

## **Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos com esquizofrenia em tratamento em hospital-dia: a experiência de um centro psiquiátrico no nordeste do Brasil**

Quality of life and associated factors in individuals with schizophrenia undergoing treatment in a day-hospital: the experience of a psychiatric center in northeastern Brazil

Calidad de vida y factores asociados en individuos con esquizofrenia sometidos a tratamiento en un hospital de día: la experiencia de un centro psiquiátrico en el noreste de Brasil

Recebido: 11/04/2022 | Revisado: 20/04/2022 | Aceito: 13/05/2022 | Publicado: 17/05/2022

### **Rafael Leite Fernandes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6822-2185>  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil  
E-mail: [rafaelleite@bahiana.edu.br](mailto:rafaelleite@bahiana.edu.br)

### **Ney Boa Sorte**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7068-3319>  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil  
E-mail: [neyboasorte@bahiana.edu.br](mailto:neyboasorte@bahiana.edu.br)

### **Beatriz D'arck Santana Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8179-3265>  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil  
E-mail: [biadark@hotmail.com](mailto:biadark@hotmail.com)

### **Bruna Andrade Oliveira Brito**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8783-1373>  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil  
E-mail: [brunabrito13.2@bahiana.edu.br](mailto:brunabrito13.2@bahiana.edu.br)

### **Lívia Navarro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0374-6129>  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil  
E-mail: [livnavarro@gmail.com](mailto:livnavarro@gmail.com)

### **Resumo**

A esquizofrenia é um transtorno grave e persistente. Acarreta diferentes consequências nos âmbitos comportamental, emocional, cognitivo, funcional e social, interferindo na qualidade de vida (QV) dos indivíduos. Objetivo: descrever a qualidade de vida em indivíduos em tratamento para esquizofrenia em hospital-dia, verificando a associação com características sociodemográficas, diagnósticas e terapêuticas. Metodologia: estudo transversal, com 62 indivíduos, com diagnóstico de esquizofrenia, em regime de hospital dia. Foram aplicados um questionário sócio-demográfico e de caracterização do diagnóstico e terapêutica e o WHOQoL-bref. Foram comparadas as médias dos domínios físico, psicológico, social e ambiental e o percentual da categoria de QV “necessita melhorar” entre as variáveis sociodemográficas, diagnósticas e terapêuticas. Resultados: na amostra com média (DP) de idade de 42,4 (11,1) anos, predomínio de homens (61,2%), escolaridade acima de 8 anos (95,2%) e auto-declarados brancos (59,7%), observou-se que prevaleceram o diagnóstico na fase adulta (85,5%), com mais de 3 internações (37,1%) e o uso de neurolépticos de longa ação (45,1%). A qualidade de vida foi mais comprometida para os domínios físico ( $p=0,027$ ) e psicológico ( $p=0,022$ ) entre as mulheres. Solteiros/divorciados tiveram pior qualidade de vida nos domínios físico ( $p=0,006$ ) e psicológico ( $p=0,017$ ). Aqueles em uso de neurolépticos de longa ação apresentaram melhores escores de qualidade de vida no domínio psicológico ( $p=0,021$ ). Conclusão: observou-se pior percepção da qualidade de vida entre mulheres, pessoas sem companheiro(a), com renda fixa e que não faziam uso de neurolépticos de longa ação.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Esquizofrenia; WHOQoL-Bref.

### **Abstract**

Schizophrenia is a serious and persistent disorder. It has different consequences in the behavioral, emotional, cognitive, functional and social spheres, interfering in the quality of life (QoL) of individuals. Objective: to describe the quality of life in individuals undergoing treatment for schizophrenia in a day hospital, verifying the association with sociodemographic, diagnostic and therapeutic characteristics. Methodology: cross-sectional study with 62 individuals diagnosed with schizophrenia, on a daily hospital regimen. A sociodemographic and diagnostic and therapeutic characterization questionnaire and the WHOQoL-bref were applied. The means of the physical, psychological, social

and environmental domains and the percentage of the qoL category "needs to improve" between sociodemographic, diagnostic and therapeutic variables were compared. Results: in the sample with a mean (SD) age of 42.4 (11.1) years, predominance of men (61.2%), schooling above 8 years (95.2%) and self-declared white (59.7%), it was observed that the diagnosis prevailed in adulthood (85.5%), with more than 3 hospitalizations (37.1%) and the use of long-action neuroleptics (45.1%). Quality of life was more compromised for the physical ( $p=0.027$ ) and psychological ( $p=0.022$ ) domains among women. Singles/divorced had worse quality of life in the physical ( $p=0.006$ ) and psychological ( $p=0.017$ ) domains. Those using long-action neuroleptics had better quality of life scores in the psychological domain ( $p=0.021$ ). Conclusion: there was a worse perception of quality of life among women, people without a partner, with fixed income and who did not use long-action neuroleptics.

