



## Influência das características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia

Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia

Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia

Lara Guedes de Pinho<sup>1</sup>, Anabela Pereira<sup>1</sup>, Cláudia Chaves<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03244. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016031903244>

<sup>1</sup> Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia, Campus Universitário de Santiago, Aveiro, Portugal.

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal.

### ABSTRACT

**Objective:** Evaluating the quality of life of Portuguese patients with schizophrenia and linking it to sociodemographic and clinical aspects. **Method:** A quantitative cross-sectional study carried out with individuals affected by schizophrenia, living in the entire continental territory of Portugal, through application of a sociodemographic and clinical questionnaire and the *Quality of Life Scale* short version (QLS<sub>7</sub>PT). Parametric and non-parametric tests were performed to evaluate the correlation between variables. **Results:** The sample consisted of 282 participants. The results point to a better quality of life for individuals living in autonomous residences or with their parents, who are employed/students, who have had the disorder for less time and are younger, who have completed the 12<sup>th</sup> grade of schooling and who are not medicated with first-generation neuroleptics. **Conclusion:** The results indicate that some sociodemographic and clinical characteristics influence the quality of life of patients with schizophrenia and should be considered in the patient evaluation and in planning appropriate and effective strategies for their psychosocial rehabilitation.

### DESCRIPTORS

Schizophrenia; Quality of Life; Population Characteristics; Psychiatric Nursing.

### Autor correspondente:

Lara Guedes de Pinho  
Universidade de Aveiro, Campus  
Universitário de Santiago  
3810-193 – Aveiro, Portugal  
[larapinho@ua.pt](mailto:larapinho@ua.pt)

Recebido: 18/08/2016  
Aprovado: 28/03/2017

## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida está associada à percepção da pessoa sobre o seu bem-estar, o estado de saúde e a satisfação com as circunstâncias da vida, incluindo o acesso aos recursos disponíveis e às oportunidades<sup>(1)</sup>. Neste sentido, quando se comparou a qualidade de vida de três grupos, pessoas sem psicopatologia, pessoas com transtorno mental comum e pessoas com transtorno mental grave, os resultados demonstraram que a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental grave é significativamente inferior em relação aos dois outros grupos, bem como as condições gerais de vida (como emprego e rede social)<sup>(2)</sup>.

A esquizofrenia é um transtorno mental grave<sup>(3)</sup> e, como tal, a qualidade de vida é significativamente baixa nas pessoas que dela padecem<sup>(1,4)</sup>. Esse transtorno é considerado como uma das principais causas de incapacidade entre jovens adultos<sup>(5)</sup>.

Com a desinstitucionalização psiquiátrica, a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental grave, como a esquizofrenia, começou a ser alvo de uma nova panóplia de investigações. No entanto, muito há ainda a descobrir, visto que os resultados dos vários estudos efetuados nas diferentes populações diferem uns dos outros, não tendo gerado consensos. Essas pesquisas centram-se na relação entre o conceito de qualidade de vida e os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, e o funcionamento social e ocupacional desta população<sup>(6)</sup>.

A maioria dos estudos recentes foca-se na relação entre a qualidade de vida e a sintomatologia do transtorno, sendo que relacionam os sintomas positivos e negativos, depressivos e ansiosos a uma pior qualidade de vida<sup>(4,6-9)</sup>. Outros estudos ainda abordam a relação entre as características sociodemográficas, incluindo a idade, o emprego/ocupação, e as condições de vida e a qualidade de vida<sup>(10-11)</sup>.

Quando se avaliaram os fatores sociodemográficos, clínicos, psicopatológicos, neurocognitivos e psicossociais dos doentes com esquizofrenia e a sua relação com a qualidade de vida, os fatores psicossociais e psicopatológicos foram os que mais influenciaram esta variável, seguido dos clínicos e sociodemográficos. Os fatores sociodemográficos avaliados foram o género, a idade, a escolaridade, o estado civil e a situação profissional, sendo que apenas o estado civil e a situação profissional obtiveram resultados significativos. Assim, ser casado e estar empregado influenciou positivamente a qualidade de vida. Os fatores clínicos foram a medicação, a duração do transtorno, o número de internamentos e a presença de diagnóstico do subtipo paranoide. O número de internamentos influenciou a qualidade de vida<sup>(11)</sup>.

