

# Fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida de portadores de esquizofrenia

*Factors related to psychological impairment and quality of life in patients with schizophrenia*

*Factores relacionados con el deterioro psicológico y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia*

**Fernanda Pâmela Machado<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-2446-1341

**Marcos Hirata Soares<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-1391-9978

**Patrícia Dias Francisquini<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-8904-1102

**Margarita Antonia Villar Luis<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-9907-5146

**Julia Trevisan Martins<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6383-7981

<sup>I</sup> Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Machado FP, Soares MH, Francisquini PD, Luis MAV, Martins JT. Factors related to psychological impairment and quality of life in patients with schizophrenia. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20190060.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0060>

## Autor Correspondente:

Fernanda Pâmela Machado  
E-mail: [fer.machado3@hotmail.com](mailto:fer.machado3@hotmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José De Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Italo Rodolfo Silva

**Submissão:** 28-06-2019    **Aprovação:** 03-11-2020

## RESUMO

**Objetivo:** descrever os fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida (QV) de portadores de esquizofrenia. **Método:** estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado com 119 esquizofrênicos. Foi aplicado um questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas, mais as escalas BPRS-A e QLS-BR. Foram utilizados o Teste Qui-Quadrado e Correlação de Spearman, **Resultados:** 77 eram do sexo masculino e 44 faziam uso de medicações típicas. O “Número de vezes que ficou internado” relacionado com o “Tempo de doença” que o paciente convive com esquizofrenia apresentou significância ( $p=0,266$ ). 91,7% apresentaram Nível Ocupacional grave ( $n=109$ ). 34,5% ( $n=41$ ) apresentavam comprometimento moderado. **Conclusão:** quanto maior o grau de comprometimento psíquico, pior a QV, essa piora pode estar relacionada a diversos fatores, assim como os sintomas da doença.

**Descritores:** Saúde Mental; Esquizofrenia; Qualidade de Vida; Transtorno Mental; Reabilitação Psiquiátrica.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the factors related to psychological impairment and quality of life (QoL) of patients with schizophrenia. **Method:** a cross-sectional, descriptive and correlational study, carried out with 119 schizophrenics. A questionnaire of sociodemographic and clinical variables was applied, plus BPRS-A and QLS-BR scales. Chi-square test and Spearman's correlation were used, **Results:** seventy-seven were male and 44 were using typical medications. The “Number of times they were hospitalized” related to “Time of illness” that patients live with schizophrenia showed significance ( $p=0,266$ ); 91.7% had a severe occupational level ( $n=109$ ); 34.5% ( $n=41$ ) had moderate impairment. **Conclusion:** the greater the degree of psychological impairment, the worse the QoL, this worsening may be related to several factors, as well as disease symptoms.

**Descriptors:** Mental Health; Schizophrenia; Quality of Life; Mental Disorder; Psychiatric Rehabilitation.

## RESUMEN

**Objetivo:** describir los factores relacionados con el deterioro psíquico y la calidad de vida (CV) en pacientes con esquizofrenia. **Método:** se aplicó un estudio transversal, descriptivo y correlacional realizado con 119 esquizofrênicos, a un cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas, más las escalas BPRS-A y QLS-BR. Se utilizaron la prueba de Chi-cuadrado y la prueba de correlación de Spearman. **Resultados:** 77 eran hombres, ( $n=44$ ) usando medicamentos típicos. El “Número de veces hospitalizado” relacionado con el “Tiempo de enfermedad” que el paciente vive con esquizofrenia fue significativo ( $p=0,266$ ). El 91.7% tenía un nivel ocupacional severo ( $n=109$ ). El 34,5% ( $n=41$ ) tuvo un deterioro moderado. **Conclusión:** cuanto mayor es el grado de deterioro psíquico, peor es la calidad de vida, este empeoramiento puede estar relacionado con varios factores, así como con los síntomas de la enfermedad.

**Descriptores:** Salud Mental; Esquizofrenia; Calidad de Vida; Trastorno Mental; Rehabilitación Psiquiátrica.

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é apontada como um problema de saúde pública, considerada uma das doenças mentais mais incapacitantes, visto que seu grau de comprometimento implica drasticamente a qualidade de vida (QV) desses indivíduos<sup>(1)</sup>. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a esquizofrenia como um transtorno mental grave, caracterizado por distorção do pensamento, percepções, emoções, linguagem, autoconsciência e comportamento. Algumas das experiências mais frequentes são os delírios e as alucinações<sup>(2)</sup>.

A esquizofrenia afeta cerca de 21 milhões de pessoas no mundo, sendo, principalmente, pessoas no final da adolescência e início da fase adulta, incomum antes da puberdade e atípico depois dos 50 anos. Portadores de esquizofrenia apresentam de 2 a 2,5 vezes mais chances de morrer em uma idade jovem do que a população como um todo<sup>(2)</sup>.

O tratamento medicamentoso principal é feito com o uso de antipsicóticos típicos (1ª geração), os quais agem principalmente como antagonistas dos receptores de dopamina (DA), sendo eficazes no tratamento dos sintomas positivos e/ou os atípicos (2ª geração), os quais apresentam mais propriedades estabilizadoras e de elevação do humor. Essa classe é antagonista tanto dos receptores de DA quanto dos receptores serotoninérgicos, o que lhes dá vantagem em relação aos de primeira geração, sendo eficazes nos sintomas positivos, negativos e cognitivos da síndrome, agindo ativando ou inibindo a atividade cerebral<sup>(3-4)</sup>.

