

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CAROLINA COELHO SCHOLL

**QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM
ESTUDO COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Pelotas

2016

CAROLINA COELHO SCHOLL

**QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM
ESTUDO COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Luciana de Avila Quevedo

Pelotas
2016

**QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-
COMPULSIVO: UM ESTUDO COM USUÁRIOS DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Janaína dos Santos Motta

Dr^a. Mariane Lopez Molina

Orientador – Prof^a. Dr^a. Luciana de Avila Quevedo

RESUMO

A qualidade de vida (QV) pode ser afetada pela presença de transtornos mentais. De todos os transtornos mentais, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) foi considerado como a 10^a causa de incapacidade no mundo. A avaliação e o acompanhamento dos índices de QV em pacientes com transtornos mentais permite a identificação de suas prioridades, sendo possível a implementação de ações para melhora desses índices nos usuários do sistema de saúde. **Objetivo:** Avaliar a QV em portadores de TOC usuários da atenção primária à saúde. **Metodologia:** Estudo transversal com amostragem por conveniência, incluindo todos os usuários de três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS. Para a mensuração das variáveis serão utilizados os instrumentos WHOQOL–Bref, M.I.N.I., ASSIST e um questionário com características sociodemográficas e comportamentais. Os dados serão coletados por psicólogos e psiquiatras, digitados no software Epi-Info 6.04 e analisados no pacote estatístico SPSS 13.0. Para comparação das médias de qualidade de vida e variáveis independentes serão utilizados o teste t de student, a ANOVA e Bonferroni. Para a análise multivariável, será realizada regressão linear múltipla.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, qualidade de vida, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life (QOL) can be affected by the presence of mental disorders, like the Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Considering that, the evaluation and monitoring of QOL in patients with mental disorders allows the identification of priorities, allowing implementing actions to improve QOL on health system users. **Objective:** To measure QOL in OCD patients from primary health care.

Methods: Cross-sectional study with convenience sample, including all users of the four Basic Health Units of Catholic University of Pelotas, Brazil. The quality of life was measurement with the WHOQOL-Bref and OCD through the M.I.N.I. **Data analysis:** Data will be collected by psychologists and psychiatrists, entered in the Epi-Info 4.6 and analyzed using the statistical package SPSS 13.0. The Student t test, ANOVA and Bonferroni test will be used to compare the means of quality of life and independent variables. For the multivariate analysis, multiple linear regression will be performed.

Keywords: obsessive compulsive disorder, quality of life, primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela de definição das variáveis.....	24
Tabela 2 - Cronograma mensal.....	24
Tabela 3 - Orçamento do estudo.....	25
Tabela 4 - Quadro de revisão de literatura.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Assessment – brief version

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
PARTE I – PROJETO	11
1. IDENTIFICAÇÃO	12
1.1 Título: QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO- COMPULSIVO: UM ESTUDO COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA	12
1.2 Mestranda: Carolina Coelho Scholl.....	12
1.3 Orientador: Prof ^ª . Dr ^ª . Luciana de Avila Quevedo	12
1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas	12
1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento	12
1.6 Linha de pesquisa: Saúde Mental	12
1.7 Data: Março, 2015	12
2. INTRODUÇÃO	13
3. OBJETIVOS	15
3.1 Geral	15
3.2 Específicos.....	15
4. HIPÓTESES	16
4.1 Hipótese geral	16
4.2 Hipóteses específicas	16
5. REVISÃO DA LITERATURA	17
5.1 Estratégia de Busca.....	17
5.2 Corpo do texto	19
6. METODOLOGIA.....	22
6.1 Delineamento.....	22
6.2 Amostra	22
6.2.1 Critérios de inclusão	22
6.2.2 Critérios de exclusão	22
6.3 Procedimentos e Instrumentos.....	22
6.3.1 World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Bref).....	22

6.3.2 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)	23
6.3.3 Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).....	23
6.3.4 Características sociodemográficas e laborais	23
6.4 Definição das variáveis.....	24
6.4.1 Coleta de dados.....	24
6.5 Seleção e treinamento de pessoal	24
6.6 Estudo piloto.....	24
6.7 Processamento e análise dos dados	24
6.8 Cronograma	24
6.9 Orçamento	25
6.10 Aspectos éticos	25
7. REFERÊNCIAS	26
8. PARTE 2 – ARTIGO	28
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO	47
ANEXOS	48
ANEXO A – REVISÃO DE LITERATURA	49
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	52
ANEXO C - INSTRUMENTOS	54

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda a avaliação da qualidade de vida em usuários da Atenção Primária de Saúde diagnosticados com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Este trabalho está dividido em duas partes: a primeira referente ao projeto, intitulado **QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM ESTUDO COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**, e a segunda referente ao artigo **QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM ESTUDO COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA** resultante do projeto.

A parte I – Projeto está subdividida em Introdução, Objetivos, Hipóteses, Fundamentação Teórica e Método e Referências.

A parte II – Artigo diz respeito ao artigo resultante do projeto, intitulado **QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM ESTUDO COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**.

Em anexo os instrumentos utilizados no estudo.

PARTE I – PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: QUALIDADE DE VIDA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM ESTUDO COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

1.2 Mestranda: Carolina Coelho Scholl

1.3 Orientador: Prof^a. Dr^a. Luciana de Avila Quevedo

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde Mental

1.7 Data: Março, 2015

2. INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida é um construto multidimensional^[1], não possuindo uma só definição. É mais identificado como a satisfação subjetiva de cada um com sua saúde e atividades, entre outras, ocupacionais e sociais^[2], sendo, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^[3, 4].

A qualidade de vida pode ser afetada por diversos fatores, entre eles, a presença de transtornos mentais. De todos os transtornos mentais, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) foi considerado pela OMS como a 10ª causa de incapacidade no mundo^[1, 2, 5]. O TOC é um transtorno caracterizado por ideias obsessivas e/ou por comportamentos compulsivos recorrentes e tem sido reconhecido por seu curso crônico e incapacitante^[2]. Tais ideias e comportamentos perturbam muito e consomem tempo da vida do sujeito, interferindo ocupacional e socialmente.

Diversos autores^[1, 6-12] citam como consequências comuns do TOC a diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo e a interferência negativa na vida estudantil, profissional, familiar, afetiva e social. Em casos mais graves pode haver uma completa dificuldade ou incapacidade para atividades rotineiras e alguns portadores podem ficar totalmente presos em casa, em função de comportamentos de esquiva dos estímulos temidos^[1].

Estudos populacionais mostram que a qualidade de vida no TOC é menor em todos os domínios, quando comparada aos resultados obtidos na população geral^[1, 2, 6, 13-16]. Apontam também maior interferência dos sintomas emocionais em suas atividades diárias e sociais, pior qualidade de vida relacionada à saúde mental, além de altas prevalências de ideação e tentativas de suicídio ao longo da vida^[1]. Entretanto, em um

estudo com pacientes ambulatoriais^[17] não foram encontradas diferenças relacionadas à taxa de casamento, abuso de álcool e tentativas de suicídio, índices indiretos de qualidade de vida, mas pior desempenho de papéis sociais e funcionamento social, mais desemprego e maior proporção de solteiros.