O desenvolvimento de estratégias interventivas na área da esquizofrenia é facilitado se forem identificados os fatores que influenciam a sua qualidade de vida, podendo essas ser ajustadas às características da população, no sentido de estabelecer a recuperação do doente.

Em Portugal as investigações nesta área ainda estão pouco desenvolvidas, tanto quanto se sabe não existe nenhum estudo português com uma amostra de norte a sul do país, apenas se encontrou um estudo português que relaciona a

qualidade de vida destes doentes com a sintomatologia e o funcionamento social<sup>(7)</sup>.

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida dos doentes portugueses com esquizofrenia e relacioná-la com aspetos sociodemográficos e clínicos.

## MÉTODO

Estudo quantitativo de natureza transversal. Para a presente investigação obteve-se parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização nº 843/2015), bem como da comissão de ética de todas as instituições envolvidas. Foram respeitados todos os princípios éticos decorrentes de qualquer investigação, destacando-se o consentimento informado dos participantes, a confidencialidade e o anonimato. A recolha de dados foi realizada durante um período de 15 meses (de 2015 até março de 2016).

## AMOSTRA

A população desta investigação é composta por indivíduos de nacionalidade portuguesa, com o diagnóstico de esquizofrenia, residentes em Portugal continental. A seleção dos participantes foi realizada segundo os seguintes critérios: diagnóstico de esquizofrenia (critério CID 10) e ter contato com a comunidade, independentemente de estar ou não institucionalizado (com saídas regulares ao exterior). Como critérios de exclusão: estar diagnosticado com oligofrenia, apresentar sintomatologia psicótica ativa que impeça a compreensão dos objetivos da investigação e recusar participar a qualquer momento da investigação. A seleção da amostra foi efetuada em nove instituições hospitalares de norte a sul do país, sendo cinco públicas e quatro privadas. No que concerne aos hospitais públicos, dois correspondem a hospitais psiquiátricos centrais, um na zona norte e outro na zona sul do país. Esses hospitais têm, atualmente, serviço de ambulatório (consulta externa e reabilitação psicossocial) e serviço de internamento de agudos. Os restantes três correspondem a departamentos de psiquiatria inseridos em hospitais gerais, nas regiões norte, centro e sul, respectivamente, que comportam igualmente serviços de ambulatório e internamento de agudos. Dentro das instituições privadas selecionadas, três correspondem a instituições psiquiátricas de ordem religiosa com internamento de curta, média e longa duração e atividades de reabilitação psicossocial, e uma corresponde a um fórum sócio-ocupacional. A amostra foi do tipo não probabilístico, por conveniência. Os participantes no estudo foram referenciados pelo psiquiatra assistente, num total de 354 indivíduos que reuniam os critérios, tendo 72 se recusado participar. A amostra foi então constituída por 282 participantes, dos quais 136 pertenciam ao serviço de consulta externa hospitalar, 68 ao serviço de reabilitação psicossocial, e 78 ao serviço de internamento (28 em internamento de agudos, em fase de estabilização, e 50 institucionalizados em instituição hospitalar). Assim 48,2% dos indivíduos são seguidos apenas em consulta externa e 51,8% com acompanhamento diário/semanal por profissionais da área da psiquiatria, seja em serviços de reabilitação psicossocial ou em regime de internamento agudo/crônico. Com

esta seleção consideramos ter uma amostra representativa da população nos diferentes contextos.

## PROCEDIMENTO

Após terem sido formalizados todos os princípios éticos foi realizada uma entrevista individual, em gabinete privado, a cada participante, com colheita de dados sociodemográficos e clínicos e aplicada a versão reduzida da escala portuguesa de qualidade de vida (QLS<sub>7</sub>-PT). Os instrumentos de avaliação foram preenchidos pelo investigador, tendo sido selecionados de acordo com os objetivos da presente investigação e com as características da população em estudo. O *questionário sociodemográfico e clínico*, com o objetivo de caracterizar tanto em nível sociodemográfico como clínico, foi elaborado especificamente para este estudo. Os dados sociodemográficos recolhidos foram: gênero, idade, estado civil, escolaridade, coabitação, região do país e situação laboral. Os dados clínicos foram: duração do transtorno mental, número de internamentos em Psiquiatria, medicação oral e injetável, tipo de tratamento e consumo de substâncias (atual e passado).