As medicações atípicas são consideradas as de melhor escolha para os pacientes, e oferecem muitas vantagens em relação às típicas, porém ainda é priorizado o uso das de primeira geração, por apresentar custos mais baixos comparados aos de segunda geração. As formulações injetáveis são as medicações escolhidas quando existe alguma contraindicação ao uso das típicas e atípicas, que são administradas em espaçamento de tempo maior, em média, a cada três meses. Gera redução da exposição ao medicamento, facilidade de administração e maior adesão ao tratamento<sup>(4-5)</sup>. O uso dos antipsicóticos se faz necessário por apresentarem diversos efeitos colaterais que os impossibilitam de realizar atividades de vida diária que seriam primordiais para uma melhor QV<sup>(6-7)</sup>.

A QV apresenta diversas versões sobre a sua definição, porém não existe uma que seja amplamente aceita. Mantém-se ainda o conceito da OMS. Entende-se como QV a percepção da pessoa sobre a sua posição na vida, tendo em conta o contexto sociocultural e de valores em que se encontra inserido, atendendo aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>(8)</sup>. Não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida, como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias do cotidiano, sempre atentando que a percepção pessoal de quem pretende se investigar é primordial<sup>(9)</sup>.

Estudos descrevem que portadoras de esquizofrenia apresentam pior QV decorrente do comprometimento da doença e como consequência dos sintomas, declínio no nível esperado das funções cognitivas, apresentando prejuízo nas relações interpessoais, dificultando as aproximações e reinserção social, visto que essa aproximação/interação seria primordial para melhoria gradativa da doença<sup>(6,10-12)</sup>.

Pesquisas internacionais sugerem que fatores sociodemográficos e clínicos (sintomas positivos, negativos e depressivos-ansiosos) podem contribuir para pior QV desses pacientes. Apontam o uso dos antipsicóticos, principalmente os de primeira geração, como principal causador dos efeitos extrapiramidais que acometem tais indivíduos e comprometem sua QV<sup>(13-14)</sup>. Além desses, outros estudos referem que esses pacientes estão mais propensos às alterações metabólicas e estar em sobrepeso do que a população no geral. O ganho de peso foi a consequência classificada por 61,6% como a que mais os incomodava, além do aumento do colesterol, presença de diabetes, dislipidemias e aumento de prolactina<sup>(5,15)</sup>.

A QV de pacientes portadores de esquizofrenias é mais comprometida por apresentar sintomas que os impossibilitam de realizar diversas funções, por apresentarem sonolência diurna e desânimo para atividades laborais. Esses sintomas estão mais relacionados aos pacientes que fazem uso de medicações típicas, por causar quantidades variadas de sedação e hipotensão postural, dificultando a inserção no meio social e atividades rotineiras<sup>(5,10,16)</sup>.

A QV está relacionada diretamente com o suporte social. Quanto menor a satisfação com o suporte social, pior será a QV. Estudos sugeriram que o fortalecimento da resiliência dos sujeitos com esquizofrenia por meio da melhoria do suporte social colaborou para que apresentassem melhores condições de vida, menor sintomatologia e menos interações do que indivíduos que carecem de suporte social<sup>(7,17)</sup>.

Hipoteizou-se, no presente estudo, que poderia haver uma relação entre o grau de funcionalidade ou capacidade de executar as atividades diárias e de se relacionar, denominada, aqui, de comprometimento psíquico e a sua QV. Entretanto, existem poucos estudos, principalmente no Brasil, que correlacionam os escores de comprometimento psíquico, mensurado pela Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica de Esquizofrenia (BPRS-A) com os da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia (QLS-BR).

Desta forma, justifica-se o presente estudo por buscar respostas sobre a relação entre o comprometimento psíquico acarretado pela esquizofrenia e a QV do mesmo, uma vez que não se tinha, até este momento, comprovada a existência e magnitude da mesma.

## OBJETIVO

Descrever os fatores relacionados ao comprometimento psíquico e a qualidade de vida de portadores de esquizofrenia.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Antes de cada entrevista, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma cópia para o entrevistado e uma para o entrevistador.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) situada

no norte do Paraná, Região Sul do Brasil. A projeção populacional desta cidade, em 2017, foi de 558.439 habitantes de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0.778.

O CAPS III presta serviços aos pacientes com transtornos mentais graves, oferecendo atendimento 24 horas no Pronto Atendimento de Urgência e Emergência. Atende cerca de 150 pessoas por dia e é responsável por acolhimento diurno, atividade no período matutino, agendamento e realização de consultas médicas, psicológicas e internação dos casos mais graves. Somados os três serviços, são mais de 2.000 pessoas que utilizam o CAPS III mensalmente.

### **População: critérios de inclusão e exclusão**

A população do estudo foi esquizofrênicos portadores de transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes segundo os CID F 20.0 a F 20.9 atendidos em um CAPS III no período de dezembro de 2017 a junho de 2018.

A amostra se deu a partir do cálculo com o programa IBM *Sample Power* v.3.0. Obteve-se uma amostra de 126 sujeitos, considerando um poder de análise de 80%, 10% de perdas, 5% de nível de significância estatística e margem de erro de 0,02. Os critérios para participar da pesquisa foram possuir diagnóstico de transtorno psicótico (esquizofrenia), estar em tratamento intensivo e semi-intensivo no CAPS III. Foram excluídos pacientes na modalidade não intensiva, menores de 18 anos e indivíduos incapacitados para responder ao questionário devido ao comprometimento da doença. Houve uma exclusão de 7 pacientes por se enquadrarem nestes critérios, totalizando uma amostra final de 119 sujeitos.

