



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

JOÃO ANTONIO FORTUNATTI

RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS
PSICÓTICOS INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO: UM ESTUDO
NATURALÍSTICO

Porto Alegre
2023

JOÃO ANTONIO FORTUNATTI

RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS
PSICÓTICOS INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO: UM ESTUDO
NATURALÍSTICO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
ao Programa de Residência Médica do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial
para a obtenção do título de especialista Psiquiatria

Orientadora: Neusa Sica da Rocha Coorientadora:
Luísa Burin

Porto Alegre
2023

CIP - Catalogação na Publicação

Fortunatti, João Antonio
Religiosidade e qualidade de vida em pacientes com
transtornos psicóticos internados em hospital
terciário: um estudo naturalístico / João Antonio
Fortunatti. -- 2023.
53 f.
Orientadora: Neusa Sica da Rocha.

Coorientadora: Luisa Burin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Médica em
Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Religiosidade . 2. Espiritualidade . 3.
Qualidade de Vida . 4. Psicose. 5. Internação
psiquiátrica. I. da Rocha, Neusa Sica, orient. II.
Burin, Luisa, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

“O que eu sou é também o que eu escolhi ser”
Rodrigo Amarante

AGRADECIMENTOS

Agradeço a professora Neusa pela oportunidade de pesquisar sobre o assunto, além de todo auxílio na realização do trabalho. Também agradeço a colega Psiquiatra Luísa pela ajuda, mesmo nos domingos.

RESUMO

CONTEXTO: A literatura ainda é escassa sobre a associação entre religiosidade e qualidade de vida em pacientes psicóticos sendo majoritariamente encontrados estudos em pacientes ambulatoriais. **OBJETIVOS:** 1) examinar a associação entre religiosidade e qualidade de vida em pacientes psicóticos hospitalizados nesse grupo; 2) avaliar se a gravidade e a agudização do quadro, as quais motivaram a internação, podem influenciar as relações entre religiosidade e qualidade de vida. **METODOLOGIA:** O estudo, de caráter naturalístico, foi realizado na unidade psiquiátrica terciária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. 251 pacientes com 18 anos ou mais, internados entre junho de 2011 e dezembro de 2013, apresentando sintomas psicóticos, participaram do estudo. A metodologia adotada foi a naturalística, portanto sem interferência da equipe de pesquisa no tratamento. As avaliações, realizadas por psiquiatras e residentes treinados, na admissão e na alta hospitalar e incluíram a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS), a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), a Clinical Global Impression (CGI) para avaliar gravidade dos sintomas, a Global Assessment of Functioning (GAF) para avaliar funcionalidade, e o Instrumento para avaliar de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref), na admissão e no período da alta, e a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) coletada na alta. **RESULTADOS:** De toda a amostra do estudo, 57% apresentavam diagnóstico de Esquizofrenia e transtornos relacionados e 22,7% e 20,3% pacientes apresentavam Transtorno Bipolar com sintomas psicóticos e Transtorno Depressivo com sintomas psicóticos, respectivamente. Na admissão, foi encontrada uma associação entre uma maior religiosidade contribuindo para uma piora da qualidade de vida, especificamente no domínio psicológico ([95%CI] 0.24 - 0.349; $p < 0.05$). Todavia, na alta foi encontrado que um maior índice de religiosidade intrínseca se associou a uma maior qualidade de vida, em relação a todos os domínios: físico ([95%CI] - 0.377 - - 0.86; $p < 0.005$); psicológico ([95%CI] - 0.508 - - 0.249; $p < 0.001$); de relações pessoais ([95%CI] - 0.399 - - 0.111; $p < 0.001$); e ambiental ([95%CI] - 0.403 - - 0.118; $p < 0.001$). Após análise de regressão múltipla, foi encontrado que maiores escores na HAM-D ($p < 0,001$) se associaram a menor pontuação no domínio psicológico da qualidade de vida na baixa. Na admissão, os pacientes com o diagnóstico de Esquizofrenia e Transtornos relacionados, em comparação aos outros diagnósticos, apresentaram maior pontuação no domínio psicológico da qualidade ($p < 0,001$). Entretanto, na alta, não houve diferença estatisticamente significativa entre os diagnósticos em todos os âmbitos da qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Os achados do estudo apresentados na alta corroboram o que há na literatura em pacientes com Transtornos Psicóticos em acompanhamento ambulatorial: maiores índices de religiosidade intrínseca estão associados a maior qualidade de vida. Todavia, o achado na admissão de menor religiosidade intrínseca estar correlacionada com maior qualidade de vida, no domínio psicológico, pode estar associado a vieses no desenho do estudo, do instrumento de religiosidade ou ao coping religioso negativo, bem como aos sintomas psicóticos ainda não tratados.

Palavras chave: psicose; esquizofrenia; transtorno bipolar; depressão; religiosidade; espiritualidade; qualidade de vida; internação.

ABSTRACT

CONTEXT: The literature is still scarce on the association between religiosity and quality of life in psychotic patients, with studies predominantly found in outpatient populations. **OBJECTIVES:** 1) To examine the association between religiosity and quality of life in hospitalized psychotic patients in this group; 2) To assess whether the severity and exacerbation of the condition, which led to hospitalization, can influence the relationships between religiosity and quality of life. **METHODOLOGY:** 251 patients aged 18 or older, hospitalized between June 2011 and December 2013, presenting psychotic symptoms, participated in the study. The adopted methodology was naturalistic, therefore without interference from the research team in the treatment. The assessments, conducted by psychiatrists and trained residents, at admission and discharge, included the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Hamilton Depression Scale (HAM-D), the Clinical Global Impression (CGI) to assess symptom severity, the Global Assessment of Functioning (GAF) to assess functionality, and the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref), at admission and during the discharge period. Additionally, the Duke University Religion Index (DUREL) was collected at discharge. **RESULTS:** From the entire studied sample, 57% were diagnosed with Schizophrenia and related disorders, and 22,7% and 20,3% patients had Bipolar Disorder with psychotic symptoms and Depressive Disorder with psychotic symptoms, respectively. Upon admission, a link was observed between higher religiosity and a decline in quality of life, particularly in the psychological aspect ([95%CI] 0.24 - 0.349; $p < 0.05$). However, at discharge, it was found that a higher level of intrinsic religiosity was associated with greater quality of life across all domains: physical ([95%CI] - 0.377 - - 0.86; $p < 0.005$); psychological ([95%CI] - 0.508 - - 0.249; $p < 0.001$); personal relationships ([95%CI] - 0.399 - - 0.111; $p < 0.001$); and environmental ([95%CI] - 0.403 - - 0.118; $p < 0.001$). After multiple regression analysis, it was found that higher scores on the HAM-D ($p < 0.001$) were associated with lower scores in the psychological domain of quality of life at discharge. At admission, patients diagnosed with Schizophrenia and related disorders, compared to other diagnoses, had higher scores in the psychological domain of quality of life ($p < 0.001$). However, at discharge, there was no statistically significant difference between diagnoses in all aspects of quality of life. **CONCLUSION:** The study findings presented at discharge supports what is in the literature for patients with Psychotic Disorders in outpatient care: higher levels of intrinsic religiosity are associated with greater quality of life. However, the finding at admission that lower intrinsic religiosity is correlated with higher quality of life in the psychological domain may be associated with biases in the study design, the assessment instrument, or negative religious coping, as well as to untreated psychotic symptoms.

