência. O resultado obtido foi o tempo médio de dor de 41 meses, sendo que 11% tinham dor há pelo menos cinco anos. Em Londres e Edmonton, a prevalência de pacientes com dor há cinco anos foi de 17% (Watson, Chandarana, Merskey, 1981). Verificou-se também no presente estudo que a maioria (77,3%) dos pacientes sentia dor pelo menos uma vez por semana.

A duração e a freqüência da dor influem na vida do indivíduo. Dores muito prolongadas e freqüentes desgastam quem a sente e os familiares,

exigem procura extra do serviço de saúde, de tratamentos complementares, oneram financeiramente a família e a sociedade, consomem a energia para as atividades de vida diária e, possivelmente, a disposição para as atividades de reabilitação da doença mental.

Alguns autores acreditam que pacientes esquizofrênicos estão sujeitos a ter dor de cabeça, como a população geral, e são capazes de referir sua dor quanto à duração, intensidade e freqüência, mas devido ao seu comportamento e às reações subjetivas, não referem queixas (Kuritzky, Mazeh, 1999). Os achados da presente pesquisa confirmam essas premissas, pois a freqüência de dor observada correspondeu à da população geral e todos os doentes descreveram sua dor com propriedade, inclusive utilizando descritores de dor semelhantes aos da população geral. Cerca da metade dos que tinham dor não relataram o quadro ao psiquiatra e ficaram sem tratamento específico.

Dor tem qualidades sensitivas, afetivas e cognitivo-avaliativas (Pimenta, Teixeira, 1996; Wall, Melzack, 1999) e os doentes da presente pesquisa descreveram sua dor com todas essas características e utilizando termos que são universais. A qualidade sensitiva da dor (em cólica, em aperto, queimação etc.), muitas vezes, indica a etiopatogenia do quadro. Dor em aperto, em cólica, em torção, freqüentemente indica processos em vísceras ocas. Dor em queimor, em calor, em choque, freqüentemente relaciona-se a quadros onde há neuropatias e, dor descrita como funda, pesada, freqüentemente refere-se a situações com envolvimento de estruturas musculares profundas. As qualidades afetivas da dor (medo, raiva, culpa, hostilidade, tristeza) indicam o componente emocional que todo quadro doloroso tem e o componente cognitivo avaliativo representa a avaliação geral da experiência (incomoda, chateia, perturba).

A intensidade da dor é outro aspecto relevante. Dores mais intensas tendem a ser mais incapacitantes e a magnitude da queixa é fator importante no relato aos profissionais e familiares, na definição da terapêutica analgésica (tipo e dose) e na decisão de encaminhar, ou não, o paciente a especialistas.

No presente estudo, analisou-se a queixa álgica na última semana e no momento da entrevista, visto os prejuízos de memória que ocorrem em situações mais prolongadas. A dor foi também analisada em três situações: melhor dor, pior dor e dor “em média”, pois se sabe que a intensidade da dor flutua ao longo dos dias ou do dia (Tabela 6) e que conhecer essa flutuação auxilia na decisão terapêutica. Observou-se na maior parte das vezes que a “dor em média” foi moderada (entre 5 e 7), relatada por 56,3% daqueles com dor. Ainda, cerca de 12% dos doentes, mesmo na situação de melhor dor, referiram dor moderada e, cerca de 30%, mesmo na situação de pior dor, referiram dor moderada. Tais dados indicam que a dor moderada foi prevalente.

A magnitude da dor observada na presente pesquisa assemelha-se ao que foi encontrado nos estudos com população geral, feitos em Israel e em países europeus, em que 59% (entre 4-7, Neville et al, 2008) e 66% (entre 5-7, Breivik et al., 2006) apresentaram dor moderada.

Embora fatores como o uso de psicotrópicos (alguns antidepressivos e neurolépticos) e as características da esquizofrenia sejam apontados como capazes de interferir no tratamento da dor, pelo efeito analgésico (psicotrópicos) ou pela dificuldade de se comunicar de maneira clara e objetiva (Bassitt, Louzã Neto 1997; Jeste 1996), tais fatos não foram observados na presente pesquisa. Não houve diferença quanto ao uso de psicotrópicos entre doentes com e sem dor e todos os doentes descreveram seu quadro álgico com propriedade. É possível que nas situações de crise da doença, a interpretação e expressão de sintomas físicos estejam prejudicados, mas, nessa amostra de doentes em tratamento ambulatorial, isso não foi observado.

Outra questão pertinente refere-se aos fatores que melhoram ou pioram o estado de dor do paciente. Neste estudo verificou-se que motivos que levam à preocupação ou ao nervosismo são os que mais agravam a dor, enquanto que o descanso e a terapia medicamentosa aliviam a dor. Já no estudo de Israel, para aliviar a dor, 47% usavam acupuntura, 16% reflexologia, 14% shiatsu e 22% quiropraxia (Neville et al., 2008) e na

Europa, dois terços utilizavam tratamentos não-medicamentosos, 30% massagem, 21% fisioterapia e 13% acupuntura (Breivik et al., 2006).