### **Protocolo do estudo**

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas:

1ª etapa - lista de pacientes: foi realizado um levantamento de dados por meio dos registros (prontuários, lista de consultas agendadas) do CAPS III de todos os pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão. Assim, foram separados todos os prontuários dos pacientes que faziam tratamento no CAPS III, das regiões urbanas, exceto a rural. A partir dessas fichas, quantificou-se, atualmente, que cerca de 320 pacientes portadores de esquizofrenia estão em tratamento intensivo ou semi-intensivo no CAPS III.

2ª etapa - revisão de prontuários: foi elaborada uma ficha com variáveis sociodemográficas para guiar a análise dos prontuários. Seguindo a lista de pacientes, todos os prontuários foram lidos e tiveram atribuídos códigos de aleatorização, os quais permitiram o sorteio dos pacientes a serem incluídos na pesquisa. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, tempo de doença/tratamento, número de internações e tipo de medicamento. O telefone e o endereço fizeram parte da coleta para possível contato com os participantes.

3ª etapa - agendamento: após levantamento de dados nos prontuários, foi elaborada uma lista contendo data marcada para a consulta de cada paciente, nome e telefone, conciliando sua vinda ao CAPS III e a entrevista. Desta forma, era possível encontrar o paciente no CAPS III todas as vezes que comparecesse a consulta (agendada), assim poderíamos abordá-los e convidá-los

a participar da entrevista. Caso não comparecessem na consulta agendada, o contato seria realizado via telefone.

4ª etapa - entrevista: todos os pacientes selecionados foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar do estudo. Conforme agenda de consultas, as entrevistas foram realizadas com os pacientes agendados. Aos que não compareceram no dia programado, foi realizado contato, posteriormente, para um novo agendamento. Cerca de 80% dos pacientes foram entrevistados no CAPS III.

### **Instrumentos de coleta de dados**

#### ***Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Esquizofrenia: QLS-BR***

Essa escala foi elaborada por Heinrichs em 1984<sup>(18)</sup> nos Estados Unidos, e, no Brasil, foi validada e adaptada por Cardoso e colaboradores em 2006<sup>(16)</sup>. A escala QLS-BR é composta por um total de 21 itens, distribuídos em três fatores que englobam informações sobre a sintomatologia e o funcionamento do paciente nas três últimas semanas. Por meio da escala, são avaliados os seguintes aspectos descritos nos três fatores: Fator 1 = Rede Social; Fator 2 = Nível Ocupacional; Fator 3 = Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais.

Na Rede Social, avaliam-se a qualidade e a frequência do contato com familiares e amigos, incluindo perguntas sobre participação ativa ou passiva, investigando a diminuição do contato social até tendências ao afastamento completo.

No Nível Ocupacional, levam-se em consideração questões relacionadas ao trabalho formal e informal. Inclui questões referentes ao grau de funcionamento, grau de aproveitamento de habilidades e oportunidades, satisfação do paciente com seu desempenho ocupacional atual e ainda perguntas sobre a utilização do tempo.

Nas Relações Interpessoais e Funções Intrapsíquicas, consideram-se aspectos que vão da avaliação da quantidade ou frequência do contato social, até julgamentos mais complexos como a capacidade de intimidade. Alguns itens se referem ao funcionamento cognitivo e afetividade, que são aspectos considerados como núcleo da esquizofrenia. São, ainda, avaliados os objetivos de vida, a curiosidade e o envolvimento em atividades sociais comuns.

Cada item da escala inclui três partes. Primeiro, há uma breve exposição sobre o item, com o objetivo de ajudar o entrevistador a compreender o parâmetro a ser avaliado. Em seguida, algumas perguntas são sugeridas para que o entrevistador as utilize na entrevista, buscando avaliar o item. Por último, há uma grade de cotação com 7 pontos, em que o entrevistador deve se orientar para pontuar o item avaliado.

Foram utilizados, neste trabalho, apenas as grades que possuíam descrições. O entrevistador deve circular o número escolhido nessa grade utilizando a ficha final de escores. Esse procedimento deve ser utilizado para os 21 itens da escala e interpretado da seguinte forma: 0-1, Prejuízo Grave no item ou fator; 2-4, considerável prejuízo no item ou fator; 5-6, funcionamento normal ou inalterado.

#### ***Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - Ancorada (BPRS-A)***

A tradução e adaptação foi realizada por Romano e Elkis em 1996<sup>(17)</sup>, e a validação para o português, por Elkis, Alves e Eizenman

em 1999<sup>(19)</sup>, baseada na versão BPRS de Woerner e colaboradores de 1988<sup>(20)</sup>. Essa escala tem elevada confiabilidade na versão original, ainda que sem estudos de validação ou confiabilidade na versão traduzida<sup>(17)</sup>. Foi utilizada a BPRS-A, versão ancorada, para mensuração da severidade do transtorno e avaliação da melhora com a medicação de alto custo.