O instrumento de medida utilizado para avaliar a *qualidade de vida* foi o QLS<sub>7</sub>-PT constituído por 7 itens. Cada item é composto por uma escala do tipo Likert de sete pontos, sendo que valores de 5 e 6 indicam o funcionamento normal, de 2 a 4 revelam um considerável prejuízo e 0 e 1 refletem um prejuízo grave no item avaliado. Este instrumento avalia o funcionamento dos doentes com esquizofrenia tendo em conta os sintomas negativos, independentemente da presença ou ausência de sintomatologia positiva, quer na sua versão original<sup>(12)</sup>, quer na sua versão reduzida<sup>(13)</sup>.

## ANÁLISE DE DADOS

Os dados colhidos foram analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0, para o Windows. Para avaliar as diferenças entre os dados sociodemográficos (gênero, idade, habilitações literárias, estado civil, coabitação, situação laboral, região do país) e clínicos (número de internamentos, duração do transtorno, tipo de medicação antipsicótica, tipo de tratamento/acompanhamento e consumo de substâncias) e a qualidade de vida, foram realizadas análises de variância (ANOVA) e teste *post hoc* de Tukey, teste t e Kruskal-Wallis. Essas análises foram realizadas após a verificação de normalidade dos dados globais através do teste de Kolmogorov-Smirnov para amostras com dimensão > 30 e teste de Shapiro-Wilk para amostras < 30 e da homogeneidade através do teste de Levene.

## RESULTADOS

Amostra constituída por 282 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (39,7% gênero feminino e 60,3% do gênero masculino), com uma média de idade de 46,15 anos ( $\pm 13,126$ ) e com idades compreendidas entre os 20 e os 78 anos. Dos participantes, 49,29% têm o transtorno há menos de 20 anos, sendo na maioria solteiros (67,4%) e 24,1% foram internados seis ou mais vezes. Após teste de correlação para verificar se existiam diferenças entre quem

foi internado até cinco vezes e quem foi internado seis ou mais vezes, não se obtiveram resultados com diferenças estatisticamente significativas. Isto poderá ser explicado pelo número reduzido de indivíduos internados seis ou mais vezes (24,1%), pois seria de esperar que quanto maior o número de internações, pior a qualidade de vida.

Os dados sociodemográficos e clínicos da amostra em estudo são apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos participantes – Portugal Continental, 2015-2016.

Variáveis	n	%
<b>Região do país</b>		
Norte	98	34,8
Centro	75	26,6
Sul	109	38,7
<b>Serviço</b>		
Consulta Externa	136	48,2
Reabilitação Psicossocial	68	24,1
Internamento crônico/agudo	78	27,7
<b>Gênero</b>		
Feminino	112	39,7
Masculino	170	60,3
<b>Habilitações Literárias</b>		
1º ciclo do Ensino Básico ou inferior	75	26,6
2º ciclo do Ensino Básico	63	22,3
3º ciclo do Ensino Básico	69	24,5
Ensino Secundário (12º ano)	54	19,1
Formação Universitária	21	7,4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	190	67,4
Casado/União de fato	40	14,2
Divorciado/Separado/Viúvo	52	18,4
<b>Coabitação</b>		
Pais/pai/mãe	105	37,2
Sozinho	54	19,1
Instituição	52	18,4
Cônjuge/Companheiro	38	13,5
Filho e/ou outros	24	8,5
Residência autónoma	9	3,2
<b>Situação laboral</b>		
Empregado/Estudante	26	9,2
Não ativo/Desempregado	82	29,1
Invalidez	174	61,7

**Tabela 2** – Caracterização clínica dos participantes – Portugal Continental, 2015-2016.

Variáveis	n	%
<b>Duração do transtorno</b>		
< 5 anos	43	15,2
5 a 10 anos	35	12,4
10 a 20 anos	61	21,6
> 20 anos	143	50,7
<b>Nº internamentos Psiquiatria</b>		
Nenhum	22	7,8
1	67	23,8
2 a 5	125	44,3
6 a 10	43	15,2
> 10	25	8,9

continua...