Fatores emocionais são apontados como causa importante de piora ou melhora da dor em todas as populações. A percepção da dor sofre influência de fatores emocionais, cognitivos e ambientais, além dos físicos (Pimenta 1999a, 1999b). Assim, esse relato está adequado à fisiopatologia da dor e não é exclusivo de pacientes com transtornos mentais.

Também o relato de que analgésicos e o repouso aliviam a dor é freqüente em outras populações. Dores musculoesqueléticas, que são prevalentes na população, pioram com o aumento de carga (andar, levantar, abaixar, carregar objetos), daí a melhora conseguida com o repouso (Teixeira, 1999). No estudo realizado na Europa (Breivik et al., 2006), quase metade dos pacientes com dor crônica ingeriam analgésicos não-prescritos, antiinflamatórios (AINEs 55%), paracetamol (43%), opióides fracos (13%); apenas dois terços tinham prescrição médica.

No presente estudo a dor foi freqüente (ocorreu em 36%), teve duração prolongada (mediana e moda=24 meses), foi de intensidade moderada (56%) e 24 % relataram episódios álgicos, no mínimo, diário. Esse quadro tem grande potencial para piorar a qualidade de vida que, já se sabe, é bastante comprometida em pacientes esquizofrênicos. Visando a verificar essa hipótese, esse estudo comparou a qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos, com e sem dor, e a discussão dos resultados observados está apresentada abaixo.

5.2 QUALIDADE DE VIDA EM ESQUIZOFRÊNICOS

A esquizofrenia está em terceiro lugar entre as condições (físicas e mentais) que mais acarretam incapacitação nos indivíduos, segundo estudo realizado em 14 países (Reine et al 2003). A dor crônica é também incapacitante, exerce impactos negativos em diversos aspectos da vida dos indivíduos, compromete a funcionalidade, os relacionamentos sócio-familiares e, imagina-se, a qualidade de vida.

A qualidade de vida geral dos pacientes esquizofrênicos foi avaliada em alguns estudos sob diferentes aspectos, objetivos e subjetivos, tais como efeitos dos sintomas depressivos e dos efeitos colaterais de medicamentos sobre a qualidade de vida; cronicidade da doença, hospitalizações e qualidade de vida, atividades de vida diária e relações sociais e emocionais e qualidade de vida, entre outros. Vale a pena destacar que tais análises têm sido feitas por instrumentos de avaliação distintos.

No quadro 5 estão sintetizados estudos sobre qualidade de vida em esquizofrênicos, utilizando-se a WHOQOL.

Ao se comparar as médias das idades entre os estudos, observa-se semelhança com os da presente pesquisa, uma média aproximada de 38 anos de idade.

Na comparação dos escores dos diferentes domínios relativos à qualidade de vida, de acordo com outros diagnósticos, observa-se que os pacientes esquizofrênicos têm tendência a ter os piores escores em três dos quatro domínios. Apenas no domínio 1 (físico), os pacientes diabéticos, na Malásia, e dependentes de álcool, na Turquia, tiveram escores inferiores (Hasanah, Razali, 2002; Akvardar et al., 2006).

Tais resultados sugerem que a doença metabólica pode piorar a qualidade de vida, assim como a dor crônica. Em estudo realizado em Taiwan, em pacientes com dor lombar crônica, verificou-se que os pacientes tiveram menores escores de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico do que as pessoas saudáveis (Horng et al, 2005).

Os pacientes da presente pesquisa, especialmente os do subgrupo com dor crônica, mostraram escores de qualidade de vida inferiores a quase todos os outros estudos (Tabela 5). Os melhores índices de qualidade de vida foram observados nos estudos feitos na Malásia (Hasanah, Razali, 2002) e China (Chan et al, 2003).

Quadro 5. Estudos com pacientes esquizofrênicos utilizando-se a escala WHOQOL-100 e bref.