A BPRS-A avalia a gravidade de 18 sintomas que ocorrem nas psicoses, particularmente na esquizofrenia, apresentados na seguinte sequência: 1) preocupação somática; 2) ansiedade; 3) retraimento afetivo; 4) desorganização conceitual; 5) sentimento de culpa; 6) tensão; 7) maneirismo e postura; 8) ideias de grandeza; 9) humor depressivo; 10) hostilidade; 11) desconfiança; 12) comportamento alucinatório; 13) retardo motor; 14) falta de cooperação com a entrevista; 15) alteração do conteúdo do pensamento/delírios; 16) afeto embotado; 17) excitação; 18) desorientação.

Cada item da escala é precedido por uma definição conceitual do sintoma avaliado, seguida pela descrição de aspectos que devem ou não ser valorizados na pontuação. A BPRS-A apresenta confiabilidade alta na avaliação dos itens, como alterações do pensamento (coeficiente de correlação intraclasse [CCI] = 0,85), hostilidade e desconfiança (CCI = 0,87) ou ansiedade e depressão (CCI = 0,91), porém confiabilidade menor para retraimento afetivo ou retardo motor (CCI = 0,62).

5ª Etapa - digitação dos dados: os dados foram digitados diretamente na plataforma online *Google forms*. No geral, o questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas, as escalas BPRS-A e QLS-BR, foi tabulado no programa *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS).

### Análise dos resultados e estatística

Antes de proceder a análise propriamente dita, foi realizada a análise da consistência interna pelo Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), que apresentou um escore de 0,97, conferindo confiabilidade dos escores obtidos pelas escalas QLS-BR e BPRS-A.

Para análise dos dados, foi utilizado o SPSS, v.25. O passo inicial foi analisar a normalidade da distribuição amostral, com o teste Kolmogorov-Smirnov, cujos resultados foram todos  $p < 0,001$ , classificando a amostra como não normal. A partir dessa informação, foi realizado o Teste Qui-Quadrado para avaliar se havia associação entre as variáveis tipo de medicação, com a escala BPRS-A e os domínios da escala QLS-BR e Correlação de Spearman para análise da relação linear entre as escalas QLS-BR e BPRS-A. O objetivo foi buscar a existência e o sentido de uma relação linear significativa entre duas variáveis ordinais, podendo expressar se há uma relação positiva (quanto mais uma variável aumenta, mais a outra variável aumenta) ou expressar também uma relação negativa (quanto mais uma variável aumenta, mais a outra variável diminui). Quanto maior o coeficiente de correlação, maior a intensidade dessa relação, cujo valor varia entre -1 e +1.

### RESULTADOS

Dos 119 pacientes entrevistados atendidos pelo CAPS, 64,7% (n=77) eram do sexo masculino e 35,3% (n=42) do sexo feminino. A faixa etária variou de 20 a 60 anos, tendo prevalecido de 50 a 55 anos, 18,6% (n=19). Os demais dados sugerem pouca diferença em

relação à maior idade dos entrevistados: 15,7% (n=16) possuíam de 35 a 40 anos e 14,7% possuíam de 30 a 35 anos (n=15). As idades menos frequentes foram > 60 anos, 5,9% (n=6), e apenas 3,9% (n=4) de 20 a 25 anos. Todos os pacientes possuíam, ao menos, uma pessoa como cuidador, sendo que 28,7% (n=29) apresentavam de 16 a 20 anos convivendo com esquizofrenia; 56,4% (n=57) foram internados de 1 a 5 vezes; 66,7% (n=68) permaneceram internados em hospitais psiquiátricos de 1 a 3 meses.

O tipo de medicação mais utilizado foi da classe dos típicos (n=41), seguido dos que fazem uso das duas categorias, típicas e atípicas (n=24). As medicações atípicas, apesar de agirem nos sintomas negativos da doença, apresentaram menor utilização, quando comparada às demais classes (n=23). Há os que realizam medicações de depósito (n=17) e também os que necessitam utilizar todas as classes de antipsicóticos, depósito/típicas e as atípicas (n=8).

### Comprometimento psíquico e qualidade de vida

Quanto aos escores dos instrumentos aplicados, o domínio Rede Social apresentou média de 1,40 e desvio padrão de 1,19. O Nível Ocupacional apresentou média de 0,84 e desvio padrão de 1,08, o que denota que os valores amostrais da Rede Social e Nível Ocupacional estão mais distribuídos em relação às demais variáveis. As Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais apresentaram média de 1,81 e desvio padrão de 0,96. A BPRS-A apresentou média de 1,45 e desvio padrão de 0,97. A QLS-BR apresentou média de 0,97 e desvio padrão de 1,12.

Os domínios Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais da escala QLS-BR, que compreendem as relações afetivos-sexuais, sentidos de objetivos de vida, a curiosidade, o uso de objetos comuns, a capacidade de envolvimento e interação emocional com o entrevistador, ao serem associados com a BPRS-A, obtiveram uma correlação negativa entre essas duas variáveis ( $r: -0,477; p < 0,001$ ).

A Tabela 1 diz respeito aos itens da QLS-BR, em que o Prejuízo Grave equivale a 0-1; Prejuízo Considerável equivale a 2-4; Funcionamento Normal equivale a 5-6. Demonstraram-se a frequência e a porcentagem de cada domínio: Nível Ocupacional, Rede Social, Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais.