A avaliação e o acompanhamento dos índices de qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais permite a identificação de suas prioridades, sendo possível a implementação de ações efetivas para melhorar a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde^[18, 19]. A atenção primária é a porta de entrada da atenção à saúde no Brasil, sendo definida como estratégia de organização do sistema para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva^[20].

Desta maneira, o objetivo deste estudo será avaliar a qualidade de vida em portadores de TOC usuários da atenção primária à saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Comparar a qualidade de vida em usuários da atenção primária à saúde com TOC e sem TOC.

3.2 Específicos

Verificar a relação entre qualidade de vida e sexo.

Verificar a relação entre qualidade de vida e idade.

Verificar a relação entre qualidade de vida e estado civil.

Verificar a relação entre qualidade de vida e classificação socioeconômica.

Verificar a relação qualidade de vida e uso de álcool e tabaco.

4. HIPÓTESES

4.1 Hipótese geral

A qualidade de vida em pessoas portadoras de TOC quando comparada à pessoas sem TOC.

4.2 Hipóteses específicas

Os homens apresentarão maior qualidade de vida do que as mulheres.

Os idosos apresentarão menor qualidade de vida do que os adultos e adolescentes.

As pessoas que vivem com companheiro(a) apresentarão maior qualidade de vida do que aquelas que não vivem com companheiro(a).

Os sujeitos pertencentes às classes econômicas D e E apresentarão menor qualidade de vida do que os pertencentes às classes A, B e C.

Os usuários de álcool e tabaco apresentarão menor qualidade de vida do que os não usuários.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Estratégia de Busca

Pubmed

#1 obsessive compulsive disorder: 16065 resultados

Humans: 13475 resultados

#2 quality of life: 258928 resultados

Humans: 215643 resultados

#3 primary health care: 194233 resultados

Humans: 161569 resultados

#4 obsessive compulsive disorder AND quality of life: 349 resultados

#5 obsessive compulsive disorder AND primary health care: 146 resultados

#6 quality of life AND primary health care: 11584 resultados

#7 obsessive compulsive disorder AND quality of life AND primary health care:

13 resultados

Lilacs

#1 obsessive compulsive disorder: 440 resultados

Humans: 329 resultados

#2 quality of life: 11307 resultados

Humans: 6928 resultados

#3 primary health care: 9879 resultados

Humans: 5095 resultados

#4 obsessive compulsive disorder AND quality of life: 8 resultados

#5 obsessive compulsive disorder AND primary health care: 4 resultados

#6 quality of life AND primary health care: 206 resultados

#7 obsessive compulsive disorder AND quality of life AND primary health care:
0 resultados

PsycInfo

#1 obsessive compulsive disorder: 16857 resultados

Humans: 16244 resultados

#2 quality of life: 71037 resultados

Humans: 68747 resultados

#3 primary health care: 48626 resultados

Humans: 47614 resultados

#4 obsessive compulsive disorder AND quality of life: 474 resultados

#5 obsessive compulsive disorder AND primary health care: 167 resultados

#6 quality of life AND primary health care: 3826 resultados

#7 obsessive compulsive disorder AND quality of life AND primary health care:
17 resultados

5.2 Corpo do texto

Foi realizada uma pesquisa com os seguintes descritores: *obsessive compulsive disorder*, *quality of life* e *primary health care*. A partir dos resultados, foram selecionados os trabalhos realizados há, no máximo, 10 anos e que mais se aproximavam do objetivo do presente estudo, resultando em 6 estudos.

Em 2005, nos Estados Unidos, Rapaport et al (2005)^[14] realizaram um estudo transversal em pacientes de 11 triagens multicêntricas de tratamento e 67 indivíduos não-psiquiátricos. Seu objetivo era comparar o impacto de diversos transtornos psiquiátricos na qualidade de vida do sujeito. Dentre esses transtornos encontram-se, episódio depressivo maior, distímia, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, transtorno disfórico pré-menstrual e transtorno de *stress* pós-traumático. Como resultado, todos os grupos diagnósticos apresentaram médias inferiores de qualidade de vida quando comparados à média normativa da comunidade. Além disso, 26% dos indivíduos com TOC apresentaram grave prejuízo na qualidade de vida. No mesmo ano, Moritz et al (2005)^[10] realizaram um estudo de intervenção na Alemanha, com o objetivo de explorar preditores de piora de qualidade de vida e quais aspectos seriam mais afetados em pacientes com TOC, bem como as mudanças de

qualidade de vida pós-tratamento e sua associação com sintomas do transtorno. Nesta pesquisa, participaram 79 pacientes com diagnóstico primário de TOC e 32 pacientes saudáveis. As médias de qualidade de vida dos pacientes com TOC mostraram-se menores em todos os domínios antes e depois do tratamento psicológico, ao serem comparadas com as médias do grupo sadio.

No ano seguinte, o estudo transversal de Rodriguez-Salgado et al (2006)^[15] avaliou a percepção de qualidade de vida em pacientes ambulatoriais espanhóis com TOC em relação à severidade do transtorno, escalas de obsessões e compulsões, dados sociodemográficos, comorbidades e idade de início do transtorno. Os principais achados deste estudo mostraram que o TOC teve uma associação negativa com a qualidade de vida subjetiva e a escala de obsessões teve correlação com todas as subescalas do instrumento mensurador de qualidade de vida (SF-36), enquanto que a escala de compulsões apenas teve correlação com as dimensões aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e vitalidade. Ainda em 2006, na Alemanha, Stengler-Wenzke et al (2006)^[21] recrutou 71 pacientes com TOC, 243 pacientes com esquizofrenia e 315 moradores do estado da Saxônia para a realização de um estudo transversal que tinha por objetivo avaliar a qualidade de vida no TOC e compará-la com a população em geral e com a esquizofrenia. Como resultado, encontrou que a qualidade de vida nos indivíduos com TOC foi menor em todos os domínios quanto comparada à população em geral. Porém, quando comparada aos pacientes com esquizofrenia, os pacientes com TOC apresentaram médias menores apenas nos domínios relações sociais, aspecto psicológico e qualidade de vida global.

Eisen et al (2006)^[6], nos Estados Unidos, em 2006, realizaram um estudo transversal com 197 indivíduos com TOC para avaliar o funcionamento psicossocial da qualidade de vida no TOC, particularmente no que diz respeito à sua relação com a

severidade dos sintomas. Para comparar as médias de qualidade de vida com a população em geral, os pesquisadores utilizaram dados normativos da comunidade. Encontraram que a qualidade de vida nos pacientes com TOC foi menor em todos os domínios e que a severidade dos sintomas obsessivos e depressivos, bem como o estado civil, se mostraram preditores significativos de qualidade de vida.

Por fim, o estudo transversal de HOU et al (2010)^[22] comparou o nível de qualidade de vida entre indivíduos chineses com e sem TOC e examinou as associações entre qualidade de vida e dados sociodemográficos, curso do transtorno, psicopatologia, suporte social e características de tratamento. Participaram da pesquisa 57 sujeitos com TOC e 106 sujeitos sem TOC. Como resultados, encontraram que a qualidade de vida nos aspectos geral, físico, psicológico e relações sociais foram menores nos sujeitos com TOC quando comparados aos sujeitos sem TOC, porém não apresentando diferenças significativas no domínio ambiente.