Local	Idade (média)	Domínios (escores de 0 a 20)			
		Físico	Psicológico	Social	Meio-ambiente
Malásia,2002 ^(a)					
- Esquizofrênicos	39	13,3	14,2	13,5	14,0
- Diabéticos		12,7	14,5	15,0	14,9
China, 2003 ^(b)					
(3 amostras diferentes)					
- Hospitalar	49	14,0	13,3	12,9	13,6
- Longa permanência		14,4	14,0	14,0	15,0
- Menos dependência		14,1	13,3	12,7	13,9
China 2004 ^(c)					
- Esquizofrênicos	35	13,0	12,1	12,4	12,4
- População geral		15,0	14,7	14,2	13,7
Turquia 2005 ^(d)					
- Esquizofrênicos	37	12,7	12	9,8	12,6
- População geral		16,1	14,7	14,8	14,1
Turquia 2006 ^(e)					
- Esquizofrênicos	37	12,9	12,2	10,1	12,7
- População geral	34	14,3	14,5	15,1	13,7
- Dependente álcool	44	12,6	13,3	12,3	13,2
- Diabéticos	49	13,0	14,4	15,1	13,7
Taiwan 2008 ^(f)					
- Esquizofrênicos	36	12,4	11,8	12,0	12,4
- Saudáveis		15,5	13,6	14,3	13,0
Turquia 2008 ^(g)					
- Esquizofrênicos	36	12,6	12,1	11,1	12,9
- Saudáveis		16,0	15,5	15,0	13,6
Presente estudo(h)					
- Esquizofrênicos com dor	37	11,4	11,9	7,5	10,2
- Esquizofrênicos sem dor		12,5	11,9	7,4	9,6

(a) Hasanah, Razali, 2002

(b) Chan et al, 2003

(c) Chan, YU 2004

(d) Alptekin et al, 2005

(e) Akvardar et al., 2006

(f) Chia, Chin, 2008

(g) Ulas et al., 2008

(h) Almeida JG, 2009

De modo geral, o domínio físico foi onde ocorreram os melhores escores, quando comparados aos demais domínios (Quadro 5). No entanto, na amostra brasileira (presente estudo), os doentes com dor apresentaram o pior escore no domínio físico (escore=11,4) em relação a todos os demais estudos (Quadro 5) e em relação aos doentes sem dor (escore=12,5; p=0,001, Tabela 10). Tais dados indicam que a dor crônica tem impacto negativo sobre a qualidade de vida.

O domínio físico inclui itens sobre a presença de dor ou desconforto, tratamento médico, locomoção, satisfação com o sono, capacidade para o trabalho e atividades diárias.

Os pacientes da presente investigação mostraram escores no domínio psicológico (escore=11,9), nos grupos com e sem dor; inferiores a todos os demais estudos (Quadro 5), exceto para o estudo feito em Taiwan (Chia, Chin, 2008), que observou escore de 11,8. O escore no domínio psicológico não diferiu quando foram comparados os grupos com e sem dor (Tabela 10), o que causou estranheza, visto que a piora na funcionalidade psíquica é freqüentemente associada à presença de dor crônica (Horng et al 2005).

O domínio psicológico avalia, por exemplo, se o entrevistado está satisfeito consigo mesmo, com sua aparência ou com sua concentração. É possível que sentimentos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão, auto-estima reduzida, incerteza sobre o futuro e sentimento que a vida é difícil, freqüentemente descrito em pacientes esquizofrênicos, sejam de tal monta que a dor crônica não foi capaz de piorar o quadro psíquico (Souza, 2005).

No domínio social os pacientes brasileiros apresentaram os piores escores, tanto o subgrupo com dor (escore=7,5) como o subgrupo sem dor (escore=7,4), conforme Quadro 5. Os escores mais elevados foram observados na China (14) e Malásia (23,5), e correspondeu praticamente ao dobro do escore do presente estudo.

O domínio relações sociais avalia o nível de satisfação com as pessoas do círculo social, o apoio que recebe e a satisfação com a atividade sexual.

Os prejuízos cognitivos nas funções executivas e na memória parecem ter um impacto direto sobre a percepção da qualidade de vida dos pacientes, particularmente no domínio social, podendo ser a causa ou consequência do isolamento social dos pacientes com esquizofrenia (Alptekin et al, 2005).

Outro fator, relacionado ao domínio social, é a parceria conjugal de pacientes com esquizofrenia. Os resultados obtidos nessa análise revelaram que 18,7% dos pacientes sem dor crônica tinham companheiros, dentre aqueles com dor, essa proporção foi de apenas 8,5%. O estado conjugal como preditor de melhor evolução no quadro de esquizofrenia já foi descrito (Cardoso et al. 2006; Makanjoula et al., 2009). Homens ou mulheres sem companheiros são mais dependentes, participam menos da atividade de vida diária e são menos estimulados socialmente, características associadas à piora da qualidade de vida.

No domínio meio-ambiente, os pacientes da presente pesquisa apresentaram os escores mais baixos em ambos os grupos (com dor=10,2 e sem dor=9,6), quando comparados aos demais estudos. O melhor resultado foi encontrado na China (escore=15) e Malásia (escore=14).

No domínio meio ambiente estão incluídas perguntas sobre segurança, condições do ambiente físico, remuneração para as necessidades, lazer, moradia, transporte e acesso aos serviços de saúde.

Em estudo realizado na China, sobre a qualidade de vida entre esquizofrênicos, observou-se que pacientes sob cuidados supervisionados em domicílio tinham melhor domínio meio-ambiente quando comparados àqueles em atendimento hospitalar (Chan et al 2003).