**Keywords:** Quality of Life; Schizophrenia; WHOQoL-Bref.

### Resumen

La esquizofrenia es un trastorno grave y persistente. Tiene diferentes consecuencias en las esferas conductual, emocional, cognitiva, funcional y social, interfiriendo en la calidad de vida (cV) de los individuos. Objetivo: describir la calidad de vida en individuos sometidos a tratamiento por esquizofrenia en un hospital de día, verificando la asociación con características sociodemográficas, diagnósticas y terapéuticas. Metodología: estudio transversal con 62 individuos diagnosticados de esquizofrenia, en régimen hospitalario diario. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y de caracterización diagnóstica y terapéutica y el WHOQoL-bref. Se compararon las medias de los dominios físico, psicológico, social y ambiental y el porcentaje de la categoría de cV "necesita mejorar" entre las variables sociodemográficas, diagnósticas y terapéuticas. Resultados: en la muestra con una edad media (DE) de 42,4 (11,1) años, predominio de hombres (61,2%), escolaridad por encima de los 8 años (95,2%) y autodeclarados blancos (59,7%), se observó que el diagnóstico prevaleció en la edad adulta (85,5%), con más de 3 hospitalizaciones (37,1%) y el uso de neurolepticos de acción prolongada (45,1%), la calidad de vida fue más comprometida para los dominios físico ( $p=0,027$ ) y psicológico ( $p=0,022$ ) entre las mujeres. Los solteros/divorciados tuvieron peor calidad de vida en los dominios físico ( $p=0,006$ ) y psicológico ( $p=0,017$ ). Aquellos que usaron neurolepticos de acción prolongada tuvieron mejores puntuaciones de calidad de vida en el dominio psicológico ( $p=0,021$ ). Conclusión: hubo una peor percepción de la calidad de vida entre las mujeres, las personas sin pareja, con ingresos fijos y que no utilizaron neurolepticos de acción prolongada.

**Palabras clave:** Calidad de Vida; Esquizofrenia; WHOQoL-Bref.

## 1. Introdução

A esquizofrenia é um transtorno grave e persistente, o qual acarreta diferentes consequências nos âmbitos comportamental, emocional, cognitivo, funcional e social (Mccutcheon, et al., 2019). As características proeminentes da doença são as distorções do pensamento, as alterações sensoperceptivas, a inadequação ou embotamento do afeto, as perturbações da volição e a ocorrência de déficits cognitivos (CID-10, 1996). A sintomatologia é permeada por delírios, alucinações, pensamentos e comportamentos desorganizados, sintomas negativos que interferem no afeto, volição, relacionamentos, pragmatismo e participação social, alterações cognitivas que impactam a memória, atenção, funções executivas e destreza motora, além de periódicas correlações com disfunções no humor (Heckers, 2013).

Os estudos sobre a epidemiologia da esquizofrenia apresentam resultados variados de acordo com a metodologia utilizada, mas, em média, apontam uma prevalência estimada de 1%, variando de 0,38% a 1,87% (Mckenna, 2007). No Brasil, poucos estudos estimaram a prevalência do transtorno, sendo a maioria realizada há mais de dez anos. Considerando estes dados, a prevalência estimada é de 0,8% da população, correspondendo a uma estimativa de cerca de 1,6 milhões de pessoas acometidas (Matos et al., 2015).

São diversas as hipóteses sobre a etiologia da doença, destacando-se a teoria genética, a hipótese dopaminérgica, as alterações estruturais e as teorias psicológicas. A primeira alternativa se apoia, principalmente, em estudos com gêmeos idênticos, os quais apontam uma taxa de concordância para a esquizofrenia em torno de 50% contra 12% entre gêmeos dizigóticos e 1% da população geral. Por sua vez, a hipótese dopaminérgica surgiu após a observação que determinadas drogas ocasionavam psicoses tóxicas com características muito similares as encontradas na esquizofrenia. Especificamente, ao atuarem como agonistas das sinapses dopaminérgicas, drogas psicoestimulantes como a anfetamina parecem desencadear agitação psicomotora, alucinações auditivas e delírios persecutórios, sintomas típicos da patologia. Desta forma, acredita-se que alterações na transmissão mediada por este composto químico pode relacionar-se ao transtorno. No âmbito estrutural, diversos estudos têm

sinalizado a existência de atrofia cerebral, com alargamento dos ventrículos e aumento dos sulcos. Recentemente, novas pesquisas indicaram diminuições do volume em áreas frontais, temporais, tálamo, gânglios da base e corpo caloso (Yodofsky & Hales, 2006). Ademais, as teorias psicológicas preconizam a importância das relações familiares conflituosas e relacionamentos interpessoais disfuncionais como a base do quadro psicótico (Silva, 2006).

Considerando a diversidade de fatores associados à psicopatologia, é notória a influência desta alteração na qualidade de vida dos acometidos. Neste contexto, é importante ressaltar que a análise deste componente é um importante marcador para nas pesquisas em saúde, influenciando o planejamento de estratégias terapêuticas e a avaliação da eficácia de diversas intervenções em saúde mental (Haraldstad et al., 2019).

Existem algumas variações na literatura acerca do conceito de qualidade de vida. Um dos mais utilizados é proposto pela Organização Mundial de Saúde, a qual a define como a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas (Pereira et al., 2012). Nesta perspectiva, qualidade de vida valoriza os conhecimentos, as vivências, valores individuais e coletivos (Silva et al., 2022). Em outra perspectiva, segundo Silva et al., (2020), a qualidade de vida é um construto multidimensional, é personalizada e correlaciona-se ao contexto em que a pessoa está inserida. Neste sentido, envolve a capacidade de cada indivíduo lidar com os fatores estressores que o cercam, sejam ambientais ou ligados à sua saúde.

São diversos os estudos que analisam a relação entre o diagnóstico de esquizofrenia e a qualidade de vida, porém a força da correlação entre os indicadores precisa ser mais bem compreendida (Eack & Nelhill, 2007). Para tanto, um agravante que precisa ser necessariamente considerado nesta análise é a estigmatização vivenciada por esta população. Este fenômeno impede acessos a diferentes segmentos da sociedade, impulsiona conceitos pré-concebidos e, muitas vezes, aumenta o número de crises nos sujeitos diagnosticados (Katschig, 2000). Conforme afirma Morgardes-Bamba *et. al.* (2019), a internalização pela sociedade de estigmas associados às pessoas com esquizofrenia acarreta efeitos diretos na autoestima e nos sentimentos de auto eficácia deste público, gerando piores índices de qualidade de vida nos âmbitos físico, psicológico e social.