Em relação à Prejuízo Grave, 91,7% apresentaram Nível Ocupacional grave (n=109), seguido de Rede Social 82,3% (n=98) e 70,6% (n=84), e isso evidenciou que as funções intrapsíquicas e relações interpessoais encontram-se com QV grave. Quanto ao Prejuízo Considerável, 27,8% apresentaram funções intrapsíquicas e relações interpessoais considerável (n=33); 16,0% apresentaram Rede Social considerável (n=19); apenas 6,7% apresentaram Nível Ocupacional considerável (n=8). Referente ao Funcionamento Normal/Inalterado, apenas 2 pacientes apresentaram Nível Ocupacional, Rede Social e Funções Intrapsíquicas/Relações Interpessoais com funcionamento normal, inalterado, o que denota a maior parte dos entrevistados apresentaram pior QV.

Quanto à pontuação obtida pela BPRS-A, a qual representa o grau de comprometimento dos indivíduos entrevistados, 34,5% (n=41) apresentavam comprometimento moderado; 26,9% (n=32) apresentavam comprometimento leve; 16% (n=19) apresentavam estado grave; 6,7% (n=8) apresentavam estado de comprometimento muito leve; apenas 0,8% (n=1) dos pacientes se apresentou muito grave.

**Tabela 1-** Frequência e porcentagem das alterações dos domínios Rede Social, Nível Ocupacional, Funções Intrapsíquicas e Relações interpessoais da escala Escala de Avaliação da Qualidade de vida de Pacientes com Esquizofrenia (QLS-BR), Paraná, Brasil

	Nível Ocupacional		Comprometimento e Rede Social		Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais	
	nº	%	nº	%	nº	%
Prejuízo Grave	109	91,7	98	82,4	84	70,6
Prejuízo Considerável	8	6,7	19	16,0	33	27,8
Funcionamento Normal/Inalterado	2	1,6	2	1,6	2	1,6
TOTAL	119	100%	119	100%	119	100%

## DISCUSSÃO

No presente estudo, 64,7% dos entrevistados são do sexo masculino e 18,6% estão na faixa etária de 50 a 55 anos. Um estudo transversal realizado no Japão com 144 portadores de esquizofrenia, apresentou média de idade entre 54,9 e 59,1 anos; desses, 32,6% eram do sexo masculino<sup>(21)</sup>. Outro estudo transversal e analítico, realizado com 72 portadores de esquizofrenia, apresentou a mesma proporção para ambos os sexos (50%), e a média de idade foi de 42,9 anos. Os estudos apresentam média de idade entre 40 e 59 anos<sup>(22)</sup>.

Os pacientes do presente estudo foram internados de 1 a 5 vezes em um período de 1 a 3 meses em hospitais psiquiátricos. Um estudo retrospectivo, com amostra de 334 portadores de esquizofrenia, apresentou que, em média, o número de internações é de 11 vezes e o tempo de reinternação é de 2 meses. Já o realizado no Japão, descreve que os pacientes permaneceram internados entre 1,8 e 2,0 anos, denotando que todos os pacientes tiveram longa permanência em hospitais<sup>(21,23)</sup>.

Os dados sociodemográficos idade, sexo e a variável tempo de internação do estudo realizado no Japão<sup>(21)</sup> corroboram o estudo atual, sugerindo que a esquizofrenia pode afetar tanto os homens quanto as mulheres, que esses indivíduos conviveram com a patologia em todas as fases da vida e que as chances de recidivas de internação são grandes durante toda sua existência, condizendo com o estudo retrospectivo<sup>(23)</sup>. Em um segundo estudo<sup>(24)</sup> feito para avaliação da validade da BPRS-A, com 96 pessoas portadoras de esquizofrenia, apresentou características sociodemográficas também distintas. A média de idade dos sujeitos foi de 33,62 anos; 71,9% eram do sexo masculino; 91,7% não exerciam atividades laborais; 40,6% trabalhavam antes de ser acometidos pela doença.

Na atual pesquisa, 41 pacientes fazem uso de medicações típicas, porém um estudo<sup>(21)</sup> indicou que os pacientes que utilizavam antipsicótico típico apresentaram um mínimo de 2,0 anos de internação e de 1,8 ano no grupo de antipsicótico atípico, concluindo que os indivíduos que faziam uso das medicações típicas permaneceram mais tempo internados. Esse mesmo estudo destaca que os pacientes que fizeram uso de antipsicóticos típicos apresentavam sintomas psiquiátricos mais intensos, comparados com os que utilizavam antipsicóticos atípicos<sup>(21)</sup>.

A BPRS-A é usada mundialmente em muitos ensaios clínicos para testes de medicamentos ou outros tipos de intervenções e comparações, servindo como ferramenta de validade de critério, diferenciando grupos quanto a um determinado fator ou característica. Um estudo conduzido com 112 pessoas portadoras

de esquizofrenia em Los Angeles, EUA<sup>(25)</sup>, para comparar características clínicas entre doentes que trabalhavam e os que não trabalhavam, evidenciou que, entre muitas outras características, não houve diferenças estatisticamente significativas em relação à pontuação apresentada na BPRS-A e ao tipo de medicação usada (maioria de atípicos). Os sintomas negativos demonstraram ser mais impeditivos em quem não trabalhava do que naqueles que trabalhavam. A média apresentada pela BPRS-A para os que trabalhavam foi de 7.24, e para os que não trabalhavam, foi de 6.84.