Keywords: psychosis; schizophrenia; bipolar disorder; depression; religiosity; spirituality; quality of life; hospitalization.

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

r	Coefficiente de correlação de <i>Pearson</i>
N	Amostra do estudo
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
SPIRIT	<i>Spiritual Psychotherapy for Inpatient, Residential, and Intensive Treatment</i>
CI	Intervalo de confiança
SPPS	Plataforma de software estatístico
RO	Religiosidade organizacional
RNO	Religiosidade não-organizacional
DUREL	Escala de Religiosidade de Duke
YMRS	Escala de mania de Young
GCI	Impressão Clínica Global
GAF	Avaliação Global de Funcionamento
SMI	<i>Schema Mode Inventory</i>
ECT	Eletroconvulsoterapia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
BPRS	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life versão abreviada
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
HAM-A	Escala de Ansiedade de Hamilton
OMS	Organização Mundial de Saúde
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
RI	Religiosidade Intrínseca
R/E	Religiosidade e/ou espiritualidade

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	<u>11</u>
<u>1.1</u>	<u>JUSTIFICATIVA</u>	<u>12</u>
<u>1.2</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>13</u>
<u>1.2.1</u>	<u>Objetivo geral</u>	<u>13</u>
<u>1.2.2</u>	<u>Objetivos específicos</u>	<u>13</u>
<u>2</u>	<u>MÉTODOS</u>	<u>14</u>
<u>3</u>	<u>REVISÃO DA LITERATURA</u>	<u>16</u>
	REFERÊNCIAS	20
	APÊNDICE A	<u>33</u>
	APÊNDICE B	<u>46</u>

1 INTRODUÇÃO

A religião abrange crenças, rituais e condutas relacionadas ao transcendente, muitas vezes com estruturas sociais organizadas. A espiritualidade é uma busca pessoal pelo significado da vida e conexão com o sagrado, indo além do eu, podendo existir dentro ou fora de tradições religiosas. Ambas refletem a complexidade da busca humana por significado e conexão com o divino, variando de questionamentos a devoção (Koenig H. G., *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications*, 2012). Apesar das diferenças, os conceitos frequentemente se sobrepõem ao lidar com o transcendente e o sagrado, sendo usados como sinônimos em pesquisas ou discussões acadêmicas. Apesar de dados conflitantes na literatura, um estudo apontou que pacientes com esquizofrenia têm um nível de religiosidade e espiritualidade próximos aos da comunidade (Triveni, Grover, & Chakrabarti, 2017). A religiosidade intrínseca (RI) mede a dedicação religiosa individual. É uma manifestação de R/E em que a busca pela prática religiosa é um fim em si mesma. A religiosidade organizacional (RO) se relaciona à frequência das atividades religiosas formais, enquanto a religiosidade nãoorganizacional (RNI) envolve comportamentos que ocorrem fora do contexto institucional religioso, como oração e meditação (Koenig & Büssing, *The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies*, 2010). A influência da R/E nos pacientes psicóticos ainda é um tema a ser explorado, principalmente em pacientes internados, pela baixa disponibilidade de estudos publicados. Todavia, a maior parte dos estudos em pacientes com Transtornos Psicóticos, realizados ambulatorialmente, apontam melhores desfechos quando maior a religiosidade e a espiritualidade (R/E), como: melhor enfrentamento da doença (Mohr, et al., 2012), aumento da integração social, à redução do risco de tentativas de suicídio, menor risco de uso de substâncias e maior qualidade de vida (Grover, Davuluri, & Chakrabarti, 2014). Assim como, maior frequência religiosa estaria associada à melhor prognóstico em um estudo de 2 anos de seguimento (Verghese, et al., 1989). Entretanto, alguns estudos, realizados em ambiente de internação psiquiátrica, apontam para aumento da frequência de delírios religiosos e gravidade dos sintomas (Siddle, Haddock, Tarrier, & Faragher, 2002), assim como maior probabilidade de apresentar sintomas psicóticos (ABDEL GAWAD, et al., 2018) em pacientes com maior R/E.

1.1 JUSTIFICATIVA

A proposta de realizar o estudo, em pacientes hospitalizados com sintomas psicóticos, visa examinar as possíveis associações entre religiosidade e qualidade de vida, além de avaliar se a gravidade e a agudização do quadro, as quais motivaram a internação, podem influenciar nesses aspectos. Deseja-se diferenciar da literatura, que majoritariamente pesquisa em pacientes fora de um regime de internação. . Antecipamos a hipótese de que os resultados possam ser comparáveis ao que existe na literatura atual em pacientes ambulatoriais com Transtornos Psicóticos: uma maior religiosidade estará associada a uma melhor qualidade de vida.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar a associação entre espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com Transtornos Psicóticos internados em hospital terciário;

1.2.2 Objetivos específicos

Avaliar se os sintomas psicóticos estão associados a uma maior ou menor qualidade de vida e espiritualidade;

Avaliar se a gravidade dos sintomas está associada com espiritualidade e qualidade de vida;

2 MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido utilizando o banco de dados de um estudo longitudinal realizado na unidade de atenção psiquiátrica terciária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil (projeto 2010-0265). Os pacientes internados receberam tratamento individualizado em ambiente interdisciplinar, incluindo manejo psicofarmacológico, terapia eletroconvulsiva (ECT) e intervenções psicoterapêuticas envolvendo terapia individual e/ou familiar, terapia ocupacional, exercícios aeróbicos e cuidados de enfermagem. Foi utilizado um desenho de estudo naturalístico, no qual a equipe de pesquisa não interferiu na escolha ou provisão do tratamento.