Tratando-se especificamente da correlação entre a sintomatologia da esquizofrenia e a qualidade de vida, aparentemente, a presença de sintomas depressivos e, por vezes, negativos, parecem relacionar-se a piores índices de qualidade de vida. Tais fatos parecem influenciar diretamente as atividades da vida diária, os relacionamentos, a possibilidade de condução independente da vida, a situação de emprego e o envolvimento em atividades sociais (Narvaez et al., 2008). De maneira mais ampla, Escandell *et. al.* (2020) também destacam que, além dos sintomas depressivos e negativos, a ocorrência de déficits cognitivos e sintomas positivos agudizados corroboram com piores índices de qualidade de vida, pois afetam diretamente a funcionalidade e a participação social.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi o de descrever a qualidade de vida em indivíduos em tratamento para esquizofrenia em hospital-dia, verificando a associação com características sociodemográficas, diagnósticas e terapêuticas.

## 2. Metodologia

Foi conduzido um estudo transversal realizada entre janeiro e dezembro de 2018, cujo desfecho de interesse foi a mensuração da qualidade de vida em quatro domínios – físico, psicológico, social e meio ambiente. As exposições estudadas foram relacionadas as características sociodemográficas, de diagnóstico e terapêutica dos indivíduos estudados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), protocolo 1.632.826/2016. A metodologia seguiu o preconizado no *guideline* STROBE (**ST**rengthening the **R**eporting of **O**bservational **s**tudies in **E**pidemiology) (Malta et al, 2010).

A pesquisa foi realizada no Hospital Dia da Clínica APICE, unidade que objetiva prestar atendimento integrado e multidisciplinar a pacientes com transtornos mentais e seus familiares. A época da coleta de dados, cerca de 270 indivíduos estavam em acompanhamento neste serviço, sendo que mais de 75% dos pacientes cursavam com o diagnóstico de esquizofrenia

ou transtorno afetivo bipolar. Além do Hospital Dia, a clínica disponibiliza os serviços de emergência psiquiátrica, pronto atendimento, internação integral e consultas ambulatoriais. Especificamente, no hospital dia são oferecidos atendimento médico e psicológico individuais, psicoterapia de grupo, oficinas terapêuticas, terapia ocupacional, orientação nutricional, musicoterapia, arteterapia, atividade física e acompanhamento às famílias.

A seleção amostral foi de conveniência (não probabilística) e composta por 62 indivíduos, todos internados em regime de hospital dia, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter entre 18 e 60 anos, ambos os gêneros, 1º grau completo ou superior, diagnóstico de esquizofrenia (CID-10 F20), estar em uso de neurolépticos, não apresentar histórico de outras patologias que afetem o sistema nervoso central e aceitar voluntariamente participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ademais, foram excluídos participantes que apresentaram histórico recente de hipotireoidismo, déficit de vitamina B12, bem como aqueles que não concluíram o protocolo de avaliação ou apresentaram agudização dos sintomas psicóticos durante o processo de coleta de dados. O diagnóstico clínico de esquizofrenia foi emitido por, no mínimo, dois psiquiatras há mais de 4 anos, a partir dos critérios da Classificação Internacional das Doenças – CID 10. As informações referentes aos diagnósticos de outras patologias foram obtidas nos prontuários dos participantes.

Os dados foram coletados por uma equipe composta por um neuropsicólogo, duas psicólogas clínicas e quatro estudantes integrantes do grupo de pesquisa “Psicologia e Saúde: avaliação e acompanhamento clínico”, vinculado à graduação em Psicologia da EBMSP. Foram utilizados: 1) **questionário estruturado sociodemográfico e de caracterização do diagnóstico e terapêutica**, para a descrição dos itens idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade e ocupação, bem como para registro das características do diagnóstico e terapêutica, além da presença de alterações que ocasionassem a exclusão do participante da pesquisa; 2) **WHOQoL-bref**, instrumento que representa a versão resumida da escala de avaliação da qualidade de vida da OMS, desenvolvido para ser aplicado em diferentes circunstâncias, condições e culturas. A avaliação engloba os domínios físico, psicológico, relacionamentos sociais e fator ambiental. O domínio físico trabalha aspectos relacionados as atividades diárias, adesão ao tratamento, dor e desconforto, sono e descanso, energia e fadiga. No domínio psicológico, são contemplados sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e aparência física, crenças pessoais e atenção. O domínio de relacionamentos sociais está relacionado aos próprios relacionamentos, suporte social e atividade sexual. O domínio ambiental explora segurança física, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidades para aquisição de novas informações, recreação e transporte (Fleck, et al., 2000).

As variáveis de exposição avaliadas foram idade, sexo, estado civil, escolaridade, raça/cor, ocupação, idade do diagnóstico, tempo de diagnóstico, número de internações, uso de neurolépticos de longa ação e uso de neurolépticos orais. Os escores de qualidade de vida obtidos foram utilizados como valores contínuos ou categorizados como “necessita melhorar”, valores de 1 até 2,9; “regular”, entre 3 e 3,9; “boa”, entre 4 e 4,9 e “muito boa”, para aqueles com escores iguais a 5 (WHOQOL Group, 1995; Fleck, et al, 2000).