Um estudo<sup>(26)</sup> concluiu que os antipsicóticos atípicos podem contribuir para a melhor QV. Os típicos são mais propensos a causar sintomas extrapiramidais, enquanto os atípicos têm tendência maior a levar ao ganho de peso e exacerbar efeitos colaterais metabólicos. Tanto as medicações típicas quanto as atípicas podem ter um impacto negativo na QV, na adesão ao tratamento, nas taxas de recaída e no estigma<sup>(27)</sup>. Corroborando o estudo anterior<sup>(27)</sup>, outro trabalho sugeriu, também, que os pacientes que faziam uso de medicações típicas, no decorrer do tratamento, necessitaram ter os medicamentos substituídos pelos atípicos, pois o principal motivo da conduta foi o aumento dos sintomas extrapiramidais<sup>(28)</sup>.

Ambas as medicações são fornecidas pelo Ministério de Saúde, e as Secretarias Estaduais e Municipais têm um programa de dispensação de medicamentos excepcionais, dentre eles, alguns antipsicóticos de segunda geração para pacientes que não apresentam melhora ou não toleram os efeitos colaterais dos antipsicóticos de primeira geração e precisam ser tratados com os atípicos. Os custos das medicações atípicas, porém, são muito maiores em relação às típicas, sendo limitado o número de antipsicóticos de segunda geração. Além disso, o paciente deve estar dentro dos critérios do programa, o que inclui não estar apresentando melhoras com o tratamento convencional, a necessidade de um laudo médico-psiquiátrico baseado na avaliação do comprometimento psíquico feito pela BPRS-A, e, para a manutenção do tratamento, uma melhora de pelo menos 30% após 3 meses de tratamento para que haja a substituição para a medicação atípica<sup>(4,29)</sup>.

O estudo atual revelou que 8 pacientes fazem uso de todas as classes de antipsicóticos, incluindo os de depósito. Porém, alguns estudos referem que o principal benefício no uso dos atípicos é a menor probabilidade da ocorrência de sintomas extrapiramidais. Há, entretanto, um prejuízo nesse efeito, quando associado a um típico, fato identificado nas práticas clínicas. Ademais, a associação de dois ou mais antipsicóticos pode ocasionar cardiotoxicidade por aumento de intervalo QT (parâmetro eletrocardiográfico que representa a duração da sístole elétrica)<sup>(28-30)</sup>. Esses achados podem

sugerir que os pacientes do presente estudo possam apresentar maior risco de desenvolver cardiotoxicidade, pois 24 pacientes fazem associação de mais de um tipo de antipsicótico típico e atípico, e 8 fazem uso de medicação de depósito, típicas e atípicas.

Uma pesquisa analítica realizada no Peru utilizou a escala BPRS a fim de aferir se os sintomas psicopatológicos estariam correlacionados ao funcionamento, por meio da escala FAST. Ao correlacioná-la, os dados demonstraram que os escores mensurados pela BPRS-A, não se relacionou com os obtidos na mensuração da funcionalidade<sup>(31)</sup>. No entanto, o presente estudo não é corroborado por tais dados, dado que, a correlação da QLS-BR com a BPRS-A, demonstrou  $r: -0,477$ , referindo a baixa relação afetivo-sexual, a curiosidade e, principalmente, a capacidade de envolvimento pessoal, denotando que essas funções se encontram deficitárias nesses pacientes.

Um estudo realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, no Brasil<sup>(32)</sup>, destacou, em seus resultados, que, na categorização da QV, encontrou uma concentração dos escores nos itens que indicam comprometimento e excesso de comprometimento da QV, nos domínios referentes à Rede Social ( $m=1,75$ ) e Intrapsíquico e de Relações Interpessoais ( $m=2,57$ ). A Escala Global, que permite avaliar de maneira geral a QV dos pacientes, sugeriu que 61,1% possuíam QV muito comprometida<sup>(32)</sup>. Corroborando o estudo atual, maior parte dos pacientes, desta pesquisa, apresentaram Prejuízo Grave nos três domínios: Nível Ocupacional: 91,7%, Comprometimento e Rede Social: 82,4%, Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais: 70,6%. Denotou-se que a maioria dos entrevistados, de ambas as pesquisas, apresentou comprometimento da QV em todos os domínios.

Outro estudo expôs, dentro da avaliação global da QV, que 93,7% dos pacientes avaliados apresentaram algum comprometimento (escore  $<4$ ); 57%, comprometimento grave (escore  $<2$ ) e apenas ( $n=5$ ) pacientes não apresentaram redução na QV (6,3%)<sup>(33)</sup>. Esses dados condizem com o estudo atual, em que 91,7% apresentaram Prejuízo Grave em relação ao Nível Ocupacional ( $n=109$ ); 27,8% apresentaram Prejuízo Considerável relacionado às Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais ( $n=33$ ); e apenas 2 pacientes apresentaram Funcionamento Normal/Inalterado.

Outro trabalho reafirma os achados desta pesquisa, condizentes à categorização da QV por grau de prejuízo. Os domínios Funções Intrapsíquicas/Relações Interpessoais e Rede Social apresentaram maior destaque, porém o Nível Ocupacional apresentou maior porcentagem de pacientes com funcionamento inalterado (37,5%). Comparativamente às outras dimensões, a categoria que apresentou baixa porcentagem de pacientes foi Prejuízo Grave, com escore global de 5,6% ( $n=4$ )<sup>(34)</sup>. Uma pesquisa realizada em Divinópolis-BR com 79 pacientes apresentou que, desses, 74 (93,7%) tinham algum prejuízo na QV e a área mais afetada foi o Nível Ocupacional<sup>(33)</sup>.