A atividade ocupacional/emprego e os recursos financeiros são apontados como fatores que influenciam na qualidade de vida. Na presente pesquisa, somente 36% dos pacientes possuíam trabalho remunerado, tendência também verificada em estudo realizado em Belo Horizonte sobre depressão na esquizofrenia, onde 92% não trabalhavam (Cardoso et al., 2007). Esses dados apontam a dificuldade que o paciente com transtorno mental tem em se inserir no mercado de trabalho e ser aceito socialmente.

Os escores de qualidade de vida observados na presente pesquisa são preocupantes, pois estão abaixo de quase todos os escores descritos nos estudos analisados (Quadro 5). Os piores escores ocorreram nos domínios social e meio ambiente e são bastante inferiores aos apresentados na literatura (Quadro 5). Sabe-se que tratamento com medicação, somente,

não é suficiente, pois os prejuízos sociais e de meio ambiente estão bastante relacionados à estrutura social e ao sistema de saúde. Programas de reabilitação que incrementem a inserção e o convívio social, ajustes no relacionamento interpessoal, independência para os cuidados de vida diária, inserção no trabalho e melhora da auto-estima constituem-se desafios. Tais programas estão em implementação no Brasil, talvez ainda em escala insuficiente.

Por outro lado, chama a atenção que os melhores escores ocorreram em países em desenvolvimento (China e Malásia) nos quais, possivelmente, também haja carências do sistema de saúde. Indaga-se se alguma característica cultural poderia influir na apreciação da qualidade de vida que justificasse tais disparidades. Chama a atenção também, a existência de poucos estudos em países desenvolvidos utilizando a escala WHOQOL-bref.

Em estudo realizado em 15 regiões da Itália, comparando três grupos — esquizofrênicos atendidos em ambulatórios, moradores de residências terapêuticas e população geral saudável — utilizando-se a WHOQOL-bref, foi observado que moradores (pacientes desinstitucionalizados) e esquizofrênicos tiveram pontuação semelhantes e substancialmente mais baixas do que os dos controles saudáveis, principalmente no domínio social. Isto sugere a necessidade de que sejam bem concebidos planos de recuperação, adaptados às necessidades dos pacientes, para fomentar o desenvolvimento de sua independência e, em última instância, melhorar a sua qualidade de vida. Ao comparar somente os dados dos pacientes esquizofrênicos com os da presente pesquisa, pode ser observado que os resultados da Itália são bem superiores, em todos os domínios, chamando a atenção o domínio social e meio-ambiente (Picardi et al., 2006).

A presença de dor crônica piorou a qualidade de vida dos pacientes e eram esperadas diferenças em outras áreas, como nos domínios psicológico e social, pois a dor crônica pode alterar o humor, resultar em sentimentos de desamparo e cansaço, eliciar raiva e sentimento de abandono e influenciar o comportamento. Assim, porquê esses outros domínios não mostraram diferenças? Uma das hipóteses é que os prejuízos psicológicos e sociais

relacionados à esquizofrenia são de tal ordem, que os prejuízos relacionados à dor crônica não tiveram magnitude para expressar diferenças. Outra hipótese é que a dor crônica não interfira na qualidade de vida relacionada a esses domínios.

Aspecto a ser considerado é que, apesar desse estudo ter sido baseado em uma amostra aleatória, seus resultados representam um hospital altamente especializado, referência de ensino e pesquisa na área, que, freqüentemente, recebe os doentes com quadros mais graves.

O presente estudo mostrou que a prevalência de dor crônica nos pacientes esquizofrênicos é equiparável à da população geral, o que era nossa hipótese. O tratamento da esquizofrenia é complexo e as respostas terapêuticas são aquém do desejável. A baixa qualidade de vida dos doentes esquizofrênicos é atestada na literatura e o presente estudo mostrou que a dor piorou a qualidade de vida desses pacientes. Assim, tratar a dor pode, junto com outras ações, auxiliar a melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Este estudo, pioneiro em nosso meio, contribuiu de forma inédita, em âmbito nacional e, em diversos aspectos, em âmbito internacional, para a construção do conhecimento sobre a prevalência de dor crônica em esquizofrênicos e o impacto da dor sobre a qualidade de vida desses pacientes.

6 CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar a prevalência, as características e o impacto da dor crônica em 205 pacientes esquizofrênicos, em tratamento ambulatorial.

Dor crônica ocorreu em mais de 1/3 da amostra (36,6%, n=75). A duração da queixa foi prolongada (média=40,9, DP=42,8, mediana e moda=24) e os episódios álgicos freqüentes (77,3% dor ao menos 1 vez/semana e 24% dor diária). Os locais da queixa dolorosa, excetuando o abdômen, foram semelhantes aos da população geral, para a mesma faixa etária. (abdômen=30,7%, cabeça, face e boca=24% e região lombar, sacra e cóccix=14,7%). A intensidade da dor foi significativa. Na maior parte dos episódios a dor foi moderada (entre 5 e 7). Assim como na população geral, o humor (nervoso/ preocupado) e o aumento de carga (andar, abaixar) pioraram a dor, e o repouso e remédios, aliviaram.