Utilizou-se frequências absolutas e relativas para descrição das variáveis categóricas e médias (desvio-padrão) para as quantitativas. A comparação das características demográficas, clínicas e terapêuticas com os escores médios de qualidade de vida foi realizada utilizando o teste t para amostras independentes (ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, se pertinente). Para a comparação da proporção dos participantes categorizados como tendo qualidade de vida classificada como “necessita melhorar” segundo as mesmas variáveis de exposição foi utilizado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando indicado. Valores de erro tipo 1 abaixo de 5% foram considerados significantes ( $P < 0,05$ ). O pacote estatístico Stata®, versão 13.0 foi utilizado para as análises propostas.

### 3. Resultados

Foram estudados 62 participantes, dos quais 61,2% (38/62) eram do sexo masculino, com média (DP) de idade de 42,4 (11,1) anos. A maioria dos estudados apresentava escolaridade acima de 8 anos (95,2%; 59/62), sendo predominantes aqueles que se classificaram como brancos (59,7%; 37/62). A maior parcela da amostra estava desempregada (59,7%; 37/62) e 24,2% (15/62) estavam aposentados. (Tabela 1)

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e clínicas dos 62 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia estudados. Clínica APICE, janeiro a dezembro de 2018.

Variáveis	N (%)
Idade (anos)	
18-40	13 (21,0)
> 41	49 (79,0)
Média (DP)	42,4 (11,1)
Sexo	
Feminino	24 (38,8)
Masculino	38 (61,2)
Estado civil	
Solteiro	47 (75,8)
Casado	9 (14,5)
Divorciado	6 (9,7)
Escolaridade (anos)	
> 8 anos	59 (95,2)
≤ 8 anos	3 (4,8)
Raça/Cor	
Branco	37 (59,7)
Pardo/Preto	25 (40,3)
Ocupação	
Desempregado	37 (59,7)
Aposentado	15 (24,2)
	6 (9,7)
Empregado/trabalhando	
Afastado/auxílio doença	4 (6,4)

Fonte: Elaboração própria.

Com relação as características diagnósticas e terapêuticas, prevaleceram o diagnóstico na fase adulta (53/62; 85,5%), há menos de 5 anos (32/62; 51,6%), mais de 3 internações (23/62; 37,1%) e o uso de neurolépticos de longa ação (28/62; 45,1%), conforme descrito na Tabela 2.

**Tabela 2** – Características diagnósticas e terapêuticas dos 62 indivíduos com esquizofrenia estudados. Clínica APICE, janeiro a dezembro de 2018.

Variáveis	N (%)
Idade do diagnóstico	
Adolescente	9 (14,51)
Adulto	53 (85,49)
Média (DP)	24,5 (8,8)
Tempo de diagnóstico	
Até 5 anos	32 (51,61)
6-10 anos	4 (6,45)
10-20 anos	10 (16,12)
Acima de 20 anos	16 (25,80)
Média (DP)	17,8 (10,8)
Nº de internamentos	
Nenhum	19 (30,65)
1-2	20 (32,26)
3 ou mais	23 (37,09)
Média (DP) / Mediana (p25-p75)	1,9 (1,8) / 1,0 (0,0 – 3,0)
Uso de medicamentos	
Paliperidona (Invega®)	25 (40,32)
Zuclopentixol (Clopixol®)	3 (4,83)
Aripripazol	5 (8,06)
Clozapina	11 (17,74)
Risperidona	3 (4,83)
Olanzapina	11 (17,74)
Quetiapina	5 (8,06)
Haloperidol	5 (8,06)
Trifluoperazina	3 (4,83)
Clorpromazina	1 (1,61)
Levomepromazina	3 (4,83)

Fonte: Elaboração própria.

A qualidade de vida, mensurada pelo WHOQoL-bref, apresentou escore médio (DP) de 3,20(0,62); 3,11(0,88); 3,15(0,95) e 3,43(0,66), respectivamente para os domínios físico, psicológico, social e ambiental. A Tabela 3 mostra a classificação da qualidade de vida categorizadas por intensidade da percepção.

**Tabela 3** – Classificação da qualidade de vida entre os 62 indivíduos com esquizofrenia estudados. Clínica APICE, janeiro a dezembro de 2018.

<b>Qualidade de Vida (Domínios WHOQoL-Bref)</b>	<b>N (%)</b>
<b><u>FÍSICO</u></b>	
Necessita melhorar	23 (37,10)
Regular	30 (48,39)
Boa	5 (8,06)
Muito Boa	4 (6,45)
<b><u>PSICOLÓGICO</u></b>	
Necessita melhorar	25 (40,32)
Regular	26 (41,94)
Boa	11 (17,74)
<b><u>SOCIAL</u></b>	
Necessita melhorar	21 (33,87)
Regular	25 (40,32)
Boa	14 (22,58)
Muito Boa	2 (3,23)
<b><u>MEIO AMBIENTE</u></b>	
Necessita melhorar	16 (25,81)
Regular	33 (53,23)
Boa	12 (19,35)
Muito Boa	1 (1,61)

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se que a categoria “necessidade de melhorar” estava presente na avaliação de 37,1%, 40,3%; 33,9% e 25,8%, respectivamente, para os domínios físico, psicológico, social e ambiental.

A Tabela 4 mostra os escores médios (DP) dos domínios qualidade de vida e a proporção de respostas na categoria “necessidade de melhorar”, de acordo com características sociodemográficas, diagnósticas e terapêuticas.

**Tabela 4** – Distribuição dos escores médios (DP) dos domínios da QV e da proporção de resposta “necessita melhorar” de acordo com variáveis sociodemográficas, diagnósticas e terapêuticas.