Critérios de inclusão: Todos os pacientes com 18 anos ou mais internados entre junho de 2011 e dezembro de 2013 foram convidados a participar. Os pacientes foram incluídos se atendessem a dois dos critérios para doença mental grave, $GAF \leq 50$ (na avaliação inicial) e tempo de contato anterior com o serviço ≥ 2 anos (Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006).

Critérios de exclusão: Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: habilidades de comunicação insuficientes para participar da entrevista ou fornecer consentimento informado por escrito, diagnóstico primário de dependência química e internação inferior a 7 dias (devido a limitações da equipe de pesquisa).

Questões éticas: O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo comitê de ética local (protocolo GPPG-HCPA 100265).

Procedimento: Dentro de 72 horas após a internação, avaliações clínicas pela MiniInternational Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan, et al., 1998) e pela Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Miller, et al., 1992) para avaliação de comorbidades, além de avaliações sociodemográficas, foram realizadas por psiquiatras e residentes em psiquiatria treinados. Medidas de autoavaliação foram usadas para estudar uma variedade de resultados clínicos, sociais e funcionais associados ao tratamento durante todo o período de observação. **Instrumentos de pesquisa:** Os seguintes parâmetros também foram avaliados na admissão e dentro de 72 horas da alta (as três últimas avaliações só foram realizadas se o paciente apresentasse episódios depressivos, episódios maníacos e transtorno de ansiedade generalizada):

- Clinical Global Impression (CGI), (Guy, 1976) uma escala de sete pontos avaliada pelo médico que mede a gravidade da doença;
- Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS), (Romano & Elkis, 1996) para medir sintomas psiquiátricos como depressão, ansiedade, alucinações e comportamento incomum;
- General Assessment of Functioning (GAF), (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) para medir sintomatologia e funcionamento;
- Versão abreviada do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref), (Skevington, 2002) o instrumento da OMS com 26 itens, para medir a qualidade de vida, sendo que é dividido em quatro áreas: físico, psicológico, de relações sociais e ambiental;

- Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), (Hamilton, A rating scale for depression, 1960) uma escala de 17 itens que mede a sintomatologia depressiva;
- Escala de Mania de Young (YMRS), (Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978) um questionário de múltipla escolha de 11 itens que avalia a gravidade da mania;
- Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), (Hamilton, The assessment of anxiety states by rating, 1959) para medir a gravidade dos sintomas de ansiedade.

A seguinte escala foi realizada apenas dentro de 72h da alta:

□ A Escala de Religiosidade da Duke (DUREL) para avaliar a religiosidade e espiritualidade, realizada apenas dentro de 72h da alta, através de 5 itens, todavia é dividida em 3 domínios: religiosidade organizacional (RO), religiosidade nãoorganizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os itens RO e RNO foram demonstrados relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social, enquanto o domínio RI, relacionado com a últimas 3 perguntas da escala, está relacionado com suporte social e desfechos em saúde. A avaliação da religiosidade intrínseca é realizada através de 3 perguntas: Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo); As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver; Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida; dessa forma o escore total pode variar de 3 a 15, sendo a pontuação 1 (totalmente verdade para mim) e a pontuação 5 (não é verdade), ou seja, menores pontuações indicam maiores índices de religiosidade (Taunay, et al., 2012). O estudo possui delineamento transversal e utilizou 251 pacientes do banco de dados, os quais apresentavam diagnóstico de Esquizofrenia e Transtornos relacionados, Transtorno Bipolar com sintomas psicóticos ou Transtorno Depressivo com sintomas psicóticos.

Análise estatística: O SPSS versão 25.0 foi utilizado para as análises estatísticas. Um nível de significância de $p < 0,05$ foi usado para todas as comparações. Os dados demográficos e clínicos de variáveis contínuas foram descritos utilizando a média e o desvio padrão, e as de variáveis categóricas foram descritos utilizando porcentagem. A normalidade foi avaliada através dos gráficos de histogramas. As correlações no estudo foram realizadas através da correlação de *Person*. Uma análise de regressão múltipla foi aplicada para avaliar possíveis variáveis de confusão na resposta na admissão e na alta. Na admissão, foram utilizados o domínio psicológico da WHOQOL-Bref como variável dependente - pois foi o único domínio da qualidade de vida com significância estatística na correlação com a RI - a religiosidade intrínseca como variável independente e a CGI, a GAF, a HAM-D e a BPRS como covariáveis. Na alta foram utilizados os quatro domínios da WHOQOL-Bref como variáveis dependentes, separadamente, a religiosidade intrínseca como variável independente e a CGI, a GAF, a HAMD e a BPRS como covariáveis. O teste ANOVA foi utilizado para comparar a média dos escores de qualidade de vida entre os três diagnósticos selecionados na admissão e na alta.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para haver um aprofundamento em relação ao tema, é preciso explorar as definições de religião e espiritualidade. A religião e a espiritualidade são conceitos relacionados, mas distintos. A religião envolve crenças, rituais e condutas relacionadas ao transcendente, muitas vezes com uma estrutura e regras sociais organizadas, específicas e por vezes até rígidas. Por outro lado, a espiritualidade é uma busca pessoal pelo significado da vida e uma conexão com o sagrado, indo além do self, e frequentemente envolve o místico e o sobrenatural, além de que pode existir tanto dentro quanto fora das tradições religiosas organizadas. Ambas as experiências envolvem uma jornada de descoberta que pode variar de questionamentos a devoção, refletindo a complexidade da busca humana pelo significado e pela conexão com o divino. Algumas pessoas podem, ainda, apresentar altos níveis de espiritualidade enquanto manifestam baixos níveis de religiosidade, sendo que o contrário também é verdadeiro. (Koenig H. G., *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications*, 2012). A religiosidade intrínseca está vinculada à busca por um significado último na vida, onde a pessoa procura alinhar suas necessidades e interesses com suas crenças. Nesse contexto, a fé pode desempenhar um papel central na vida, servindo como o canal pelo qual o indivíduo integra seus valores culturais, conceitos morais e ideais de vida, podendo conferir significado à sua existência. Em contrapartida, na religiosidade extrínseca, a fé é encarada como um meio para alcançar objetivos externos, como interações sociais, entretenimento e status (Alminhana & Moreira-Almeida, 2009). A RO se relaciona à frequência das atividades religiosas formais, enquanto RNI envolve comportamentos que ocorrem fora do contexto institucional religioso, como oração e meditação, sendo que ambas não se relacionam necessariamente à religiosidade externa (Koenig & Büssing, *The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies*, 2010). A sobreposição entre os dois ocorre porque ambos lidam com o transcendente e o sagrado, dessa forma, os conceitos se tornam semelhantes num contexto de pesquisa ou discussão acadêmica, sendo assim, também serão usados aqui como sinônimo.