Os escores de qualidade de vida dos pacientes, com e sem dor, foram baixos e inferiores ao de outros estudos com esquizofrênicos, o que foi preocupante. Na comparação entre os grupos, o domínio físico apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), o que indicou que pacientes com dor crônica têm maior prejuízo funcional.

A prevalência e as características da dor em pacientes esquizofrênicos foram significativas e assemelharam-se às da população geral. A qualidade de vida desse grupo foi baixa. Visto o sofrimento e prejuízos advindos da persistência de quadros dolorosos, há que se ter atenção ao controle dessa queixa nessa população.

7 REFERÊNCIAS

Adler G, Gattaz WF. Pain perception threshold in major depression. In: Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med.* 2003;163(20):2433-45.

Akvardar Y, Akdede BBk, Ozerdem A, Eser E, Topkaya S, Alptedin K. Assessment fo quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric pacientes comared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(6):693-9.

Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador *Rev Bras Ortop.* 2008;43(3):96-102.

Alptekin K, Akvardar Y, Akdede BBk, Dumlu K, Isik D, Piringçi F, et al. Is quality of life associated with congitive impairment in schizophrenia? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2005;29:239-44.

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med.* 2003;163(20):2433-45.

Bär JK, Brehm S, Boettger MK, Boettger S, Wagner G, Sauer H. Pain perception in major depression depends on pain modality. *Pain.* 2005;117(1-2):97–103.

Bassit DP, Louzã Neto MR. Complicações decorrentes de úlcera péptica em pacientes com esquizofrenia. *Rev ABP-APL.* 1997;19(4):127-32.

Baune BT, Aljeesh Y. Is pain a clinically relevant problem in general adult psychiatry? A clinical epidemiological cross-sectional study in patients with psychiatric disorders. *Schmerz.* 2004;18(1):28-37.

Becchi A, Rucci P, Placentino A, Neri G, Girolamo G. Quality of life in patients with schizophrenia – comparison of self-report and proxy assessments. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2004;39(5):397-401.

Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a country of Sweden. *Pain* 1989;37:215-22.

Bobes J, Garcia-Portilha P, Sáiz PA, Bascarán T, Bosuono M. Quality of life measures in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2005;20:313-7.

Bovim G, SchraderH, Sand J. Neck painin the general population. *Spine.*1994;19(12):1307-09.

Bréder VF, Dantas EHM, Silva MAG, Barbosa LG. Lombalgia e fatores psicossociais em motoristas de ônibus urbano. *Fit Perform J.*2006;5(5):294-9.

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D, Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daile life and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-333

Bressan RA, Elkis H. Esquizofrenia refratária. São Paulo: Segmento Farma; 2007. p. 11-25.

Campos EM, Caetano D. Qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos. *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(1):19-22.

Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1303-14.

Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Depressão na esquizofrenia; prevalência e relação com a qualidade de vida *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):2035-48.

Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):72-83.

Chan GWL, Ungvari GS, ShekDTL, Leung JJP. Hosptial and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong Kong. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:196-203.

Chaturvedi S, Michael A. Chronic pain in a psychiatric clinic. *J Psychosom Res*. 1986;30(3):347-54.

Chia CH, Chin YW. Life satisfaction in persons with schizophrenia living in the community. *Soc Indic Res*. 2008;85:447-60.

Dellaroza MSG. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos servidores municipais de Londrina [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(5):1151-1160

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4^a ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.

Fishbain DA. Pain insensitivity in psychosis. *Ann Emerg Med*. 1982;11:630-2.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, ET al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.

Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.82-97.

Forlenza OF. Aspectos psiquiátricos da dor. J Bras Psiquiatr. 1994;43(3):141-8.

Gieseck T. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. Arthritis Rheum. 2005;52(5):1577-84.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994. Cap.3. p. 43-51.

Hasanah CI, Razali MS. Quality of life: an assessment of the state of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in the community. J Royal Soc Prom Health. 2002;122(4):251-5.

Horng YS, Hwang YH, Wu HC, Liang HW, Mhe YJ, Twu FC, et al. Predicting health-related quality of life in patients with low back pain. Spine. 2005;30(5):551-5.

Hung CI, Wang SJ, Hsu KH, Juang YY, Liu CY. Risk factors associated with migraine or chronic daily headache in out-patients with major depressive disorder. Acta Psychiatr Scand. 2005;111(4):310-5.

Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical comorbidity in schizophrenia. Schizophr Bull. 1996;22(3):413-30.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio e psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre; 1997. p. 439-583.

Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Methods in observational epidemiology. New York: Oxford University Press; 1996. p. 241-58.