Variável	N (%)	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
		Média (DP)	Necessita Melhorar	Média (DP)	Necessita Melhorar	Média (DP)	Necessita Melhorar	Média (DP)	Necessita Melhorar
			N (%)		N (%)		N (%)		N (%)
Sexo		<b>P=0,044<sup>1</sup></b>	<b>P=0,027<sup>2</sup></b>	<b>P=0,0007</b>	<b>P=0,022</b>	P=0,139	P=0,303	P=0,799	P=0,631
Feminino	24 (38,7)	3,02 (0,58)	13 (54,2)	2,62 (0,87)	14 (58,3)	2,93 (0,93)	10 (41,7)	3,41 (0,94)	7 (29,2)
Masculino	38 (61,3)	3,32 (0,63)	10 (26,3)	3,42 (0,73)	11 (28,9)	3,29 (0,94)	11 (28,9)	3,43 (0,68)	9 (23,7)
Idade		P=0,334	<b>P=0,052</b>	P=0,966	P=0,800	P=0,966	P=0,916	P=0,410	P=0,864
18-40	26 (41,9)	3,14 (0,65)	06 (23,1)	3,14 (0,81)	10 (38,5)	3,16 (0,94)	9 (34,6)	3,39 (0,59)	7 (26,9)
> 41	36 (58,1)	3,29 (0,57)	17 (47,2)	3,09 (0,93)	15 (41,7)	3,14 (0,96)	12 (33,3)	3,44 (0,70)	9 (25,0)
Estado civil		<b>P=0,022</b>	<b>P=0,006</b>	<b>P=0,007</b>	<b>P=0,017</b>	<b>P=0,033</b>	P=0,067	P=0,069	P=0,149
Casado	47 (75,8)	3,30 (0,58)	13 (27,6)	3,29 (0,80)	15 (31,91)	3,29 (0,92)	13 (27,66)	3,52 (0,62)	10 (21,2)
Solteiro/Divorciado	15 (24,2)	2,87 (0,62)	10 (66,6)	2,53 (0,86)	10 (66,67)	2,70 (0,90)	8 (53,33)	3,10 (0,66)	6 (40,0)
Raça/Cor		P=0,0965	P=0,355	P=0,338	P=0,272	P=0,469	P=0,402	P=0,188	P=0,789
Branco	37 (59,6)	3,20 (0,54)	12 (32,4)	3,02 (0,79)	17 (45,9)	3,14 (1,0)	11 (29,73)	3,34 (0,54)	10 (27,0)
Pardo/Preto	25 (40,3)	3,20 (0,72)	11 (44,0)	3,24 (0,98)	8 (32,0)	3,08 (0,82)	10 (40,0)	3,54 (0,66)	6 (24,0)
Desempregado		<b>P=0,012</b>	<b>P=0,011</b>	P=0,112	P=0,123	<b>P=0,001</b>	<b>P=0,013</b>	P=0,252	P=0,746
Não	25 (40,3)	2,96 (0,57)	14 (56,0)	2,90 (0,95)	13 (52,0)	2,73 (0,73)	13 (52,0)	3,33 (0,62)	7 (28,0)
Sim	37 (59,6)	3,36 (0,60)	9 (24,3)	3,24 (0,80)	12 (32,4)	3,43 (0,98)	8 (21,6)	3,49 (0,68)	9 (24,3)

<sup>1</sup> todos os valores de p obtidos com teste não paramétrico de Mann-Whitney; <sup>2</sup> todos os valores de p obtidos com o teste do qui-quadrado.



**Tabela 4** (continuação) – Distribuição dos escores médios (DP) dos domínios da QV e da proporção de resposta “necessita melhorar” de acordo com variáveis sociodemográficas, diagnósticas e terapêuticas.

Variável	N (%)	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
		Média (DP)	Necessita	Média (DP)	Necessita	Média (DP)	Necessita	Média (DP)	Necessita
			Melhorar N(%)		Melhorar N(%)		Melhorar N(%)		Melhorar N(%)
Idade do diagnóstico		P=0,556	P=0,425	P=0,184	P=0,971	P=0,421	P=0,154	P=0,975	P=0,603
Adolescente	20 (32,2)	3,25 (0,60)	6 (30,0)	3,36 (0,90)	8 (40,0)	3,09 (0,95)	4 (20,0)	3,51 (0,72)	6 (30,0)
Adulto	42 (67,7)	3,18 (0,63)	17 (40,8)	2,99 (0,84)	17 (40,4)	3,28 (0,94)	17 (40,5)	3,38 (0,62)	10 (23,8)
Tempo diagnóstico		P=0,331	P=0,243	P=0,467	P=0,710	P=0,590	P=0,800	P=0,346	P=0,231
Até 10 anos	19 (30,6)	3,32 (0,54)	5 (26,3)	3,23 (0,96)	7 (36,8)	3,29 (0,71)	6 (31,6)	3,57 (0,64)	3 (15,8)
≥ 11 anos	43 (69,4)	3,14 (0,63)	18 (41,8)	3,05 (0,83)	18 (41,8)	3,09 (1,03)	15 (34,9)	3,36 (0,65)	13 (30,2)
Internamento		P=0,0587	P = 0,096	P=0,444	P=0,410	P=0,083	P=0,562	P=0,412	P=0,347
Não	19 (30,6)	3,41 (0,58)	4 (21,0)	3,19 (0,88)	6 (31,6)	3,50 (0,89)	5 (26,3)	3,51 (0,46)	3 (15,8)
Sim	43 (69,4)	3,10 (0,61)	19 (44,1)	3,07 (0,87)	19 (44,2)	2,99 (0,94)	16 (37,2)	3,38 (0,72)	13 (30,2)
Neuroléptico longo		P=0,139	P=0,266	<b>P=0,021</b>	P=0,061	P=0,493	P=0,362	P=0,747	P=0,951
Não	19 (30,6)	3,01 (0,58)	9 (47,8)	2,73 (0,88)	11 (57,9)	3,01 (0,96)	8 (42,1)	3,42 (0,62)	5 (26,3)
Sim	43 (69,4)	3,28 (0,62)	14 (32,6)	3,27 (0,82)	14 (32,6)	3,21 (0,94)	13 (30,2)	3,42 (0,67)	11 (25,6)

Fonte: Elaboração própria.