Com isso, pode-se perceber a escassez de estudos voltados para a avaliação da qualidade de vida no TOC, principalmente em relação aos usuários da atenção primária em saúde. Também não encontramos estudos sobre o tema realizados nos últimos 5 anos. Além disso, muitos estudos utilizaram amostragens pequenas, o que impossibilita a generalização dos resultados.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Estudo de delineamento transversal.

6.2 Amostra

A amostra será composta por todos os sujeitos que buscarem atendimento nas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) Pelotas no período de 1º de março a 30 de julho de 2009.

6.2.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos todos os sujeitos maiores de 14 anos moradores na área de abrangência de cada UBS que aceitarem participar do estudo.

6.2.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo os menores de 14 anos e aqueles que não residirem na área de abrangência das UBS selecionadas.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

6.3.1 World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Bref)

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL – Bref)*^[4, 23], instrumento composto por 26 questões relacionadas à qualidade de vida nas duas últimas semanas e agrupadas em quatro domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. A avaliação foi verificada através de médias dos escores de cada domínio, variando de 0 a 100. Quanto mais altas as médias, melhor percepção de sua qualidade de vida tem o indivíduo.

6.3.2 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

A M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)^[24, 25] é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada padronizada de acordo com os critérios do DSM-IV e CID-10, gerando diagnósticos clínicos de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. É dividida em seções independentes, sendo que cada seção corresponde a um transtorno. A cotação das questões é dicotômica (sim/não) e, para a maioria das seções diagnósticas, uma ou duas questões iniciais exploram critérios obrigatórios, permitindo excluir o diagnóstico da seção correspondente em caso de respostas negativas.

6.3.3 Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

A detecção do uso diário de álcool e tabaco foi realizada através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*^[26, 27], questionário estruturado composto por oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas nos últimos três meses: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. Por sua maior ocorrência, optou-se incluir apenas o uso de tabaco e álcool nas análises.

6.3.4 Características sociodemográficas e laborais

Juntamente com os instrumentos acima citados, aplicar-se-á um questionário contendo variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico, e variáveis laborais, como carga horária total de trabalho, tempo de exercício na atual instituição, número de alunos que contata diariamente. O nível socioeconômico das famílias será classificado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)^[28], a qual se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, em cinco níveis (A, B, C, D e E). No presente estudo, os níveis serão aglutinados em três (A e B; C; D e E).

Análise dos resultados											X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Elaboração do artigo														X	X	X	X	X	X			
Divulgação dos resultados																						X

*O mês 1 refere-se a maio de 2014.

6.9 Orçamento

Tabela 3 - Orçamento do estudo.

Material de Consumo	Quantidade	Valor	Valor Total
		Individual (R\$)	(R\$)
Papel A4	800	3,50	28,00
Caneta, lápis e borracha	6	0,50	3,00
CDs	3	1,00	3,00
Cartucho para impressora	4	20,00	80,00
Encadernação	10	3,00	30,00
		Total (R\$)	144,00

* O estudo será financiado pelo CNPq.

6.10 Aspectos éticos

O presente projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas. Este estudo não apresenta nenhum tipo de risco à saúde do participante.

Todos os participantes assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido e, para aqueles que forem menores de 18 anos, será solicitada a assinatura de seu responsável.

7. REFERÊNCIAS

1. TORRESAN, R.C., et al., *Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão*. Rev. Psiqu. Clin., 2008. **35**(1): p. 13-19.
2. MACY, A.S., et al., *Quality of life in obsessive compulsive disorder*. CNS Spectr, 2013. **18**(1): p. 21-33.
3. ALMEIDA, M., G. GUTIERREZ, and R. MARQUES, *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. 2012: São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.
4. WHO, W.H.O., *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Social science and medicine., 1995. **41**(10): p. 403-409.
5. WHO, W.H.O., *Regional Office for the Eastern Mediterranean. The newly defined burden of mental problems*. East Mediterr Health J, 1999. **5**(2): p. 394-401.
6. EISEN, J.L., et al., *Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life*. Compr Psychiatry, 2006. **47**: p. 270-275.
7. HOLLANDER, E., et al., *Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues*. J Clin Psychiatry, 1996. **57**(supl 8): p. 3-6.
8. HOLLANDER, E., et al., *Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder*. CNS Spectr, 1997. **2**: p. 16.
9. LOCHNER, C., et al., *Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder*. Psychopathol, 2003. **36**: p. 255-262.
10. MORITZ, S., et al., *Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment*. Compr Psychiatry, 2005. **46**(6): p. 453-9.
11. STEIN, D.J., et al., *Quality of life in obsessive-compulsive disorder*. CNS Spectr, 2000. **5**(6 [supl 4]): p. 37-39.
12. STEKETEE, G., J.B. GRAYSON, and E.B. Foa, *A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders*. J Anxiety Disord, 1987. **1**: p. 325-335.
13. BOBES, J., et al., *Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder*. Eur Psychiatry, 2001. **16**(4): p. 239-45.
14. RAPAPORT, M.H., et al., *Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders*. Am J Psychiatry, 2005. **162**(6): p. 1171-8.
15. RODRIGUEZ-SALGADO, B., et al., *Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors*. BMC Psychiatry, 2006. **6**: p. 20.
16. STENGLER-WENZKE, K., et al., *Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder*. J Adv Nurs, 2004. **48**(1): p. 35-42.
17. KORAN, L.M., M.L. THIENEMANN, and R. DAVENPORT, *Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry, 1996. **153**(6): p. 783-8.
18. KLUTHCOVSKY, A. and F. KLUTHCOVSKY, *O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática*. Rev Psiqu Rio Grande do Sul, 2009. **31**(3): p. 1-12.
19. SKEVINGTON, S., M. LOTFY, and K. O'CONNEL, *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field Trial a Report from the WHOQOL Group*. Quality of Life Research 2004. **13**: p. 299-310.

20. FACCHINI, L., *Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas*. Cad. Saúde Pública, 2008. **24**(Sup 1): p. 159-172.
21. STENGLER-WENZKE, K., et al., *Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2006. **41**: p. 662-668.
22. HOU, S.-Y., et al., *Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder*. Kaohsiung J Med Sci, 2010. **26**(8): p. 397-409.
23. FLECK, M., et al., *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"*. Rev Saúde Pública, 2000. **34**(2): p. 178-183.
24. AMORIM, P., *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*. Rev Bras Psiquiatr, 2000. **22**(3): p. 106-115.
25. SHEEHAN, D., et al., *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J Clin Psychiatry, 1998. **59**(suppl 20): p. 22-33.
26. HUMENIUK, R., et al., *Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST)*. Addiction, 2008. **103**(6): p. 1039-1047.
27. HENRIQUE, I., et al., *Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST)*. Rev Assoc Med Bras, 2004. **50**(2): p. 199-206.
28. Pesquisa, A.B.d.E.d., *Critério de classificação econômica Brasil*. 2009: www.abep.org.
29. ROBERTS, J., et al., *Quality of life impact of mental health conditions in England: results from the adult psychiatric morbidity surveys*. Health and Quality of Life Outcomes, 2014. **12**(6).