Kemperman I, Russ MJ, Clark WC, Kakuma T, Zanine E, Harrison K. Pain assessments in self-injurious patients with borderline personality disorder using signal detection theory. Psychiatr Res. 1997;70(3):175-83.

Koenig TW, Clark, MR Advances in comprehensive pain management. Psychiatr Clin North Am. 1996;19(3):589-611.

Kreling MCGD. Prevalência de dor crônica em adultos trabalhadores [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. REBEn. 2006;59(4):509-13.

Kurita GP. Adesão ao tratamento da dor crônica: aspectos demográficos, terapêuticos e psicossocioculturais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Kuritzky A, Mazeh D, Lei A. Headache in schizophrenic patients: a controlled study. *Cephalgia*. 1999;19(8):725-7.

Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatr*. 1982;139(10):1271-6.

Lépine JP, Briley, M The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol Clin*. 2004;19:S3-S726.

Makanjoula AB, Adeponle BA, Obembe AO. A comparison of quality-of-life in schizophrenia and affective disorder patients in a Nigerian tertiary hospital. *Transcult Psychiatr*. 2007;44(1):65-78.

Mathias,SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. 1996; 87(3):321-7.

Mercante JPP, Peres MF, Guendler V, Zukerman E, Bernik MA. Depression in chronic migraine. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2A):217-20.

Merskey H, Bogduk N, editors. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994.

Muñoz RA, McBride ME, Brnabic AJ, López CJ, Hetem LA, Secin R, et al. Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affect Disord*. 2005;86(1):93-8.

Neville A, Peleg R, Singer Y, Sherf M, Shvartzman P. Chronic pain: a population-based study. *Imaj*. 2008;10:676-80.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 10ª rev. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (PMS). Relatório sobre a saúde no mundo; saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001. p. 147-54.

Pahim LS, Menezes AM, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):692-8.

Picardi A, Rucci P, Girolamo G., Santone G, Borsetti G, Morosini P The quality of life of the mentally ill living in residential facilities Findings from a national survey in Italy Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.2006; 256:372–381

Pimenta, CAM; Teixeira, MJ Proposta de Adaptação do Questionário de dor McGill para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enf. USP. 1996;30(3):473-83.

Pimenta CAM. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999a.

Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. Carvalho MMJD, organizador. Dor: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999b. p. 31-46.

Pimenta CAM. Dor: manual clínico de enfermagem. São Paulo: [s.n.]; 2000.

Pimenta CAM. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. Rev Psiquiatr Clín. 2001;28(6):288-94.

Pimenta CAM, Cruz DALM, Rossetto EG, Dellaroza MSG, Kreling MCGD. Epidemiologia da dor. In: Figueiro JAB, Angelotti G, Pimenta CAM. Dor e saúde mental. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-22a.

Pitta A. Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. Rev Psiquiatr Clín. 1999;26(2 n. esp.):68-77.

Ponte C. Lombalgia em cuidados de saúde primários. Sua relação com características sociodemográficas. Rev Port Clin Geral. 2005;21:259-67.

Reine G, Lancon C, Di Tucci S, Sapin C, Auquier P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand. 2003;108(4):297-303.

Rossetto EG. Dor recorrente em escolares na cidade de Londrina: prevalência, caracterização e impacto nas atividades diárias [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico na internet]. 2007 [citado 2008 fev. 08];15(3). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

Sengupta S, Kumar D. Pain and emotion: relationship revisited. German J Psychiatry [periódico na internet]. 2005 [citado 2009 abr. 08];8(4):86-93. Disponível em: <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de/gjp-article-sengupta.pdf>.

Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):377-85.

Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Gronb M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. *Eur J Pain*. 2009;13:287-92.

Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Cairns Smith W, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice*. 2001;18:292-299.

Souza LA. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.

Spyropoulos P, Papathanasiou G, Georgoudis G, Chronopoulos E, Koutis H, Koumoutsou F. Prevalence of low back pain in greek public office workers. *Pain Physician*. 2007;10(5):651-9.

Stewart WF, Lipton RB, Celentand DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States – relation age . income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*. 1992;(1):267.

Tang J, Gibson SJ. A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. *J Pain*. 2005;6(9):612-19.

Tarelho LM. Investigação da percepção dolorosa em pacientes com autismo de alto funcionamento [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

Teixeira MJ, Figueiró JAB, Yeng LT, Pimenta CAM. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. Carvalho MMJD, organizador. *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999. p 87-139.

Tengan SK. Dor, sintomas depressivos e ansiosos em pré-adolescentes e adolescentes com artrite reumatóide juvenil [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

Ulas H, Akdede BB, Ozbay D, Alptekin K. Effect of thought disorders on quality of life inpatients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32:332-5.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida - WHOQOL 1998 [texto na internet]. Porto Alegre; 1998 [citado 2008 jan. 08]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html>.