A qualidade de vida foi significativamente mais comprometida para os domínios físico ( $p=0,027$ ) e psicológico ( $p=0,022$ ) entre as mulheres. Da mesma forma, solteiros/divorciados tiveram pior qualidade de vida nos âmbitos físico ( $p=0,006$ ) e psicológico ( $p=0,017$ ). Participantes com alguma fonte de renda fixa (aposentado/auxílio-doença/empregado) tiveram piores escores nos domínios físico ( $p=0,011$ ) e social ( $p=0,013$ ). Adicionalmente, apresentaram melhores escores de qualidade de vida no domínio psicológico indivíduos em uso de neurolépticos de longa ação ( $p=0,021$ ).

#### 4. Discussão

O presente estudo observou um comprometimento significativo na qualidade de vida para os domínios físico e psicológico em mulheres e pessoas sem companheiro(a), além de pior avaliação nos domínios físico e social entre as pessoas com alguma fonte de renda. Adicionalmente, aqueles que estavam em uso de infusões mensais ou quinzenais de Paliperidona ou Zuclopentixol para tratamento da esquizofrenia (neurolépticos de longa ação) perceberam melhores níveis de qualidade de vida no domínio psicológico.

Tratando-se da diferença entre gêneros, poucos estudos haviam identificado discrepâncias significativas entre as homens e mulheres entre indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (Souza & Coutinho, 2006). Entretanto, em primeira análise, alguns fatores históricos podem indicar diferenças, visto que mulheres com esquizofrenia podem vivenciar com mais frequência abusos e agressões sexuais, desvantagens socioeconômicas e serem mais criticadas por não ocuparem papéis sociais culturalmente associados ao gênero, tal como o lugar de cuidadora (Tamminga, 1997). Nesta direção, alguns estudos prévios apontam achados similares aos encontrados nesta pesquisa, dentre os quais o de Chan e Yu (2004), o qual analisou uma amostra de 172 pessoas e identificou pior percepção de qualidade de vida geral entre as mulheres esquizofrênicas. Da mesma forma, Hofe et al., (2005) ao avaliarem 60 pacientes em tratamento ambulatorial para esquizofrenia identificam pior percepção subjetiva qualidade de vida física, psíquica e social entre mulheres quando comparadas aos homens. Ademais, ainda em concordância com os resultados deste estudo, a análise da qualidade de vida através do WHOQoL-BREF em 107 pacientes esquizofrênicos atendidos em regime ambulatorial ou de hospital dia apontou pior avaliação da qualidade de vida entre as mulheres nos domínios físico e psicológico, além de também indicarem piores escores no domínio ambiental (Gallupi et al., 2010). Além disso, mulheres com idade superior aos 45 anos apresentaram menor satisfação em todos os domínios quando comparadas as mais jovens (Gallupi et al., 2010), achado similar ao observado no presente estudo, dado que a proporção de mulheres com mais de 40 anos que foram classificadas na categoria “precisa melhorar” foi significativamente maior em relação àquelas mais jovens.

Apesar da qualidade de vida entre esquizofrênicos relacionar-se a diferentes aspectos, muitos estudos têm associado sua percepção à presença de sintomas específicos. Especificamente, destaca-se a correlação entre pior satisfação nos diversos domínios e a ocorrência de sintomas depressivos, os quais afetam diretamente a funcionalidade dos afetados (Narvaez et al., 2008; Rooijen et al., 2019). Desta forma, uma hipótese que deve ser considerada no estudo da diferença da qualidade de vida entre gêneros é apontada por Russo et al., (2022), os quais afirmam que mulheres apresentam uma pior evolução clínica, sobretudo, no que tange a presença de sintomas desta ordem. Em outras palavras, a maior prevalência de sintomas depressivos entre mulheres esquizofrênicas aparenta manter relação direta com a pior percepção subjetiva de qualidade de vida. Entretanto, apesar destas evidências, salienta-se que estes resultados carecem de maior investigação, pois também são encontrados na literatura pesquisas que contrapõem estes achados e apontam o sexo masculino como preditor de pior qualidade de vida entre esquizofrênicos (Grigolatto et al., 2014).

Tratando-se da influência do estado civil na qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia, neste estudo pessoas casadas perceberam maior satisfação quando comparadas as solteiras/divorciadas. Corroborando com este achado, Cardoso et al., (2006), ao avaliarem a associação entre a qualidade de vida de 123 pessoas com esquizofrenia e as variáveis idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas na residência, com quem vive, subtipo de esquizofrenia, duração da

doença, história de internação, tratamento atual e número de medicamentos, identificaram que estar casado foi o marcador que mais se associou a percepção positiva da qualidade de vida (Cardoso et al., 2006). Da mesma forma, Moraes e Cordeiro (2013) ao avaliarem a qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia atendidas num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) através do instrumento Quality of Life, versão validada para o Brasil (QSL-BR), identificaram que ser solteiro foi o item que mais se associou a pior qualidade de vida (Moraes & Cordeiro, 2013). Estes achados podem ser correlacionados ao efeito positivo que o suporte social oferecido por um companheiro exerce sobre a percepção da qualidade de vida, fato que tem sido apontado como fator redutor de perturbações mentais inerentes a doença (Souza et al., 2017).