Um estudo realizado em Portugal com 282 pacientes portadores de esquizofrenia apresentou valores significativos em relação à QLS-PT e às variáveis satisfação com o suporte social total, com os amigos, com a intimidade, com ( $p>0,001$ ) e as atividades sociais ( $p=0,008$ ). Obtiveram resultados estatisticamente significativos entre a QLS-PT e a satisfação com a família ( $p=0,294$ )<sup>(11)</sup>. Corroborando os achados da pesquisa atual, em que a QV é influenciada pela satisfação com o suporte social, quanto maior a satisfação com o suporte social, melhor a QV<sup>(11)</sup>.

O maior número de pacientes da atual pesquisa está relacionado ao Nível Ocupacional ( $n=109$ ), indicando comprometimento da QV e denotando que o indivíduo, mesmo medicado, apresenta fragilidades em suas relações familiares e sociais, bem como em seu estado mental. O Nível Ocupacional sendo mais afetado parece ter relação com o tipo de medicação usada em sua maioria.

Um estudo realizado em um hospital de referência em saúde mental em Divinópolis (BR)<sup>(22)</sup> avaliou a QV estratificada segundo sexo e em todos os cinco itens do domínio ocupacional da QLS-BR. Essa avaliação envolveu 74 homens, dos quais 62% apresentaram QV muito comprometida, 32% com QV comprometida e apenas 5% com QV inalterada ou funcionamento normal, e 49 mulheres, das quais, 57% estão na categoria da QV comprometida, 29% delas com QV muito comprometida e 14% apresentaram funcionamento inalterado<sup>(15)</sup>. Cabe ressaltar que a diferença nesse domínio refletiu em uma melhor QV global para as mulheres do que para os homens, corroborando os dados desta pesquisa, pois 64,7% ( $n=77$ ) eram do sexo masculino e 35,3% ( $n=42$ ) eram do sexo feminino, mostrando-nos que o maior número de pacientes com esquizofrenia é do sexo masculino e, conseqüentemente, os que apresentam pior QV.

### Limitação do estudo

Poucos estudos fizeram correlação entre as escalas BPRS-A e QLS-BR, sendo a BPRS-A utilizada para outros fins, como avaliação de intervenções. Embora seja um instrumento consagrado na prática clínica, não fez parte do prontuário dos pacientes estudados. Nenhum estudo apresentou a relação entre o grau de comprometimento psíquico e a sua relação com a piora da QV. Cabe destacar, também, que a QLS-BR, enquanto uma escala específica para pacientes portadores de esquizofrenia, foi pouco estudada e aplicada aqui no Brasil. Foram encontrados estudos de mais de cinco anos de publicação e trabalhos mais atuais utilizando outras escalas de QV.

### Contribuições para a área da enfermagem e saúde pública

Destaca-se a relevância do mesmo para a equipe de enfermagem e multiprofissional, que lida diariamente com pacientes esquizofrênicos, a fim de melhorar a QV de pacientes portadores de esquizofrenia. Ressalta-se a importância de focar na adequada anamnese, avaliação do estado mental e conseqüente identificação dos diagnósticos de enfermagem que servem como embasamento e planejamento das ações voltadas aos cuidados de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem estão relacionados à QV desses pacientes, dado que a insônia, o estilo de vida sedentária, o déficit no autocuidado para banho/higiene íntima e as percepções sensoriais relacionadas às perturbações decorrentes dos sintomas impostos pela doença e, conseqüentemente, o isolamento social desses indivíduos acarretam em diversas complicações que favorecem o isolamento social e perda da QV. Cabe aos enfermeiros se atentar à adequada avaliação do estado mental, principalmente aos sintomas negativos da esquizofrenia, os quais prejudicam sua QV.

Além desses levantamentos, o estudo subsidiará profissionais que almejam aprofundar essa temática em prol de melhorias

no atendimento ao paciente portador de esquizofrenia nas abordagens terapêuticas, medicamentosas, assim como traçar estratégias que visem melhor a QV desses indivíduos.

## CONCLUSÃO

Ressalta-se o uso de medicações típicas, visto que no estudo atual foram as mais utilizadas, mesmo que cientificamente tenha sido comprovado que as atípicas agem mais nos sintomas negativos da doença, possuindo menos sintomas extrapiramidais. Infere-se que o uso de antipsicóticos precisa ser revisto e que os profissionais de saúde se empenhem em solicitar essas medicações, visando privar o paciente dos seus sintomas, possibilitando-o viver com melhor QV, ser inserido no meio familiar, poder realizar atividades laborais e conviver em sociedade.

Em média, os pacientes desta pesquisa permaneceram internados de um a três meses, porém essa é uma temática que necessita de mais investigações científicas, pois infere-se que o número de vezes que o paciente ficou internado pode ter a ver

com a relação com o uso de medicações típicas ou maior comprometimento psíquico e a QV muito comprometida.

A esquizofrenia é repleta de estigmas e necessita ser mais explanada com os familiares e a sociedade, conscientizando-os do assunto, a fim de ajudá-los a compreender a doença para que possam atuar como mediador dos portadores de esquizofrenia, os incentivando a realizar atividades que estimulem melhor QV.

Para isso, é necessário planejar capacitações para as equipes de saúde visando abordar temáticas que envolvam os antipsicóticos e a importância dos projetos terapêuticos para esses pacientes. Assim, esses profissionais poderão realizar educação em saúde, melhorar a adesão ao tratamento e a QV de portadores de esquizofrenia.