Vienna University of Economics and Business Administration. Department of Statistics and Mathematics. R Foundation for Statistical Computing. R Development Core Team(2006). R: a language and environment for statistical computing [texto na internet]. Vienna; 2009 [citado 2009 abr. 08]. Disponível em: <http://www.R-project.org>.

Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. 4^a. edi. 1999, Churchill, Livingstone. 1999.

Wang YP, Andrade LHS. Epidemiologia: abordagem prática. São Paulo: Sarvier; 2005. Medidas de frequência, p. 20-9.

Watson GD, Chandara PC, Merskey H. Relationships between pain and schizophrenia. Brit J Psychiatr. 1981;138:33-6.

World Health Organization Quality of Life Group. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of life assesment 1998. Psychol Med. 1998;28:551-8.

ANEXOS

Anexo A



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 04/06/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0146/08**, intitulado: "**DOR CRÔNICA EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS: PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS**", apresentado pelo **DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **JOUCE GABRIELA DE ALMEIDA**

Orientadora: **CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA**

CAPPesq, 06 de Junho de 2008

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

ANEXO B

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO:..... CIDADE
CEP:.....TELEFONE:DDD(.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:.....
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Queixa de Dor em Ambulatório de Psiquiatria.

2. PESQUISADOR : Jouce Gabriela de Almeida
CARGO/FUNÇÃO : Diretora Técnica de Serviço... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 68185.

UNIDADE DO HCFMUSP: .Instituto de Psiquiatria.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : outubro de 2008 a agosto de 2009

1 – O presente estudo visa determinar a prevalência e caracterizar a dor crônica em pacientes atendidos em um Ambulatório de Psiquiatria, discutir e refletir sobre a dor nestes transtornos mentais;

2 – Para coleta de dados será utilizada entrevista com os participantes do estudo. Os resultados estarão à disposição dos interessados ao término da pesquisa;

3 – Os sujeitos que aceitarem participar da pesquisa responderão a uma entrevista composta por 62 questões, com a duração de aproximadamente 15 a 20 minutos;

4 – O estudo não prevê riscos. A natureza da pesquisa é essencialmente acadêmica; as informações obtidas serão tratadas com total sigilo, preservando-se o anonimato dos participantes. Não haverá divulgação personalizada das informações;

5 – Não há benefício direto para o participante mas, ao final deste estudo a equipe de saúde poderá se beneficiar com os resultados obtidos na caracterização da dor crônica nos pacientes com transtornos mentais e contribuir na elaboração de futuras pesquisas nesta área;

6 – A pesquisa poderá contribuir na melhoria da assistência prestada;

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a enfermeira Jouce Gabriela de Almeida (pesquisadora principal) que pode ser encontrado no endereço: Instituto de Psiquiatria – HCFMUSP - Rua Ovídio Pires de Campos , 785 – São Paulo – SP - CEP- 05403-010 e Tels.: 3069-6276 ou 8260-3343 sob orientação da Profa. Dra. Cibele Andrucio de Mattos Pimenta tel.: 30617544;

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação;

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa;

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Dor Crônica em Pacientes esquizofrênicos: Prevalência e Características". Eu discuti com a enfermeira Jouce Gabriela de Almeida sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal _____ Data ____/____/____

Assinatura da testemunha _____ Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO C

PARTE I - Caracterização da população e do transtorno psiquiátrico

Nº entrevista _____ Data da entrevista: ___/___/___ Coletador: _____

Paciente:

_____ RH _____

Telefone: _____ Endereço: _____

1. Diagnóstico médico (CID-10): _____

2. Com SCID ()

Sem SCID ()

3. Idade _____ anos

4. Sexo () F () M

5. Estado civil atual

5.1. solteiro () com companheiro(a) () sem companheiro(a) ()

5.2. casado () com companheiro(a) () sem companheiro(a) ()

5.3. viúvo () com companheiro(a) () sem companheiro(a) ()

5.4. outros _____

6. Você mora:

6.1. só () 6.2. com outros ()

6.2.1. pais () 6.2.2. cônjuge () 6.2.3. amigos () 6.2.4. outros _____ ()

7. Até que ano da escola você cursou? _____

8. Atividade ocupacional

8.1. Anterior

8.2. Atual _____

8.2.1. Atividade remunerada com vínculo empregatício ()

8.2.2. Atividade remunerado sem vínculo empregatício ()

8.2.3. Trabalho voluntário ()

8.2.4. Atividades domésticas ()

8.2.5. Programa de reabilitação () 8.2.6. Estudante ()

8.2.7. Outras, quais

9. Há quanto tempo você tem o transtorno mental: _____ anos

10. Há quanto tempo faz tratamento psiquiátrico? _____ anos

11. Número de internações psiquiátricas: _____

12. Álcool () 12.1. quantas vezes por semana _____

12.2. quantidade _____ 12.3. há quanto tempo _____

13. Tabagismo () 13.1. quantos cigarros por dia _____
 13.2. há quanto tempo _____
 14. Uso de drogas ilícitas ()
 14.1. qual(is) _____
 14.2. quantas vezes por semana _____ 14.3. há quanto tempo _____
 15. Possui alguma outra doença ou problema de saúde ? () sim () não
 15.1. Qual? _____ Há quanto tempo? _____
 15.2. Qual? _____ Há quanto tempo? _____
 15.3. Qual? _____ Há quanto tempo? _____
 16. Você tem algum machucado ou traumatismo? () não () sim
 16.1. Há quanto tempo? _____ 16.2. Qual o local? _____