8. PARTE 2 – ARTIGO

Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica

Quality of life in Obsessive Compulsive Disorder: a study with Primary Care users

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida (QV) pode ser afetada pela presença de transtornos mentais, como o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Assim, a avaliação e o acompanhamento dos índices de QV em pacientes com transtornos mentais permite a identificação de suas prioridades, sendo possível a implementação de ações para melhora desses índices nos usuários do sistema de saúde. **Objetivo:** Avaliar a QV em portadores de TOC usuários da atenção primária à saúde. **Métodos:** Estudo transversal com amostragem por conveniência, incluindo todos os usuários de três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS. Para avaliar a QV foi utilizada a WHOQOL–Bref, e o TOC foi avaliado através da M.I.N.I. **Resultados:** Foram avaliados 1081 indivíduos. A prevalência de TOC foi de 3,9%. Portadores de TOC apresentaram médias inferiores em todos os domínios da QV quando comparados aos indivíduos sem TOC ($p < 0,001$). **Conclusões:** Os achados deste estudo enfatizam a importância de utilizar a QV como instrumento de monitoramento da melhora do transtorno no âmbito da atenção básica à saúde.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, qualidade de vida, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life (QOL) can be affected by the presence of mental disorders, like the Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Considering that, the evaluation and monitoring of QOL in patients with mental disorders allows the identification of priorities, allowing implementing actions to improve QOL on health system users. **Objective:** To measure QOL in OCD patients from primary health care. **Methods:** Cross-sectional study with convenience sample, including all users three Basic Health Units of Pelotas, Brazil. The quality of life was measurement with the WHOQOL-Bref and OCD through the M.I.N.I. **Results:** 1081 individuals were included in this study. The prevalence of OCD was 3.9%. OCD patients had mean lower in all domains of QOL when compared to individuals without OCD ($p < 0.001$). **Conclusions:** The findings of this study emphasize the importance of using QOL as a monitoring tool of the disorder in basic health care.

Keywords: obsessive compulsive disorder, quality of life, primary health care.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹⁾, podendo ser afetada por diversos fatores, entre eles, a presença de transtornos mentais^(2, 3).

De todos os transtornos mentais, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) foi considerado pela OMS como a 10ª causa de incapacidade no mundo⁽⁴⁻⁶⁾. O TOC é um transtorno caracterizado por ideias obsessivas e/ou por comportamentos compulsivos recorrentes e tem sido reconhecido por seu curso crônico e incapacitante⁽⁴⁾. Tais ideias e comportamentos perturbam muito e consomem tempo da vida do sujeito, interferindo ocupacional e socialmente.

Diversos autores^(5, 7-13) citam como consequências comuns do TOC a diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo e a interferência negativa na vida estudantil, profissional, familiar, afetiva e social. Em casos mais graves pode haver uma completa dificuldade ou incapacidade para atividades rotineiras e alguns portadores podem ficar totalmente presos em casa, em função de comportamentos de esquiva dos estímulos temidos⁽⁵⁾.

Estudos populacionais mostram que a qualidade de vida no TOC é menor quando comparada à população geral^(7, 14, 15). Os sintomas do transtorno influenciam negativamente nas atividades diárias e sociais, causando pior qualidade de vida relacionada à saúde mental e acarretando altas prevalências de ideação e tentativas de suicídio ao longo da vida⁽⁵⁾. Entretanto, em um estudo com pacientes ambulatoriais⁽¹⁶⁾ não foram encontradas diferenças na qualidade de vida relacionadas à casamento, abuso de álcool e tentativas de suicídio, índices indiretos de qualidade de vida. Por outro lado, encontrou-se pior desempenho de papéis sociais e funcionamento social, mais desemprego e maior proporção de solteiros.

A avaliação e o acompanhamento dos índices de qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais permite a identificação de suas prioridades, sendo possível a implementação de ações efetivas para melhorar a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde^(17, 18). A atenção primária é a porta de entrada da atenção à saúde no Brasil, sendo definida como estratégia de organização do sistema para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva⁽¹⁹⁾. Entretanto, estudos com sujeitos atendidos na atenção primária são escassos e aqueles relacionados especificamente ao TOC são inexistentes.

Desta maneira, o objetivo deste estudo foi comparar a qualidade de vida em usuários da atenção primária à saúde com TOC e sem TOC.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de intervenção conduzido nas três unidades de básicas de saúde (UBS) vinculadas à Universidade Católica de Pelotas no município de Pelotas (zona sul do estado do Rio Grande do Sul). Na primeira fase, o trabalho consistiu na avaliação dos modelos de diagnóstico e tratamento de transtornos mentais realizados por médicos e estudantes de medicina nas UBS referidas.

Na segunda fase, foi realizado treinamento de modelo de entrevista breve para avaliar os transtornos psiquiátricos nos pacientes atendidos e formas de intervenção e encaminhamento. Em paralelo, foram obtidas as prevalências de transtornos mentais e comorbidades nos usuários dos serviços. No período do estudo, os médicos e estudantes além de preencherem a ficha de atendimento, responderam a um instrumento sobre informações relacionadas às doenças físicas e presença de transtorno mental e a forma de tratamento escolhida. A equipe de pesquisa colheu estes dados enquanto psicólogos e psiquiatras treinados no uso do instrumento visitaram as residências para aplicação dos mesmos. Nesta mesma visita, o paciente respondeu questões referentes a dados sociodemográficos e uso de recursos de saúde. Seis meses após o treinamento, a equipe de pesquisa realizou novamente os procedimentos da primeira etapa, avaliando igualmente o diagnóstico e as formas de tratamento.

A amostra foi selecionada por conveniência, incluindo todos os usuários das três UBS que buscaram algum tipo de atendimento no período de 1º de março a 30 de julho de 2009. Foram considerados elegíveis os indivíduos maiores de 14 anos moradores da área de abrangência de cada UBS. Os dados de identificação foram obtidos do prontuário do usuário no dia do atendimento. Posteriormente, com base no endereço registrado no prontuário, entrevistadores capacitados realizaram visitas domiciliares para aplicação dos instrumentos.

Para o presente estudo, foi utilizada o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL – Bref)^(1, 20), instrumento composto por 26 questões relacionadas à qualidade de vida nas duas últimas semanas e agrupadas em quatro domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. A avaliação foi verificada através de médias dos escores de cada domínio, variando de 0 a 100. Quanto mais altas as médias, melhor percepção de sua qualidade de vida tem o indivíduo.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo foi avaliado através da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.)^(21, 22), uma entrevista diagnóstica semi-estruturada e padronizada de acordo com os critérios da quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), gerando diagnósticos clínicos dos principais transtornos mentais. É dividida em módulos independentes, sendo que cada módulo corresponde a um transtorno. As questões sobre o TOC referem-se aos sintomas presentes no último mês.

A detecção do uso diário de álcool e tabaco foi realizada através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)^(23, 24), questionário estruturado composto por oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas nos últimos três meses: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. Por sua maior ocorrência, optou-se incluir apenas o uso de tabaco e álcool nas análises.

Além dos instrumentos citados, também foi utilizado um questionário com informações sobre características sociodemográficas e comportamentais, como: sexo, idade (em tercís), escolaridade e classe socioeconômica. Esta última foi classificada de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁽²⁵⁾, a qual se baseia no acúmulo de

bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando-o em cinco níveis (A, B, C, D e E), sendo o nível A, a classe mais alta, e o nível E, a mais baixa.

Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS 13.0. Para comparar as médias de qualidade de vida e variáveis independentes foram utilizados o teste t de *student*, a ANOVA e Bonferroni. Para as análises dos principais fatores associados à qualidade de vida, foi utilizado um modelo hierárquico no qual foram incluídas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ nas análises univariadas antes mencionadas⁽²⁶⁾. No primeiro nível foram incluídas as variáveis sociodemográficas e econômicas; o segundo nível foi composto por variáveis comportamentais; e o terceiro nível, pelo Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Para a análise multivariável deste modelo, foi realizada regressão linear múltipla, calculando o β e intervalo de confiança de 95% (IC95%) de cada uma das variáveis de exposição analisadas. Adicionalmente, foi calculado o R² de cada nível para comparar quanto cada um deles contribuiu para explicar a variabilidade do desfecho.

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que para os menores de 18 anos foi solicitada, no termo de consentimento, a assinatura do responsável. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel sob número 2009/19.

RESULTADOS

Foram identificados 1518 pacientes, entretanto, entre a data de identificação até a entrevista nas residências, houveram 437 (28,8%) perdas, sendo incluídos na amostra 1081 indivíduos. A maior parte dos sujeitos era do sexo feminino (71,3%), com idades entre 38 e 57 anos (34,1%), pertencente à classe econômica C (60,7%) e vivia com companheiro(a) (54,0%). O uso diário de tabaco foi referido por 26,4% dos indivíduos, e o uso de álcool, por 17,3%. A prevalência de TOC foi de 3,9% (n=42). (Tabela 1)

Na análise bruta, os homens demonstraram melhor qualidade de vida nos domínios físico ($p=0,005$), psicológico ($p=0,001$) e relações sociais ($p=0,013$) comparados às mulheres. A idade foi associada com todos os domínios da qualidade de vida, sendo que pessoas com idades de entre 38 e 57 anos apresentaram médias inferiores nos domínios psicológico ($p<0,001$), relações sociais ($p<0,001$) e ambiente ($p<0,001$). Já indivíduos com 58 anos ou mais evidenciaram médias inferiores no domínio físico ($p<0,001$). Com relação à classe econômica, os indivíduos das classes D e E mostraram menores médias em todos os domínios do WHOQOL-Bref ($p<0,001$). Também foram evidenciadas médias inferiores nos domínios psicológico ($p=0,011$), relações sociais ($p<0,001$) e ambiente ($p<0,001$) entre os indivíduos que não viviam com companheiro(a). Fumar diariamente foi relacionado à menor qualidade de vida em todos os domínios ($p\leq 0,001$), exceto domínio físico. O uso diário de álcool esteve associado a maiores médias nos domínios físico ($p<0,001$) e psicológico ($p=0,002$). Portadores de TOC apresentaram médias inferiores em todos os domínios da qualidade de vida quando comparados aos indivíduos sem TOC ($p<0,001$). (Tabela 2)

Na análise ajustada, as variáveis sexo e idade permaneceram associadas aos domínios aspecto físico ($p=0,004$; $p<0,001$, respectivamente), aspecto psicológico ($p=0,001$; $0,036$ respectivamente) e sexo à relações sociais ($p=0,035$). A variável classificação econômica se manteve associada a todos os domínios do WHOQOL-Bref ($p<0,001$); viver com

companheiro(a) ao domínio relações sociais ($p=0,001$); tabaco aos domínios aspecto psicológico ($p<0,010$), relações sociais ($p=0,016$) e ambiente ($p=0,001$). Uso diário de álcool se manteve associado ao aspecto físico ($p=0,003$), e TOC permaneceu associado a todos os domínios do WHOQOL-Bref ($p<0,001$). Homens tiveram 3,9 ($\beta=3,9$ IC 95% 1,3; 6,5) pontos a mais na média do domínio aspecto físico quando comparados às mulheres; 3,7 ($\beta=3,7$ IC 95% 1,4; 5,9) pontos a mais no domínio aspecto psicológico e 2,5 ($\beta=2,5$ IC 95% 0,2; 4,8) pontos a mais no domínio relações sociais. A média diminuiu 7,5 ($\beta=-7,5$ IC 95% -8,9; -6,0) pontos no domínio aspecto físico, 1,3 ($\beta=-1,3$ IC 95% -2,6; -0,9) e pontos no domínio aspecto psicológico à medida que a idade aumentava. Com relação à classificação socioeconômica, enquanto esta diminuía, de A para E, as médias reduziram 5,5 ($\beta=-5,5$ IC 95% -7,5; -3,8) pontos no domínio aspecto físico, 5,3 ($\beta=-5,3$ IC 95% -7,1; -3,5) pontos no domínio aspecto psicológico, 4,6 ($\beta=-4,6$ IC 95% -6,4; -2,8) no domínio relações sociais e 5,6 ($\beta=-5,6$ IC 95% -7,0; -4,2) pontos no domínio ambiente. Indivíduos que viviam com companheiro(a) tiveram 3,5 ($\beta=3,5$ IC 95% 1,4; 5,7) pontos a mais no domínio relações sociais do que aqueles que viviam com companheiro(a). Indivíduos que usavam tabaco diariamente tiveram 4,5 ($\beta=-4,5$ IC 95% -6,8; -2,1) pontos a menos na média do domínio psicológico, 2,9 ($\beta=-2,9$ IC 95% -5,3; -0,5) pontos a menos na média do domínio relações sociais e 3,2 ($\beta=-3,2$ IC 95% -5,1; -1,3) pontos a menos no domínio ambiente. O uso de álcool somente permaneceu significativo no aspecto físico, com um aumento de 4,9 ($\beta=4,9$ IC 95% 1,7; 8,2) pontos na média. Portadores de TOC tiveram redução de 23,8 ($\beta=-23,8$ IC 95% -29,7; -17,9) pontos na média do domínio físico quando comparados àqueles sem TOC, redução de 27,3 ($\beta=-27,3$ IC 95% -32,4; -22,2) pontos na média do domínio psicológico, 12,6 ($\beta=-12,6$ IC 95% -17,9; -7,3) pontos no domínio relações sociais e 14,9 ($\beta=-14,9$ IC 95% -19,1; -10,6) pontos no domínio ambiente (Tabela 3).

A tabela 3 também mostra que o nível 3 explica 19%, 16%, 7% e 11% da variabilidade dos aspectos físico, psicológico, relações sociais e ambiente, respectivamente. Para todos os desfechos, o nível 3 explicou uma proporção maior da variabilidade quando comparado com os outros níveis, especialmente no aspecto psicológico que passou de 7% para 16%.

DISCUSSÃO

Este estudo verificou que indivíduos com TOC apresentaram médias inferiores em todos os domínios da qualidade de vida, corroborando com os dados da OMS que mencionam este transtorno como um dos mais incapacitantes. Diversos estudos também mostram menores médias de qualidade de vida no TOC quando comparados à população em geral^(2, 7, 14, 15, 27, 28). Os impactos negativos deste transtorno trazem diversos prejuízos na vida dos sujeitos, afetando diversas áreas⁽¹⁴⁾, como, por exemplo, a capacidade de trabalhar e desempenhar atividades diárias, de se relacionar com outras pessoas e desfrutar das atividades de lazer⁽⁷⁾. A partir disso, os indivíduos relatam tais prejuízos, demonstrando a piora em sua qualidade de vida.