A relevância do tema espiritualidade e religião associados a saúde mental e qualidade de vida tem contado com um aumento no número de projetos de pesquisa e estudos na área, também se mostra no currículo de diversas escolas médicas no mundo, como no Brasil, em 40% (Lucchetti, et al., 2012), e no Reino Unido em 59% (Neely & Minford, 2009) das universidades médicas.

Todavia, ainda existe uma baixa aplicação e entendimento da espiritualidade por parte da comunidade médica em relação aos transtornos mentais, como Transtornos Psicóticos. Psicose não significa esquizofrenia ou transtorno mental, ainda mais se for episódica ou em contexto religioso como explicita Tien no estudo que contou com uma amostra de 18.572 indivíduos da população geral, a qual encontrou que 10% dos homens e 15% das mulheres tiveram alucinações em algum momento de suas vidas, sem manifestar outros sintomas patológicos (Tien, 1991). Uma análise aprofundada realizada por Van Os et. al revelou que as experiências psicóticas sem impacto clínico são consideravelmente mais comuns do que os sintomas psicóticos que têm implicações clínicas. Surpreendentemente, o estudo observou que entre 75% a 90% das experiências psicóticas são transitórias, desaparecendo com o tempo, e não representam riscos significativos para a saúde mental das pessoas que as vivenciam. (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009)

Segundo Alexander et al., uma pesquisa envolvendo 115 médiuns espíritas aleatoriamente selecionados e ativos em centros espíritas de São Paulo, Brasil, revelou que esses indivíduos frequentemente relataram alterações auditivas, alucinações visuais e experiências de possessão, como a inserção de pensamentos e sentimentos. Apesar das experiências psicóticas, os médiuns exibiram um alto nível de educação, pontuações satisfatórias em ajustamento social e baixas pontuações em outros sintomas psiquiátricos. (Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Greyson, 2007)

Entretanto, dos pacientes que desenvolvem Transtornos Psicóticos, como a esquizofrenia, a relação com a espiritualidade e religião pode variar. Diferentes pesquisas que analisaram a participação em atividades religiosas em indivíduos com esquizofrenia, comparativamente à população em geral, apresentam resultados conflitantes. Alguns estudos indicam que pacientes com esquizofrenia tendem a se envolver mais em práticas religiosas (Mohr, et al., 2012), enquanto outros apontam para uma menor frequência religiosa neste grupo (Cohen, Jimenez, & Mittal, 2010). Um estudo indiano avaliou 100 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e acompanhamento ambulatorial, em que 99% deles relatou acreditar em Deus, enquanto 60% frequentava uma ou mais vezes na semana locais religiosos e 56% realizava atividades religiosas pelo menos uma vez ao dia. Dessa forma, o estudo apontou que pacientes com esquizofrenia têm um nível de religiosidade e espiritualidade (R/E) próximos aos da comunidade. (Triveni, Grover, & Chakrabarti, 2017)

Pacientes que enfrentam transtornos psicóticos muitas vezes vivenciam delírios religiosos, que por vezes são desafiadores para diferenciar crenças religiosas não psicóticas, sendo que ainda não há um consenso absoluto em relação ao papel da religião e espiritualidade em pacientes psicóticos (Koenig H. G., *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review*, 2009). Siddle et. al realizaram um estudo em pacientes internados em um hospital psiquiátrico com diagnóstico de Esquizofrenia e apresentando delírios religiosos, em que constatou que essa amostra de pacientes necessitou de maiores doses de antipsicóticos, teve pior funcionalidade e sintomas mais graves. Também foi apontado nesse estudo que pacientes com maior nível de religiosidade têm maior chance de apresentar delírios religiosos, embora alguns dos indivíduos do estudo não se identificaram com qualquer religião (Siddle, Haddock, Tarrier, & Faragher, 2002). Um estudo mais recente, realizado por Anderson-Schmidt et. al, também aponta uma maior frequência de delírios religiosos em pacientes com altos níveis de religiosidade, apontando essa característica como fator de risco independente para ideias delirantes religiosas (Anderson-Schmidt, et al., 2019).

No estudo conduzido por Verghese et.al, 323 pacientes diagnosticados com esquizofrenia foram investigados. Os resultados revelaram que um aumento nas atividades religiosas não relacionadas à psicose foi um preditor de bom prognóstico durante um período de acompanhamento de dois anos, além de que pacientes que informaram uma redução nas atividades religiosas no início do estudo obtiveram resultados significativamente desfavoráveis (Verghese, et al., 1989). Assim como, Mohr et al. realizaram um estudo com 276 pacientes ambulatoriais com transtornos psicóticos em três localidades, EUA, Suíça e Canadá. Eles encontraram que a religião desempenha um papel crucial nesse contexto, em que 87% dos pacientes apontaram uma visão mais positiva de si mesmos, além de habilidades mais adaptativas para o enfrentamento da doença (Mohr, et al., 2012).

A religiosidade em pacientes com esquizofrenia está ligada a benefícios, como uma redução nas tentativas de suicídio e menor propensão ao uso de substâncias. Além disso,

estratégias positivas de enfrentamento religioso foram vinculadas a uma melhor qualidade de vida na esfera da saúde psicológica (Grover, Davuluri, & Chakrabarti, 2014) e maior integração social (Mohr, Brandt, Borrás, Gilliéron, & Huguelet, 2006), enquanto abordagens negativas foram associadas a uma redução na qualidade de vida e a maiores níveis de sofrimento (Nolan, et al., 2012). Uma crença religiosa benevolente em paciente com Transtornos Psicóticos está associada a uma maior qualidade de vida, melhor ajustamento e menor impacto pessoal devido à doença mental. Em contrapartida, a crença punitiva de Deus e a reconsideração dos poderes divinos mostraram uma associação mais forte com uma menor qualidade de vida, menor adaptabilidade e maior impacto causado por doenças mentais (Phillips & Stein, 2007).