Diante do impacto negativo na QV, a esquizofrenia necessita ser mais estudada nessa temática para que inúmeros fatores existentes, que foram pouco abordados no presente estudo, possam beneficiar o paciente, visando melhorias na adesão ao tratamento e, consequentemente, menor tempo de internação e melhor QV.

## REFERÊNCIAS

1. Silva AM, Santos CA, Miron FM, Miguel PN, Furtado CC, Bellemo AIS. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. Rev UNILUS Ens Pesqui [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 15];13(30). Available from: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688>
2. World Health Organization (WHO). Esquizofrênia[Internet]. WHO: Genebra. 2018 [cited 2018 Sep 10]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Lindenmayer JP, Khan A. Psicopatologia. In: Lieberman, JA, Stroup TS, Perkins DO. Fundamentos da esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.27- 71.
4. Schatzberg FA, Battista C. Manual de Farmacologia Clínica. 8ªEd. Porto Alegre: Artmed; 2017.
5. Agostinho FR, Nardi AE, Quevedo J, Silva A. Tratamento farmacológico da esquizofrenia: antipsicóticos de primeira geração. Esquizofrenia: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed; 2015. P. 129-46.
6. Arango C, Baeza I, Bernardo M, Cañas F, Dios C, Díaz-Marsá M, et al. Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain. Rev Psiquiatr Salud Mental. 2018;5:1888-9891. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.006>
7. Chou CY, Ma MC, Yang TT. Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. Schizophrenia Res. 2014;154(1-3):83-8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.011>
8. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science e Medicine. 1995;41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
9. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994;272(8):619-26. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
10. American Psychiatric Association. DSM 5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association; 2014.
11. Suttajit S, Pilakanta S. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treatment. 2015;28(11):1371-9. <https://doi.org/10.2147/NDT.S81024>
12. Pinho LG, Pereira A, Chaves C, Rocha ML. Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia. Rev Port Enferm Saúde Mental. 2017;(spe5):33-8. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0164>
13. Medici CR, Vestergaard CH, Hjorth P, Hansen MV, Shanmuganathan JW, Viuff AG, et al. Quality of life and clinical characteristics in a nonselected sample of patients with schizophrenia. Int J Soc Psychiatr. 2015;62(1):12-20. <https://doi.org/10.1177/0020764015585330>
14. Ishida S, Takechi K, Bando H, Imanishi M, Zamami Y, Chuma M, et al. Development and pharmacist-mediated use of tools for monitoring atypical antipsychotic-induced side effects related to blood glucose levels. Pharmacoevidenciol Drug Saf [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 26];27(12):1379-84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pds.4656>
15. Hamaideh S, Al-Magaireh D, Abu-Farsakh B, Al-Omari H. Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. J Psychiatr Mental Health Nurs[Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 16];21(5):455-65. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpm.12112>

16. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1303-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600019>
17. Romano F, Elkis H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a escala breve de avaliação psiquiátrica, versão ancorada (BPRS-A). *J Bras Psiquiatr*. 1996;5(1):43-9.
18. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*. 1984. 10:388-398. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.3.388>
19. Elkis H, Alves T, Eizenman I. Reliability and validity of the Brazilian version of the BPRS Anchored. *Schizophr Res*. 1999;36(7).
20. Woerner MG, Mannuzza S, Kane J. Anchoring the BPRS: an aid to improve schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychtr*. 1998;59(12):41-5.
21. Fujimaki K, Takahashi T, Morinobu S. Association of typical versus atypical antipsychotics with symptoms and quality of life in schizophrenia. *PloS One* [Internet]. 2012 [cited 208 Oct 13];7(5):370-87. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0037087>
22. Freitas PHB, Pinto JAF, Nunes FDD, Silva SAR, Machado RM. Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):60-8. <https://doi.org/10.1590/19820194201600009>
23. Clezar EM, Bianchi GN, Brandão LS. Análise da readmissão hospitalar do paciente com diagnóstico de esquizofrenia em um hospital psiquiátrico de referência no sul catarinense. *Arqu Catarinense Med* [Internet]. 2018[cited 208 Oct 13];47(3):133-45. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/460>
24. Alves TM, Pereira JCR, Elkis H. The psychopathological factors of refractory schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):108-12. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200007>
25. Oliveira IR. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(1):38-40. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500013>
26. Pakpoor J, Agius M. A review of the adverse side effects associated. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2014[cited 208 Oct 13];26(1):273-84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25413553/>
27. Eloff I, Esterhuysen W, Odayar K. Antipsychotic use in a resource-limited setting: findings in an Eastern Cape psychiatric hospital. *South African J Psychiatr* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 03];23(1):1-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6138101/pdf/SAJPsy-23-1093.pdf>
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Esquizofrenia: Portaria SAS/MS nº 364 [Internet]. 9 de abril de 2013[cited 2018 Sep 03]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364\\_09\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html)
29. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller H-J. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 2: tratamento de longo prazo. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(Suppl 1):65-100. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000700004>
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010 [Internet]. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde. 2011[cited 2018 Oct 05];(14):235-6. Available from: <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/560>
31. Osorio-Martinez ML. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *An Fac Med Lima*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 05];78(1):17-22. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/13016>
32. Santana AFFA, Chianca TCM, Cardoso CS. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de Custódia. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(3):187-94. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300008>
33. Silva TFC, Mason V, Abelha L, Lovisi GM, Cavalcanti MT. Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from Psychosocial Care Centers. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(2):91-8. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000200004>
34. Cesari L, Bandeira M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):293-301. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400005>