Consequente, ter uma fonte de renda estável relacionou-se a pior percepção de qualidade de vida nos âmbitos físico e social, dado também observado no estudo conduzido por Cardoso *et al.*, (2006). Segundo estes pesquisadores, apesar de outros estudos terem encontrado resultados divergentes, este achado possui grande relevância para a compreensão desta população na medida que indica que uma estabilidade de renda não indica necessariamente percepção de boa qualidade de vida. Embora Souza e Coutinho (2006), em revisão de estudos com a temática da qualidade de vida em indivíduos com esquizofrenia, tenham relatado ausência de associação ou efeito positivo da renda na melhor qualidade de vida (Souza & Coutinho, 2006), os resultados observados no presente estudo sinalizam para que estratégias terapêuticas ampliadas devem ser consideradas no tratamento de pessoas com este diagnóstico.

No que diz respeito às diferenças da percepção da qualidade de vida entre pessoas que realizam tratamento com neurolépticos de longa ação ou orais, os resultados deste estudo acompanham a maioria dos estudos publicados na literatura. Em pesquisa comparativa entre 33 pacientes com esquizofrenia tratados com Palmitato de Paliperidona (longa ação) e 51 pacientes tratados com antipsicóticos de 2ª geração, foram observados melhores resultados em favor no primeiro fármaco em termos de maior adesão, menos efeitos colaterais e melhor percepção de qualidade de vida (Aykut, 2019). Similarmente, Chang *et al.*, (2021), em estudo envolvendo 42 pacientes esquizofrênicos, observaram que após a inserção de neurolépticos de longa ação os pacientes apresentaram melhora significativa na avaliação da qualidade de vida, medida pela escala Quality of Life Mental Disorders (QOLMD). Tal efeito pode ser relacionado a melhor adesão, redução de comportamentos perturbadores e agressivos, bem como melhorias nas relações interpessoais (Aykut, 2019; Chang et al., 2021).

Por fim, apoiando os efeitos positivos dos neurolépticos de longa ação, torna-se relevante citar a pesquisa conduzida por Blackwood *et al.*, (2020), os quais objetivaram verificar a preferência dos pacientes por tratamentos com injetáveis de longa ação ou medicações orais. Dentre os 1402 avaliados através do Questionário de Preferência de Medicação, 1082 optaram pela primeira opção, sobretudo, por associarem a melhor qualidade de vida (Blackwood et al., 2020). Especificamente, a pesquisa utilizou alguns critérios para a análise da escolha, destacando-se: preferência geral do tratamento com base em metas/resultados e preferência com base na escolha pessoal. Considerando o primeiro critério, prevaleceram em favor dos injetáveis as justificativas “sinto-me mais saudável” (57%), “posso voltar as minhas atividades favoritas” (56%) e “não preciso pensar em tomar meus remédios” (54%). Tratando-se do segundo referencial, os argumentos mais presentes foram “os injetáveis são mais fáceis para mim que as pílulas” (67% x 18%), “mais no controle/não tenho que pensar em tomar remédios” (64% x 14%), “menos dor/sintomas repentinos” (38% x 18%) e “menos vergonha” (0% x 46%) (Blackwood et al., 2020).. Estes achados tornam-se ainda mais relevantes quando são consideradas as diretrizes da política de saúde mental atual, a qual fomenta a participação do paciente como corresponsável pelo seu tratamento (Brasil, 2009).

Diferente da maioria dos estudos disponíveis na literatura (Hofner et al., 2005; Souza & Coutinho, 2006), não foram observadas correlações entre o número de internações e a qualidade de vida, dado que pode ter sido influenciado pelo fato de todos os integrantes da amostra estarem sendo acompanhados em regime de hospital dia, o que permite a manutenção da participação social e pode ser um viés circunstancial. Assim, estudos que investiguem, em comum, medidas objetivas com subjetivas podem contribuir para maior compreensão do fenômeno.

O presente estudo tem algumas limitações, especialmente o tamanho amostral e a forma de seleção amostral por conveniência. Apesar disso, ao estudar indivíduos com esquizofrenia em um serviço privado, compreendendo usuários de plano de saúde e/ou judicializados, expõe a possibilidade de se conhecer um perfil de amostra diferente do encontrado em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual pode contribuir para reflexões acerca das diretrizes para o tratamento da esquizofrenia no Brasil. Adicionalmente, destaca-se que esta pesquisa utilizou, para análise de qualidade de vida, um instrumento de percepção subjetiva, medida que pode ser influenciada por variáveis contextuais presentes no momento da coleta. O uso de ferramentas mais específicas para a esquizofrenia pode auxiliar na melhor compreensão dos achados encontrados.

## 5. Conclusão

Apesar da limitação do tamanho amostral, os resultados deste estudo mostram-se relevantes e indicam a necessidade de investigações mais aprofundadas acerca da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia. Especificamente, observou-se pior percepção da qualidade de vida entre mulheres, pessoas sem companheiro(a) e que possuíam fonte de renda estável. Em contrapartida, uma melhor avaliação foi identificada entre pacientes que fazem uso de neurolépticos de longa ação em detrimento dos que utilizam medicações orais. Estes dados são em parte corroborados por outros estudos disponíveis na literatura, porém também se diferem de pesquisas com objetivos similares, indicando a complexidade da temática.

Os achados reforçam a necessidade de planos terapêuticos baseados nas especificidades sociodemográficas dos pacientes, visto que a qualidade de vida é um importante desfecho para a análise da efetividade dos tratamentos em saúde. Em síntese, práticas multidisciplinares que considerem as diferentes esferas do funcionamento do sujeito tornam-se fundamentais para a promoção de qualidade de vida e obtenção de melhores prognósticos no acompanhamento de pessoas com esquizofrenia.