4 RESULTADOS

DISCUSSÃO

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

.

Referências

- ABDEL GAWAD, N., DESAI, P., ALI, T., LEWIS, K., POLO, R., ENGSTROM, A., . . . PIGOTT, T. (2018). Religious Activity, Psychotic Features, and Suicidality in 688 Acute Psychiatric Inpatients. *Journal of Psychiatric Practice*, 253-260.
- Alminhana, L. O., & Moreira-Almeida, A. (2009). Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Archives of Clinical Psychiatry*, 153-161.
- Anderson-Schmidt, H., Gade, K., Malzahn, D., Papiol, S., Budde, M., Heilbronner, U., . . . Schulze, T. (2019). The influence of religious activity and polygenic schizophrenia risk on religious delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 255-261.
- Cetty, L., Jeyagurunathan, A., Roystonn, K., Devi, F., Abdin, E., Tang, C., . . . Subramaniam, M. (2022). Religiosity, Religious Coping and Distress Among Outpatients with Psychosis in Singapore. *Journal of Religion and Health*, 3677-3697.
- Cohen, C. I., Jimenez, C., & Mittal, S. (2010). The Role of Religion in the Well-Being of Older Adults With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 917-922.
- Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 766-771.
- Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, Spirituality, and Schizophrenia: A Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 119-121.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised (DHEW Publ. No. ADM 76-338). *National Institute of Mental Health*, 218-222.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 56-62.
- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 95-104.
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 283-291.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 1-33.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Fiveltem Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 78-85.
- KOENIG, H. G., PARGAMENT, K. I., & NIELSEN, J. (1998). Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 513-521.
- Lucchetti, G., Lucchetti, G., Lucchetti, G., de Oliveira, L. R., Leite, J. R., & Koenig, H. G. (2012). Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*, 78.
- Miller, M. D., Paradis, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Stack, J. A., Rifai, A. H., . . . 3rd, C. F. (1992). Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Research*, 237-248.
- Mohr, S., Borrás, L., Nolan, J., Gillieron, C., Brandt, P.-Y., Eytan, A., . . . Huguelet, P. (2012). Spirituality and Religion in Outpatients with Schizophrenia: A Multi-Site Comparative Study of Switzerland, Canada, and the United States. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29-52.

- Mohr, S., Brandt, P.-Y., Borrás, L., Gilliéron, C., & Huguelet, P. (2006). Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1952-1959.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Greyson, B. (2007). Dissociative and Psychotic Experiences in Brazilian Spiritist Mediums. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 5758.
- Mosqueiro, B. P., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2015). Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 128133.
- Neely, D., & Minford, E. (2009). Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Medical Education*, 176-182.
- Nolan, J. A., McEvoy, J. P., Koenig, H. G., Hooten, E. G., Whetten, K., & Pieper, C. F. (2012). Religious Coping and Quality of Life Among Individuals Living With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1051-1054.
- Nunes, K. G., & Rocha, N. S. (2021). Resilience in severe mental disorders: correlations to clinical measures and quality of life in hospitalized patients with major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Quality of Life Research*, 507-516.
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 457463.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 710.
- Phillips, R. E., & Stein, C. H. (2007). God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 529-540.
- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2012). Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 119124.
- Romano, F., & Elkis, H. (1996). Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a escala breve de avaliação psiquiátrica - versão ancorada (bprs-a). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43-49.
- Rosmarin, D. H., Salcone, S., Harper, D. G., & Forester, B. (2021). Predictors of Patients' Responses to Spiritual Psychotherapy for Inpatient, Residential, and Intensive Treatment (SPIRIT). *Psychiatric Services*, 507-513.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 22-33.
- Siddle, R., Haddock, G., Tarriner, N., & Faragher, E. (2002). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 130-138.
- Skevington, S. M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. World Health Organisation Quality of Life Assessment. *Quality of Life Research*, 135-144.
- Taunay, T. C., Gondim, F. d., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. d., Andrade, L. M., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 130135.

- Tien, A. Y. (1991). Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 287-292.
- Triveni, D., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2017). Religiosity among patients with schizophrenia: An exploratory study. *Indian Journal of Psychiatry*, 0.
- van Os, J., Linscott, R., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 179-195.
- Verghese, A., John, J. K., Rajkumar, S., Richard, J., Sethi, B. B., & Trivedi, J. K. (1989). Factors Associated with the Course and Outcome of Schizophrenia in India Results of a Two-Year Multicentre Follow-Up Study. *British Journal of Psychiatry*, 499-513.
- Young, R., Biggs, J., Ziegler, V., & Meyer, D. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 429-435.

Avaliação e Seguimento de Pacientes com
Doença Mental Severa
(GPPG 10-265)

NOME DO PACIENTE

NÚMERO DE PROTOCOLO

DATA DA INCLUSÃO

BOLSISTAS

Data do preenchimento:

Data da baixa:

Entrevistador:

Inclusão prévia: 1 Não 2 Sim – Protocolo nº

1. Identificação

1.1. **Prontuário HCPA:**

1.2. **Nome Completo:**

1.3. Leito: 1 SUS 2 Convênio 3 Particular

1.4. Origem: 1 Emergência (psiquiátrica) 2 Internação Eletiva

3 Transferência de Serviço 4 Ordem judicial 5 Transferência de outro hospital

1.5. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

1.6. Data de nascimento:

1.7. Idade: anos

1.8. Etnia: 1 branco 2 não-branco

1.9. Orientação Sexual: 1 heterossexual 2 homossexual 777 sem
condições 3 bissexual 666 não quer informar de
responder

1.10. Situação Conjugal: 1 solteiro 2 casado ou companheiro
fixo 3 separado ou divorciado 4 viúvo
666 prefere não informar 777 sem condições de responder

1.11. Ocupação: 1 estudante 2 com ocupação
remunerada 3 sem ocupação (não aposentado) 4 dona de casa
5 em auxílio-doença 6 aposentado por tempo
serviço 7 aposentado por invalidez 666 prefere não informar
777 sem condições de responder