Comparando as médias de todos os domínios da qualidade de vida, o aspecto psicológico foi o mais afetado entre os portadores de TOC. Isso pode ser ocasionado devido aos sentimentos negativos e à sensação de “perda de controle” que as obsessões e compulsões bizarras e incompreensíveis causam⁽²⁸⁾. Cabe ressaltar que o TOC não só se mostrou associado aos domínios da qualidade de vida, como também explicou a maior variabilidade, principalmente no aspecto psicológico, reafirmando a importância da influência do transtorno na qualidade de vida dos indivíduos.

Seguinte a esse, o domínio aspecto físico apresentou médias inferiores de qualidade de vida. Moritz *et al* (2005), relata em seu estudo que as compulsões de limpeza podem ocasionar problemas dermatológicos e outras compulsões podem promover exaustão física⁽¹¹⁾. Entretanto, controverso ao nosso resultado, encontra-se na literatura que o domínio físico é, tipicamente, o menos afetado em indivíduos com TOC^(27, 28). Isso pode ter ocorrido porque nossa amostra contém uma importante prevalência de idosos e, como citamos anteriormente, pessoas com mais de 57 anos apresentaram médias inferiores no aspecto físico.

Stengler-Wenzke *et al* (2006) apontaram em seu estudo que o segundo domínio mais prejudicado é o de relações sociais⁽²⁸⁾, enquanto Srivastava *et al* (2011) encontraram que este seria o domínio mais afetado⁽²⁹⁾, os quais diferem de nossos resultados. Tal diferença pode ser explicada pelas diferenças culturais e comportamentais entre as amostras, pois ambas pesquisas foram realizadas em países diferentes do Brasil. Além disso, isso pode ter ocorrido devido ao fato de amigos e familiares dos portadores de TOC, com frequência, se acomodarem aos sintomas, auxiliando-os a perpetuar pensamentos e comportamentos derivados do transtorno. Dessa maneira, pode não haver interferências negativas em seu relacionamento.

Não existem muitos estudos que descrevam a relação entre os domínios do WHOQOL-Bref em indivíduos com TOC e as variáveis sociodemográficas. O estudo de Stengler-Wenzke *et al* (2006) corrobora com um de nossos resultados, afirmando que quanto mais velhas as pessoas, pior sua qualidade de vida relacionada a todos os domínios, exceto ambiente⁽²⁸⁾. Além disso, algumas pesquisas evidenciam que portadores de TOC geralmente apresentam maior taxa de desemprego, menor nível socioeconômico, menor índice de casamento ou união conjugal estável e vivem mais sozinhos⁽³⁰⁻³²⁾, afirmando que essas variáveis estão fortemente associadas à qualidade de vida^(7, 33).

Cabe destacar que, por ser um estudo com amostragem por conveniência, não se pode afirmar que há representatividade na população em geral. Também, deve-se pensar como limitação a possibilidade de causalidade reversa, pois não se sabe se o TOC leva a uma pior qualidade de vida ou se esta leva ao TOC. Entretanto, este trabalho serve como subsídio para novos estudos da área.

A partir dos achados do presente estudo, supõe-se que a qualidade de vida é influenciada negativamente pelo transtorno mental, sendo que a atenção primária recebe altas prevalências de transtornos mentais. Em uma amostra de pacientes da atenção básica de uma

cidade na Carolina do Norte, foram encontrados quase 40% de sintomas de ansiedade e 30% de sintomas depressivos⁽³³⁾. Um estudo realizado em uma cidade do Rio Grande do Sul encontrou uma prevalência de 51,1% de transtornos mentais em indivíduos que buscaram atendimento na atenção primária⁽³⁴⁾.

No ano de 2000, a OMS propôs que os atendimentos em saúde mental fossem direcionados para os centros de atendimento primário, com o objetivo de abranger uma maior parte da população⁽³⁴⁻³⁶⁾. Com isso, enfatiza-se a importância de utilizar a qualidade de vida como instrumento de monitoramento da melhora do transtorno no âmbito da atenção básica à saúde. Os tratamentos existentes possuem efeitos positivos, não só na melhora ou diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos, como também na qualidade de vida do paciente, minimizando seu sofrimento e o impacto da doença.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZATION. WH. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. 1995;41(10):403-9.
2. RAPAPORT MH, CLARY C, FAYYAD R, ENDICOTT J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1171-8.
3. ROBERTS J, LENTON P, KEETHARUTH A, BRAZIER J. Quality of life impact of mental health conditions in England: results from the adult psychiatric morbidity surveys. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12(6).
4. MACY AS, THEO JN, KAUFMANN SC, GHAZZAOUI RB, PAWLOWSKI PA, FAKHRY HI, et al. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2013;18(1):21-33.
5. TORRESAN RC, SMAIRA SI, RAMOS-CERQUEIRA ATA, TORRES AR. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Rev Psiq Clin*. 2008;35(1):13-9.
6. ORGANIZATION. WH. Regional Office for the Eastern Mediterranean. The newly defined burden of mental problems. . *East Mediterr Health J*. 1999;5(2):394-401.
7. EISEN JL, MANCEBO MA, PINTO A, COLES ME, PAGANO ME, STOUT R. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*. 2006;47:270-5.
8. HOLLANDER E, KNOW JH, STEIN DJ, BROATCH J, ROWLAND T, HIMELEIN CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(supl 8):3-6.
9. HOLLANDER E, STEIN DJ, KNOW JH, ROWLAND T, WONG CM, BROATCH J. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 1997;2:16.
10. LOCHNER C, MOGOTSI M, DU TOIT PL, KAMINER D, NIEHAUS DJ, STEIN DJ. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathol*. 2003;36:255-62.
11. MORITZ S, RUFER M, FRICKE S, KAROW A, MORFELD M, JELINEK L, et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Compr Psychiatry*. 2005;46(6):453-9.
12. STEIN DJ, ALLEN A, BOBES J, EISEN JL, FIGUERA ML, KORAN LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2000;5(6 [supl 4]):37-9.

13. STEKETEE G, GRAYSON JB, FOA EB. A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 1987;1:325-35.
14. BOBES J, GONZÁLES MP, BASCARAN MT, ARANGO C, SAIZ PA, BOUSONO M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 2001;16(4):239-45.
15. RODRIGUEZ-SALGADO B, DOLENGEVICH-SEGAL H, ARROJO-ROMERO M, CASTELLI-CANDIA P, NAVIO-ACOSTA M, PEREZ-RODRIGUEZ MM, et al. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry.* 2006;6:20.
16. KORAN LM, THIENEMANN ML, DAVENPORT R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1996;153(6):783-8.
17. KLUTHCOVSKY A, KLUTHCOVSKY F. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiq Rio Grande do Sul.* 2009;31(3):1-12.
18. SKEVINGTON S, LOTFY M, O'CONNEL K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field Trial a Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 2004;13:299-310.
19. FACCHINI L. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Sup 1):159-72.
20. FLECK M, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVIC 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.
21. AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
22. SHEEHAN D, LECRUBIER Y, SHEEHAN K, AMORIM P, JANAVS J, WEILLER E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(suppl 20):22-33.
23. HUMENIUK R, ALI R, BABOR T, FARRELL M, FORMIGONI M, JITTIWUTIKARN J, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction.* 2008;103(6):1039-47.