PARTE II – Caracterização da dor

17. Sente algum tipo de dor? () sim () não

18. Local e tempo de dor

nº	local	X	Tempo de dor (anos/meses)	nº	local	X	Tempo de dor (anos/meses)
1	Cabeça, face e boca			6	Espinha lombar, sacra e cóccix		
2	Região cervical			7	MMII		
3	Ombros e MMSS			8	Região pélvica		
4	Região torácica			9	Região anal, perianal e genital		
5	Abdome			10	Mais do que 3 locais principais		

19. As dores que doem há mais de 3 meses são _____

20. As dores que doem há mais de 6 meses

são _____

21. Entre as dores que duram há mais que 6 meses, qual a que mais incomoda? _____

22. Você sentiu essa dor na última semana? () não () sim

23. Você a está sentindo agora? () não () sim

24. Vamos falar da dor que mais incomoda. Local

.....

24.1. Como é essa dor? Explique-me com que ela se parece.

25. Na última semana, qual foi a pior intensidade de dor (dor mais forte), a menor intensidade dessa dor (dor mais fraca) e a dor média:

25.1. a pior dor (dor mais forte)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor dor insuportável (pior dor imaginável)

leve moderada intensa insuportável

25.2. a melhor dor (dor mais fraca)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor dor insuportável (pior dor imaginável)

leve moderada intensa insuportável

25.3. dor em média?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor dor insuportável (pior dor imaginável)

leve moderada intensa insuportável

26. Sua dor (a que mais incomoda)

é contínua vai e vem

27. Qual é a frequência dessa dor:

- a) dói todo dia: mais de uma hora por dia
- b) dói todo dia: de 1 a 3 horas por dia
- c) dói todo dia: de 3 a 6 horas por dia
- d) dói todo dia: mais e 6 horas por dia
- e) dói 2 a 3 vezes por semana
- f) dói 1 vez por semana
- g) dói a cada 15 dias

28. Quais os fatores que pioram sua dor?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| a) fazer força | g) ficar sentado |
| b) mexer com os braços/mãos | h) dói mesmo sem fazer nada |
| c) ficar nervoso, ter preocupação | i) tempo muito frio |
| d) fazer exercícios | j) tempo muito quente |
| e) movimentos iguais ao do serviço | k) andar |
| f) alimentação | l) abaixar |

29. Quais são os fatores que melhoram sua dor?

- | | | |
|-----------------|------------------------|---------------------------|
| a) repouso | f) talas | k) massagem |
| b) fisioterapia | g) terapia/psicologia | l) nada diminui a dor |
| c) remédios | h) terapia ocupacional | m) exercícios/alongamento |
| d) acupuntura | i) compressas | n) tempo muito frio |
| e) tempo quente | j) ficar calmo | o) Outros: _____ |

30. Procurou um médico por causa dessa(s) dor(es)?

() não () sim Quantos ?.....

31. Essa dor ajuda a melhorar seu sofrimento?

Sim () Não () Explique-me

32. Você se queixou dessa dor para seu médico psiquiatra? () não () sim

33 Há um diagnóstico médico para essa dor:

não () sim ()

Qual? _____

34. Você faz tratamento para essa dor? () não () sim

34.1. Local do Serviço de atendimento: _____

34.2. Tratamento

Atual: _____

34.3. Tratamentos anteriores: _____

35 Faz uso de medicamentos? Quais?

	Medicamentos	Dosagem	Quantidade	Quantas vezes ao dia
35.1				
35.2				
35.3				
35.4				
35.5				
35.6				
35.7				
35.8				

36. Algum destes medicamentos é usado para dor? () sim () não

36.1.Qual (is)_____

PARTE III - ESCALA QUALIDADE DE VIDA WHO-QOL-bref

		muito ruim	Ruim	nem boa ruim nem	boa	muito boa
37(1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
38(2)	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
39(3)	Em que medida você acha que sua dor (física) o impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
	E a doença mental?	1	2	3	4	5
40(4)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
41(5)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
42(6)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
43(7)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
44(8)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
45(9)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
46(10)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
47(11)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
48(12)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
49(13)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

50(14)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	Muito bom
51(15)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
52(16)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
53(17)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
54(18)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
55(19)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
56(20)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
57(21)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
58(22)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
59(23)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
60(24)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
61(25)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
62(26)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5