1.12. Escolaridade: 0 Sem escolaridade 4 Médio completo
1 Fundamental incompleto 5 Superior incompleto
2 Fundamental completo 6 Superior completo
3 Médio Incompleto 7 Pós-graduação
666 não quer informar 777 sem condições de responder
anos de estudo completos (contar a partir da primeira série, excluindo repetências)

1.13. Sabe ler e escrever? 1 sim 2 Não 666 não quer informar 777 sem
condições responder

1.14. Repetência escolar: 1 sim 2 não 666 não quer informar 777
sem condições responder anos repetidos

1.15. Endereço :

1.16. Cidade: CEP: -

1.17. Telefone para contato: 1- celular

2- convencional

PESSOA DE REFERÊNCIA:

TELEFONE:

1.18. **Peso** atual (medido): Kg **Altura** (medida): cm

1.19. Menor peso da vida adulta Kg Idade:

(acima 18 anos)

555 Não sabe 666 Prefere não responder 777 sem condições de responder

1.20. Maior peso ao longo da vida: Kg Idade:

555 Não sabe 666 Prefere não responder 777 sem condições de responder

1.21. Mudança no tamanho da roupa antes e depois do tratamento psiquiátrico:

1 sim 1 Aumento 2 Redução

2. não

555 não sei 666 não quer informar 777 sem condições de responder

2. Características da Doença

2.1 Diagnóstico Atual Principal: CID

Escrever por extenso: _____

2.2 Idade que recebeu diagnóstico médico: anos 555 Não sabe 666 Não quer

informar 777 sem condições de responder

2.3 1º diagnóstico recebido: _____

1. 555 Não sabe 666 Não quer informar 777 sem condições de responder

2.4 Idade que usou medicação psiquiátrica pela primeira vez: anos Qual

(nome medicação)

código medicação:

0 Nunca usou 555 Não sabe 666 Não quer informar 777 sem condições responder

2.5 Vinha em uso de medicação psiquiátrica no último mês?

1. Sim 2 Não 555 Não sabe 666 Não quer responder 777 Sem condições responder

Se sim, vinha em uso de medicação psiquiátrica no último ano?

1 Sim, contínuo 2 Sim, intermitente 3 Não 555 Não sabe
666 Não quer responder 777 Sem condições responder

2.6 Presença psicose no 1º episódio:

1 Sim 2 Não 555 Não sabe 666 Não quer responder 777 sem condições de responder

7. 1º crise desencadeada por substância:

1 Sim 2 Não 555 Não sabe 666 Não quer informar 777 sem condições de responder

Se sim:

1 Antidepressivo, Qual: 5 Anorexígeno, qual: 1 Anfetamina 2 Sibutramina
2 Maconha 6 Estimulantes (energéticos)/Metilfenidato
3 Cocaína 7 Hormônios, qual: 1 anabolizantes 2 tireóide
4 Álcool 8 Outros, Qual:

2.8. Hospitalizações Psiquiátricas: 1 sim 2 não 555 Não sabe 666 Não quer informar 777 sem condições de responder

Se sim, quantas:

2.9. Idade na hospitalização anterior: anos

555 Não sabe 666 Não quer informar 777 Sem condições responder

2.10. Já realizou ECT:

1 sim
2 não 555 Não sabe 666 sem condições de responder

Se sim, quantas séries:

2.11. Tentativa de suicídio: 1 sim 2 não 555 não sabe 666 não quer informar 777 sem condições de responder
Se sim, número:
vezes

2.12 Tipo tentativa:

Legenda:

1 Arma de fogo 2 Enforcamento 3 Cortar pulsos 4 Medicação 5 Pular de local alto
6 Outro

7 Atropelamento - jogar-se diante de veículo em movimento

8 Ferimentos auto-inflingidos com arma branca (esfaqueamento), que não cortar os pulsos

555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

(se houver mais de um tipo, marcar todos os tipos de tentativa)

3. Hábitos

3.1 Tabagismo Passado: 1 sim 2 não

555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

Se sim, tempo de uso : anos

Tabagismo Atual: 1 sim 2 não

555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

Se sim, maços/dia:

3.2 Uso Atual Chá: 1 sim 2 não

Chimarrão: 1 sim 2 não

Café: 1 sim 2 não

3.3 Já usou ou usa drogas de abuso: 1 Sim 2 Não

555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

Se sim, qual?

1 Maconha 1 Uso Atual 2 Uso passado

2 Cocaína 1 Uso Atual 2 Uso passado

3 Crack 1 Uso Atual 2 Uso passado

4 Alucinógeno 1 Uso Atual 2 Uso passado

5 Anfetaminas 1 Uso Atual 2 Uso passado

6 Álcool 1 Uso Atual 2 Uso passado

7 Benzodiazepínico 1 Uso Atual 2 Uso passado

8 Outro. Qual? 1 Uso Atual 2 Uso passado

4. Tratamento Psiquiátrico

4.1. Você já fez algum tratamento psiquiátrico? 1 Sim 2 Não

555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

Quais **medicamentos** você tomou para qualquer dos comportamentos/ problemas psiquiátricos?

(Preencher de acordo com códigos em Tabela de Medicacões Psiquiátricas):

Nº medicação	Uso atual		Dose	Nº medicação	Uso atual		Dose
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	

5. História Familiar de Doença Psiquiátrica:

Filho adotivo? 1 Sim 2 Não 555 Não Sabe 666 não quer informar

777 sem condições de responder

Código para transtorno: 1 – Transtorno Bipolar 2- Depressão 3- Esquizofrenia 4- Ansiedade 5 – Problemas com álcool 6 – Problemas com drogas

Código para desfecho: 1- Tentativas de suicídio 2- Suicídio completo 3-Internação psiquiátrica 4- Uso de medicação psiquiátrica

MARCAR SE SEM HISTÓRIA FAMILIAR DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO

Se sim:

1 Mãe Transtorno: Desfecho:
2 Pai Transtorno: Desfecho:
3 Irmãos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
4 Avó/Avô Materno Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
5 Avó/Avô Paterno Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
6 Tios Maternos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
7 Tios Paternos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:

6. Fatores relacionados ao sexo feminino

(Obs: codificar para sexo masculino: 888- não se aplica)

6.1. Gravidez atual? 1 Sim 2 Não 555 Não Sabe 666 não quer informar

777 sem condições de responder

6.2. Uso atual de método anticoncepcional: 1 sim 2 não 555 Não Sabe 666 não quer informar 777 sem condições de responder

Se sim, Qual (is): 1 Anticoncepcional oral (pílula) 2 DIU
3 Camisinha 4 Diafragma 5 coito interrompido 6 L.Tubária
7 Vasectomia do marido 8 tabelinha 9 Anticoncepcional Injetável 10 outro, qual:

6.3. Gestações:

6.4. Partos Normais:

6.5. Partos cesáreos:

6.6. Abortos: Espontâneos
Provocados

6.7. Menopausa: 1 sim 2 não 555 Não Sabe 666 não quer informar

777 sem condições de responder

Se sim, idade: anos.