24. HENRIQUE I, MICHELI D, LACERDA R, LACERDA L, FORMIGONI M. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):199-206.
25. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa A, editor. Critério de classificação econômica Brasil. www.abep.org2009.
26. VICTORA CG, R; HS, FUCHS SC, OLINTO MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
27. HERTENSTEIN E, THIEL N, HERBST N, FREYER T, NISSEN C, KÜLZ A, et al. Quality of life changes following inpatient and outpatient treatment in obsessive-compulsive disorder: a study with 12 months follow-up. *Annals of General Psychiatry*. 2013;12(4).
28. STENGLER-WENZKE K, KROLL M, MATSCHINGER H, ANGERMEYER M. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:662-8.
29. SRIVASTAVA S, BHATIA MS, THAWANI R, JHANJEE A. Quality of life in patients with obsessive compulsive disorder: A longitudinal study from India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2011;4:178-82.
30. KARNO M, GOLDING JM, SORENSON SB, BURNAM MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
31. LEON AC, PORTERA L, WEISSMAN MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry Suppl*. 1995(27):19-22.
32. TORRES AR, PRINCE MJ, BEBBINGTON PE, BHUGRA D, BRUGHA TS, FARRELL M, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1978-85.
33. BRENES GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *J Clin Psychiatry*. 2007;9(6):437-43.
34. GONÇALVES DM, KAPCZINSKI F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):2043-53.
35. ORGANIZATION. WH. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(4):413-26.
36. KOHN R, SAXENA S, LEVAV I, SARACENO B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11):858-71.

Tabela 1: Características da amostra de pacientes de três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	310	28,7
Feminino	771	71,3
Idade		
14-37	355	32,8
38-57	369	34,1
58 ou mais	357	33,0
Classificação econômica*		
A e B	111	10,4
C	646	60,7
D e E	308	28,9
Viver com companheiro(a)*		
Não	503	46,0
Sim	577	54,0
Uso diário de tabaco*		
Não	796	73,6
Sim	285	26,4
Uso diário de álcool*		
Não	894	82,7
Sim	187	17,3
TOC		
Não	1039	96,1
Sim	42	3,9
Total	1081	100

*Variáveis com *missing*.

Tabela 2: Distribuição da amostra e médias do WHOQOL – Bref em pacientes atendidos em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas (RS).

Variável	AF Média (±dp)	p-valor	AP Média (±dp)	p-valor	RS Média (±dp)	p-valor	Ambiente Média (±dp)	p-valor
Sexo								
Masculino	67,3 (±21,6)	0,005	69,5 (±17,4)	0,001	72,9 (±17,2)	0,013	59,8 (±14,8)	0,099
Feminino	63,4 (±20,5)		65,5 (±17,3)		70,0 (±17,9)		58,2 (±13,9)	
Idade*								
14-37	74,4 (±16,8)	<0,001	70,1 (±16,7)	<0,001	73,9 (±19,2)	<0,001	61,6 (±14,2)	<0,001
38-57	61,1 (±21,6)		63,8 (±18,5)		68,2 (±18,2)		55,3 (±14,4)	
58 ou mais	58,0 (±20,0)		66,1 (±16,2)		70,4 (±15,1)		59,6 (±13,3)	
Classificação econômica*								
A e B	73,9 (±18,8)	<0,001	74,3 (±14,1)	<0,001	79,3 (±15,8)	<0,001	66,8 (±12,8)	<0,001
C	65,9 (±19,9)		67,6 (±17,2)		71,2 (±17,2)		59,3 (±13,9)	
D e E	58,4 (±21,8)		62,1 (±17,7)		67,1 (±18,5)		54,4 (±13,8)	
Viver com companheiro(a)								
Não	63,1 (±21,5)	0,058	65,2 (±18,1)	0,011	68,2 (±18,8)	<0,001	57,1 (±14,5)	0,001
Sim	65,6 (±20,2)		67,9 (±16,7)		73,0 (±16,5)		59,9 (±13,9)	
Uso diário de tabaco								
Não	64,9 (±20,6)	0,237	67,8 (±16,6)	0,001	71,9 (±17,7)	0,001	59,7 (±14,0)	<0,001
Sim	63,2 (±21,7)		63,5 (±19,1)		67,8 (±17,7)		55,7 (±14,5)	
Uso diário de álcool								
Não	63,0 (±21,0)	<0,001	65,9 (±17,4)	0,002	70,5 (±17,6)	0,226	58,2 (±14,2)	0,069
Sim	71,5 (±18,7)		70,2 (±16,7)		72,2 (±18,2)		60,4 (±14,1)	
TOC								
Não	65,4 (±20,5)	<0,001	67,7 (±16,5)	<0,001	71,3 (±17,4)	<0,001	59,3 (±13,9)	<0,001
Sim	41,8 (±17,4)		39,4 (±16,7)		58,1 (±21,5)		43,1 (±13,0)	
Total	64,5 (±20,9)		66,6 (±17,4)		70,8 (±17,7)		58,6 (±14,2)	

*Diferenças significativas pelo teste Bonferroni.

AF- Aspecto Físico; AP- Aspecto Psicológico; RS- Relações Sociais

Tabela 3 – Regressão linear entre as características da amostra e médias do WHOQOL-Bref.

Variável	R2 ajustado		AP β (IC 95%)		RS β (IC 95%)		Ambiente β (IC 95%)		R2 ajustado	
	0,13	0,05	p-valor	AP β (IC 95%)	RS β (IC 95%)	p-valor	Ambiente β (IC 95%)	p-valor	0,05	0,06
1º nível										
Sexo			0,004	3,7 (1,4; 5,9)	2,5 (0,2; 4,8)	0,001	1,3 (-0,5; 3,2)	0,035	0,035	0,151
Idade			<0,001	-1,3 (-2,6; -0,9)	-1,2 (-2,5; -0,7)	0,036	-0,6 (-1,1; 0,9)	0,064	0,064	0,902
Classificação Socioeconômica (D e E)			<0,001	-5,3 (-7,1; -3,5)	-4,6 (-6,4; -2,8)	<0,001	-5,6 (-7,0; -4,2)	<0,001	<0,001	<0,001
Viver com companheiro(a)			0,351	1,2 (-0,8; 3,3)	3,5 (1,4; 5,7)	0,246	1,4 (-0,3; 3,1)	0,001	0,001	0,107
2º nível	0,14	0,06							0,06	0,07
Uso diário de tabaco			---	-4,5 (-6,8; -2,1)	-2,9 (-5,3; -0,5)	<0,001	-3,2 (-5,1; -1,3)	0,016	0,016	0,001
Uso diário de álcool			0,003	3,3 (0,5; 6,1)	---	0,147	---	---	---	---
3º nível	0,19	0,16							0,07	0,11
TOC			<0,001	-27,3 (-32,4; -22,2)	-12,6 (-17,9; -7,3)	<0,001	-14,9 (-19,1; -10,6)	<0,001	<0,001	<0,001

AF- Aspecto Físico; AP- Aspecto Psicológico; RS- Relações Sociais

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou um estudo sobre a qualidade de vida em usuários da atenção primária diagnosticados com TOC. Dentre os achados, verificou-se que os usuários que possuíam TOC tinham médias menores de qualidade de vida em todos os domínios quando comparados àqueles que não possuíam TOC. Além disso, foi observado que as mulheres apresentaram menores médias de qualidade de vida nos aspectos físico, psicológico e relações sociais ao serem comparadas aos homens; os sujeitos que tinham entre 38 e 57 anos mostraram menores médias nos aspectos psicológico, relações sociais e ambiente, enquanto que aqueles maiores de 57 anos apresentaram pior qualidade de vida no aspecto físico; viver com companheiro se mostrou associado aos aspectos psicológico, relações sociais e ambiente, apresentando maiores médias de qualidade de vida; o uso diário de tabaco também se mostrou associado aos aspectos psicológico, relações sociais e ambiente, apresentando menores médias de qualidade de vida; e por fim, os indivíduos que faziam uso de álcool diariamente apresentaram melhor qualidade de vida nos aspectos físico e psicológico.