Trabalhos futuros devem investigar se estratégias de melhoria na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia podem melhorar a percepção da mesma, influenciando positivamente na adesão terapêutica, interação social e outros aspectos da vida diária. Essa abordagem pode ser uma estratégia não-farmacológica de apoio ao paciente.

## Referências

- Aykut, D. S. (2019). Comparison of paliperidone palmitate and second-generation oral antipsychotics in terms of medication adherence, side effects, and quality of life. *Journal of clinical psychopharmacology*, 39 (1), 57-62.
- Brasil. M. S. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S. & Fonseca, J. O. P. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1338-1340.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1303-1314.
- Chan, S., & Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 45(1), 72-83.
- Chang, C., Yong-Chen, H., & Yang, P. (2021). Improving of Cognition and Quality of Life in Schizophrenia With One-month and Three-month Paliperidone Palmitate Treatment. *Research Square*, 1, 1-16.
- Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M., Chamovich, E., Vieira, G., & Santos, L. Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- Galuppi, A., Turolo, M.C., Nanni, M.G. Mazzoni, P., & Grassi, L. (2010). Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning?. *Int J Ment Health Syst*, 4, 31- 31.
- Geeskeet, V. R., Rooijen, M. V., Maat, a., Vermeuleen, J. M., Meijer, C. J., Ruhé, H. G., & Haan, I. (2019). Longitudinal evidence for a relation between depressive symptoms and quality of life in schizophrenia using structural equation modeling. *Schizophrenia Research*, 208, 82-89.
- Grigolato, T., Chagas, M. H. N., Trzesniak, C., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., & Santos, J. L. F. (2014). A influência dos papéis sociais na qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(1), 195-203.

- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J.R., Andersen, M.H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A.; Larsen, M.H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G.; Moons, P., Norekvål, T.M., Ribbu, L., Rohde, G. E.; Urstad, K.H., & Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 28, 2641–2650.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R. Tsuang, M., Os, J. V., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research.* 150, 11–14.
- Heider, D., Aangermeyer, M.C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha, T., Azorin, J. M., & Toumi, M. (2007). A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research.* 93(1-3), 194-202.
- Hofer, A., Baumgartner, S., Edlinger, M., Hummer, M., Kemmler, G., Rettebacher, M. A., Schweigkofler, H., Schwitzer, J., & Fleischhacker, W. W. (2005). Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry.* 20(5-6), 386-394.
- Harrison & G. W. Roberts (Eds.), The neuropathology of schizophrenia. Progress and interpretation. *Oxford University Press.* 179(5), 472-473.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 102(407), 33-37.
- Malta M, Cardoso L.O., Bastos F.I., Magnanini, M.M., & Silva, C.M. (2010). STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica.* 44(3), 559-65.
- Matos, G., Guarnieiro, F., Hallak, J. E., & Bressan, R. A. (2015). Schizophrenia, the forgotten disorder: the scenario in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 37 (4), 269-270.
- Mckenna, P. J. (2007). Schizophrenia and Related Syndromes. (2nd ed.). Routledge.
- Mccutcheon R.A., Reis, M. T., & Howes O. D. (2019). Schizophrenia An Overview. *JAMA Psychiatry.* 77(2), 201-210
- Meijer, C.J., Koeter, M.W., Sprangers, M.A., & Schene, A.H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 44(5), 361-368.
- Moraes, D. G., & Cordeiro, E. L. (2013). Qualidade de vida dos usuários com esquizofrenia atendidos por centros de atenção psicossocial. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE.* 7(10), 6130-6138.
- Moergades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & Molero, F. (2019) Estigma internalizado e seu impacto na qualidade de vida da esquizofrenia. *Psicologia, Saúde e Medicina.* 24(8), 992-1004.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research,* 98, 201-208.
- Organização Mundial da Saúde. (1996) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: *CID-10 Décima revisão.* Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. 3 ed. São Paulo: EDUSP.
- Pereira, E.F., Teixeira, C.S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte.* 26(2) 241-50.
- Russo, M., Jovanovic, N., Uka, F; Konjufca, J., Berxulli, D., & Arenliu, A. (2022). Women with schizophrenia have worse clinical presentation compared to their men counterpart in Kosovo: a cross-sectional study. *Global psychiatry archives.* 5(1), 42-50.
- Shaun, M, E., & Cristina, E. N. (2007). Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis, *Schizophrenia Bulletin.* 33(5), 1225–1237.
- Silva, A. F. O., Dias, E. E. C., & Silva, R. L. A. S. (2022). Calidad de vida: una reflexión sobre la ciudad de SÃO PAULO. *Revista Saúde e Meio Ambiente-UFMS- Campus Três Lagoas RESMA.* 14(1), 01-15
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicol. USP.* 17(4), 263-285.
- Silva, R.C., Pereira, A.D., & Moura, E.P. (2020). Qualidade de Vida e Transtornos Mentais Menores dos Estudantes de Medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC) - Minas Gerais. *Rev. Bras. Educ. Med.* 44(2), 1-7.
- Souza, L. A., & Coutinho, E. S. F. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 28(1), 50-58.
- Sousa, D., De Pinho, L. G., & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 18(1), 91-101.
- Tamminga, C A. (1997) Gender and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry.* 58(15), 33-37.
- The WHOQOL Group. (1995). The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 41(10), 1403-1409.
- Yudofsky, S.C., & Hales, R. E. (2006). Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica. (4a ed.) Artmed.