6.8. Terapia de Reposição Hormonal (atual): 1 sim 2 não 555 Não Sabe

666 não quer informar 777 sem condições de responder

7. Desenvolvimento

7.1. Qual a idade da sua mãe quando você nasceu? (marque **555** se não souber)

7.2. Durante a sua gestação sua mãe fez uso de
Medicações? 1 sim 2 não 555 não sei 666 não quer informar
777 sem condições de responder Se sim,
qual?

Drogas? 1 sim 2 não 555 não sei 666 não quer informar
777 sem condições de responder Se sim,
qual?

Cigarro? 1 sim 2 não 555 não sei 666 não quer informar 777 sem condições
de responder

Álcool? 1 sim 2 não 555 não sei 666 não quer informar 777
sem condições de responder

7.3. Seu parto foi 1 normal 2 cesareana 555 não sei 666 não quer informar 777
sem condições de responder

7. 4.: Você teve algum atraso no desenvolvimento? (sentar, caminhar, falar)

1 sim 2 não 555 não sei 666 não quer informar 777 sem condições de responder

8. Moradia:

Você vive: 1 Sozinho 2 Com familiares (exceto esposa/o) 3 Em pensionato 4 Em
instituição Qual? _____

- 5 Com esposo (a)/Companheiro(a)
 6 Morador de rua
 7 Outro Qual? _____

Classificação Econômica

1. Posse de Itens

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de Pó	0	1	1	1	1
Máquina de Lavar	0	1	1	1	1
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

2. Grau de Instrução do chefe da família

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

Classe:

- 1 A1 (30-34) 2 A2 (25-29) 3 B1 (21-24) 4 B2 (17-20)

5 C (11-16)

6 D (6-10)

7 E (0-5)

Impressão do avaliador:

- 1 Entrevista fácil: paciente informa bem em relação a datas e fatos
- 2 Entrevista média: paciente informa bem alguns aspectos, mas não outros, menos de metade das informações são de prontuário ou do familiar
- 3 Entrevista difícil: paciente informa pouco, maioria das informações obtidas de prontuário ou familiar
- 4 Entrevista muito difícil: paciente não informa quase nada, baixa confiabilidade das informações
- 5 Entrevista impossível – informações apenas de terceiros.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que 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 coisas nas duas últimas semanas:

o quanto você tem sentido algumas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que a 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 a 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 seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são 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 o 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 atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas 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 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 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 freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que freqüência 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?

Eventos de Vida Estressores

Nós estamos interessados na relação entre os acontecimentos de vida que possam ter-lhe estressado (estressores), o início e a evolução de sua depressão. Por favor, marque qualquer um dos seguintes acontecimentos de vida que possam ter-lhe estressado (estressores) que você enfrentou **nos 12 meses que antecederam o início da sua crise atual.**

Por favor, marque: 0 – não, 1 – sim

1. Um membro da família próximo (por exemplo esposa, filho, pai/mãe, tio, etc.)

Teve uma doença médica grave

Teve uma lesão grave (por exemplo, ferimento, batida)

Morreu

2. Estive envolvido em uma briga séria com um parente, chefe, amigo íntimo ou vizinho.
3. Enfrentei problemas com a lei (isto é, com a justiça).
4. Tive dificuldades importantes com pessoas próximas (amigos, parentes, esposa, etc.).
5. Estive afastado do trabalho por mais de 3 meses.
6. Um relacionamento íntimo (casamento ou outro) terminou.
7. Um amigo íntimo morreu.
8. Tive uma doença médica grave.
9. Perdi meu emprego.
10. Tive uma crise financeira importante.
11. Tive uma lesão (ferimento, batida) grave.
12. Alguma coisa valiosa foi perdida ou roubada.
13. Fui agredido/atacado fisicamente.
14. Fui agredido/abusado sexualmente.
15. Outros acontecimentos de vida que possam ter-lhe estressado (estressores) – por favor, informe qual/quais.

16. O quão estressante você consideraria todos os acontecimentos juntos? Por favor use os códigos abaixo:

0 – nem um pouco 1 – leve 2 – moderado 3 – grave
4 – extremo 5 – catastrófico

17. Dos acontecimentos de vida que lhe estressaram, qual foi **o que mais o abalou** nos 12 meses que antecederam o início desta crise?

18. Quão estressante para você foi **este acontecimento de vida**?

Por favor use os códigos abaixo:

0 – nem um pouco 1 – leve 2 – moderado 3 – grave
4 – extremo 5 – catastrófico

Data do preenchimento:

ata da alta:

Entrevistador:

1. Identificação

Prontuário HCPA:

Nome Completo:

Peso atual (medido): Kg **Altura** (medida): cm

Mudança no tamanho da roupa antes e depois do tratamento psiquiátrico durante internação:
1 sim 2 não 555 não sei 666 não quer informar 777 sem condições de responder

Se sim: 1 AUMENTO 2 REDUÇÃO

2. Características da Doença

Tempo de internação: dias

Tipo de internação 1 voluntária

2 involuntária

Motivo da internação: 1 Risco de agressão 2 Risco de suicídio 3 Risco Moral

4 Risco ao Patrimônio 5 Elucidação Diagnóstica

6 Outros (Especifique)

7 Piora dos sintomas

(marcar se houver mais de um motivo)

Diagnóstico na alta: CID

Por extenso

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO _____

Realizou ECT nessa internação: 1 sim 2 não

Se sim, quantas sessões:

Tentativa de suicídio nessa internação: 1 sim 2 não

Se sim vezes

Tipo tentativa: quadradinhos
(conforme legenda item 2.12 da baixa)

Tratamento Psiquiátrico

Quais **medicamentos** você tomou durante a internação?