Sendo assim, é possível concluir que existe uma relação significativa entre a presença do TOC e uma pior qualidade de vida. Entretanto, visto que este estudo apresenta limitações na generalização dos resultados e dificuldades em analisar a causalidade reversa, supõe-se que novos estudos sejam realizados para dar seguimento aos resultados.

ANEXOS

ANEXO A – REVISÃO DE LITERATURA

Tabela 4 - Quadro de revisão de literatura

Autor, país e ano	População	Instrumentos	Metodologia	Principais resultados	Limitações
Rapaport et al (2005) ^[14] . Estados Unidos	Pacientes de 11 triagens multicêntricas de tratamento e 67 indivíduos não-psiquiátricos.	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Clinician-Administered PTSD Scale, Daily Rating of Severity of Problems Form, Liebowitz Social Anxiety Scale	Estudo transversal.	Todos os grupos diagnósticos tiveram médias menores de qualidade de vida quando comparados à média normativa da comunidade. Dos sujeitos com TOC, 26% apresentavam grave prejuízo na qualidade de vida.	Amostra de estudos clínicos.
Moritz et al (2005) ^[10] . Alemanha	79 pacientes com diagnóstico primário de TOC e 32 pacientes saudáveis.	SF-36, Y-BOCS, Hamburg Obsessional Compulsive Inventory – Short Form (HOCI), HDRS, Beck Depression Inventory (BDI)	Estudo de intervenção.	Em comparação ao grupo controle sadio, os pacientes com TOC demonstraram médias menores de qualidade de vida em todos os domínios antes e depois de tratamento psicológico.	
Rodriguez-Salgado et al (2006) ^[15] . Espanha	64 pacientes com TOC.	Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV, Y-BOCS, HDRS, SF-36	Estudo transversal.	O TOC teve uma associação negativa com a qualidade de vida subjetiva. A escala de obsessões teve correlação com todas as subescalas da SF-36, enquanto que a escala de compulsões apenas teve	Amostra pequena, dificultando a generalização dos resultados e o controle de algumas variáveis na análise

				correlação às dimensões aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e vitalidade.	estatística.
Stengler-Wenzke et al (2006) ^[21] . Alemanha.	71 pacientes com TOC, 243 pacientes com esquizofrenia e 315 moradores do estado da Saxônia, representando a população em geral.	WHOQOL-Bref, Y-BOCS, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Estudo transversal.	A qualidade de vida nos pacientes com TOC foi menor em todos os domínios quando comparada à população em geral. Quando comparados aos pacientes com esquizofrenia, os pacientes com TOC apresentaram médias menores nos domínios relações sociais, aspecto psicológico e qualidade de vida global.	Amostra pequena. O estudo não deixou clara a informação referente a qual instrumento foi utilizado para os diagnósticos.
Eisen et al (2006) ^[6] . Estados Unidos.	197 indivíduos com TOC.	SF-36, Q-LES-Q, Y-BOCS, Brown Assessment of Beliefs Scales (BABS), Modified Hamilton Rating Scale for Depression (MHRSD), Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), Range of Impairment Functioning Tool (LIFE-RIFT).	Estudo transversal.	A qualidade de vida nos pacientes com TOC foi menor em todos os domínios quando comparada à população em geral em ambos instrumentos medidores de QV. A severidade dos sintomas obsessivos e depressivos, bem como o status marital, se mostraram preditores significantes de qualidade de vida.	
HOU et al (2010) ^[22] . China.	57 sujeitos com TOC e 106 sujeitos sem TOC.	Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV, WHOQOL-	Estudo transversal.	A qualidade de vida nos aspectos geral, físico, psicológico e relações sociais	

			<p>Bref, Y-BOCS, Beck Depression Inventory - II (BDI-II), Social Support Scale (SSS), Questionnaire on Adverse Effects of Medication for Depression and Anxiety (QAEM-DA), Social Status Rating Scale (SSRS).</p>		<p>foram menores nos sujeitos com TOC quando comparados aos sujeitos sem TOC, não apresentando diferenças significativas no domínio ambiente.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO****CONSENTIMENTO INFORMADO**

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar do estudo “Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica”.

Qual o objetivo deste estudo?

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo em usuários da Atenção Básica em Saúde.

Como se dará sua participação?

Se você aceitar participar deste estudo, responderá a um questionário que será aplicado por um(a) psicólogo(a) ou psiquiatra.

Quais os riscos em participar deste estudo?

Este estudo não apresenta nenhum tipo de risco à sua saúde.

O que eu ganho com este estudo?

Você estará ajudando a identificar os efeitos que o Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode causar na vida diária do sujeito.

Quais são os meus direitos?

Você tem o direito de se recusar a participar deste estudo, bem como de desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo a você ou ao seu tratamento. Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas e/ou congressos científicos de maneira generalista, ou seja, seu nome jamais será citado.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com a psicóloga coordenadora desse projeto Carolina Coelho Scholl, através dos números (53) 8413.5278 e (53) 9123.9330 ou com o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento (53 – 2128.8404).

Declaração do(a) cliente:

Eu, _____, declaro que, após tomar conhecimento destas informações, aceito participar voluntariamente da presente pesquisa. Declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei à

disposição do(a) cliente para esclarecimento de suas dúvidas. O(a) cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Assinatura do cliente: _____

Assinatura do investigador responsável: _____

Data: ___/___/_____

ANEXO C - INSTRUMENTOS

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

I1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.) <small>(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS).</small>	NÃO	SIM	1	→ passar a I4				
I2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2	→ passar a I4				
I3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">obsessões</div>				
I4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">compulsões</div>				
	I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?	→ NÃO	SIM						
I5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5					
I6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6					
I7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim						
I7 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim						
	<small>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</small>								
	I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	7					
	I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>T.O.C. ATUAL</i></td> </tr> </table>				NÃO	SIM	<i>T.O.C. ATUAL</i>	
NÃO	SIM								
<i>T.O.C. ATUAL</i>									
I8	I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral</i></td> </tr> </table>				NÃO	SIM	<i>T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral</i>	
NÃO	SIM								
<i>T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral</i>									
I9	I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>T.O.C. ATUAL induzido por substância</i></td> </tr> </table>				NÃO	SIM	<i>T.O.C. ATUAL induzido por substância</i>	
NÃO	SIM								
<i>T.O.C. ATUAL induzido por substância</i>									
	CRONOLOGIA								
I10	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	8					
I11	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>		9					

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
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
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
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
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
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
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <i>((primeira droga, depois a segunda droga, etc...))</i> e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos → Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos → Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a