Nº medicação	Uso atual		Dose	Nº medicação	Uso atual		Dose
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	
	1 Sim	2 Não			1 Sim	2 Não	

Levando em consideração o problema que lhe trouxe a tratamento, em relação a seu estado na baixa, você está:

9 pior 1 Igual 2 Melhor 555 Não sabe 666 Prefere não informar

777 Sem condições de responder

Você voltará a morar no mesmo lugar em que vivia antes da internação?

1 Sim 2 Não 555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

Onde? 1 pensão 2 institucionalização 3 irá morar com outro familiar 4 outro – qual?

555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

NOVO TELEFONE PARA CONTATO, SE DIFERENTE DO DA BAIXA:

Você já tem um local para seguir seu atendimento?

1 sim 2 não 555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

1 Ambulatório HCPA

2 Psiquiatra particular (não psicoterapia)

3 CAPS HCPA / OUTRO CAPS Qual?

4 CAPS AD

5 Outro Qual ?

6 Posto de Saúde

Indicação de tratamento:

Psicoterapia: 1 Sim 2 Não 555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder

Medicamentos: 1 Sim 2 Não 555 Não sabe 666 Prefere não informar 777 Sem condições de responder Quais?

Nº medicação	Dose	Nº medicação	Dose

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que 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 coisas nas duas últimas semanas:

o quanto você tem sentido algumas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que a 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 a 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 seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são 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 o 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 atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas 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 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 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 freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que freqüência 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?

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Circule os números que se pareçam com as experiências vividas por você, sendo que 1 representa que você discorda totalmente, ou seja, é como se fosse falso e 7 é que você concorda totalmente, como se fosse verdadeira a afirmação.

1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
8. Eu sou amigo de mim mesmo (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
10. Eu sou determinado (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez (discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

- 13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes**
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente). **14.**
Eu sou disciplinado
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente). **15.**
Eu mantenho interesse nas coisas
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
21. Minha vida tem sentido
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim
(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

QUESTIONÁRIO DE APOIO SOCIAL - ESTUDO MOS

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

_____ parentes não tenho nenhum parente

I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)

_____ amigos não tenho nenhum amigo

I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:

	Nuncaamente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? 1 2 3 4 5

d) Para levá-lo ao médico?

1 2 3 4

e) Que demonstre amor e afeto por você?

1 2

f) Para divertirem-se juntos?

1 2 3 4 5

g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?

1 2 3 4 5

h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1 2 3 4 5

i) Que lhe dê um abraço?

1 2 3 4 5 j) Com quem relaxar?

1 2 3 4 5

l) Para preparar suas refeições se você

~~não puder prepará-las?~~

~~1 2 3 4 5~~

m) De quem realmente quer conselhos?

1 2 3 4 5

n) Com quem distrair a cabeça?

1 2 3 4 5

o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?

1 2 3 4 5

p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?

1 2 3 4 5

q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?

1 2 3 4 5

r) Para fazer coisas agradáveis?

1 2 3 4 5

s) Que compreenda seus problemas?

1 2 3 4 5

t) Que você ame e faça você se sentir

~~querido?~~

~~1 2 3 4 5~~

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queria responder de acordo com sua opinião pessoal.

1. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Nunca me senti respeitado

Geralmente não me senti respeitado

Mais ou menos

Geralmente me senti respeitado

Sempre me senti respeitado

2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que ele/a ouviu você?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Não me ouviu de forma alguma

Não me ouviu bastante

Mais ou menos

Me ouviu bastante

Me ouviu muito

3. Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) pareceu compreender o seu problema?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Não me compreendeu de forma alguma

Não me compreendeu muito

Mais ou menos

Me compreendeu bem

Me compreendeu muito bem

4. Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Não me compreendeu de forma alguma

Não me compreendeu muito

Mais ou menos

Me compreendeu bem

Me compreendeu muito

5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Parece que eles pioraram as coisas

Não obtive nenhuma ajuda

Não obtive muita ajuda

Senti que obtive alguma ajuda

Senti que obtive muita ajuda

6. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do (nome do serviço) quando você pediu por elas?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Muito freqüentemente

Freqüentemente

Mais ou menos

Raramente

Nunca

Eu nunca pedi

7. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito satisfeito

8. Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Nunca

Raramente

Mais ou menos

Freqüentemente

Sempre

9. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Nada amigável

Pouco amigável

Mais ou menos

Amigável

Muito amigável

10. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço) ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Muito incompetente

Incompetente

Mais ou menos

Competente
Muito competente

11. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

12. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

13. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

14. De que você mais gostou no (nome do serviço)?

.....
.....
.....
.....

15. De que você menos gostou no (nome do serviço)?

.....
.....
.....
.....

16. Na sua opinião, o serviço no (nome do serviço) poderia ser melhorado?

Sim	1
Não sei	2 Não
	3

16.1. Se sim, de que maneira?

.....

.....

.....

.....

APÊNDICE B – APROVAÇÃO CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1173566.pdf	07/07/2019 23:07:52		Aceito
Outros	carta_de_resposta_parecer.docx	07/07/2019 23:02:13	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Outros	roteiro_ligacao_final.pdf	07/07/2019 22:59:53	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_internacao_seguimento_final.pdf	07/07/2019 22:58:59	Neusa Sica da Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_versaofinal.pdf	07/07/2019 22:58:03	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPRODOC.doc	09/04/2019 10:09:04	Neusa Sica da Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_anterior_Aprovado.pdf	09/04/2019 10:08:36	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_prodoc_2018.docx	10/10/2018 11:18:00	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_setembro.pdf	26/09/2018 10:35:53	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Outros	Carta_Alteracao_Constantes_Novo_Projeto.docx	05/07/2018 11:32:43	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	funcoes_pesquisadores.pdf	05/07/2018 11:26:15	Neusa Sica da Rocha	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

Página 04 de 05

4/5

UFRGS - HOSPITAL DE
 CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
 DA UNIVERSIDADE FEDERAL
 DO RIO GRANDE DO SUL
 HCPA



Continuação do Parecer: 3.458.137

Parecer Anterior	Carta_de_Aprovacao_do_Projeto_100265.pdf	05/07/2018 11:25:17	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	05/07/2018 11:21:02	Neusa Sica da Rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	05/07/2018 11:20:08	Neusa Sica da Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Julho de 2019

Assinado por:
 Marcia Mocellin Raymundo
 (Coordenador(a))