...continuação

Variáveis	n	%
<b>Internamento há menos de 1 ano</b>		
Sim	98	34,8
Não	184	65,2
<b>Medicação neuroléptica</b>		
1ª geração	41	14,5
2ª geração	127	45,0
1ª geração e 2ª geração	114	40,4
<b>Acompanhamento atual</b>		
Só consultas com Psiquiatra	34	12,1
Consultas com Psiquiatra e outro profissional (enfermeiro e/ou psicólogo)	123	43,6
Reabilitação Psicossocial	125	44,3
<b>Consumo substâncias atual</b>		
Sim	148	52,5
Não	134	47,5
<b>História consumo de substâncias</b>		
Sim	186	66,0
Não	96	34,0

Relativamente aos dados sociodemográficos, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas nos seguintes fatores: gênero, estado civil e região do país. No que respeita aos dados clínicos, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos seguintes fatores: tipo de tratamento/accompanhamento e consumo de substâncias. Assim, na Tabela 3 estão descritos os resultados dos testes psicométricos não paramétricos relativamente às variáveis coabitação ( $p=0,044$ ), situação profissional ( $p<0,001$ ) e duração do transtorno ( $p=0,002$ ) e na Tabela 4 os testes paramétricos ANOVA e test t com os resultados das variáveis idade ( $p<0,001$ ), habilitações literárias ( $p=0,016$ ), internamento em psiquiatria ( $p=0,05$ ) e medicação com neuroléptico de 1ª geração ( $p=0,022$ ).

Verifica-se pela análise dos resultados com diferenças estatisticamente significativas que os resultados da escala QLS<sub>7</sub>-PT foram superiores para os utentes que vivem numa residência autónoma (Mean Rank = 208,00) e inferiores para os que vivem com os filhos e/ou outros (Mean Rank = 106,02).

**Tabela 3** – Resultados das análises dos testes não paramétricos (teste Kruskal-Wallis) para a QLS<sub>7</sub>-PT – Portugal Continental, 2015-2016.

	N	Mean Rank	Chi-quadrado	p-value
<b>Coabitação</b>				
Residência autónoma	9	208,00		
Pais/Pai/Mãe	105	147,61		
Sozinho	54	141,16		
Instituição	52	139,24	11,428	0,044
Cônjuge/Companheiro(a)+Filhos	38	134,86		
Filho(a) e/ou outros	24	106,02		
<b>Situação profissional</b>				
Empregado/Estudante	26	231,40		
Não Ativo/Desempregado	82	144,51	37,545	0,000
Invalidez	174	126,65		
<b>Duração do transtorno</b>				
Menos de 5 anos	43	179,28		
De 5 a 10 anos	35	151,56		
De 10 a 20 anos	61	143,30	14,389	0,002
Mais de 20 anos	143	126,91		

**Tabela 4** – Resultados dos testes paramétricos para a QLS<sub>7</sub>-PT – Portugal Continental, 2015-2016.

	N	Média	Desvio Padrão	t*	F**	p-value
<b>Idade</b>						
20-30	39	4.44	1,067			
31-40	62	3.87	0,982			
41-50	75	3.82	1,020		5,892	0,000
51-60	60	3.79	0,993			
> 60	46	3.38	0,976			
<b>Habilitações literárias</b>						
1º ciclo do EB ou inferior	75	3,61	1,033			
2º e 3º ciclo do EB	132	3,82	0,965		3,477	0,016
Ensino Secundário	54	4,20	1,099			
Formação Universitária	21	3,78	0,888			
<b>Internamento em Psiquiatria</b>						
Sim	260	3,80	1,033			
Não	22	4,25	1,063	-1,965		0,050
<b>Internamento no último ano</b>						
Sim	98	2,99	1,634			
Não	184	3,40	1,682	-1,967		0,050
<b>Neuroléptico de 1ª geração</b>						
Sim	155	3,71	0,989			
Não	127	3,99	1,083	-2,302		0,022

\*teste t. \*\*teste ANOVA.

Relativamente à situação profissional, os empregados/estudantes obtiveram resultados superiores (Mean Rank = 231,40) quando comparados com os não ativos (Mean Rank = 144,51) ou com invalidez (Mean Rank = 126,65).

No que respeita à duração do transtorno, os que o tem há mais tempo são os que tem valores inferiores na escala QLS<sub>7</sub>-PT (Mean Rank = 126,91).

Em relação à idade, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que quanto maior a idade, menores os valores da escala QLS<sub>7</sub>-PT ( $p < 0,001$ ).

Relativamente às habilitações literárias, os que obtiveram resultados piores na escala QLS<sub>7</sub>-PT foram os que completaram apenas o 4º ano de escolaridade ou inferior ( $x=3,61$ ;  $\sigma=1,033$ ), sendo que os com melhores resultados foram os participantes com o 12º ano de escolaridade ( $x=4,20$ ;  $\sigma=1,099$ ).

Embora não se possa afirmar que há diferenças estatisticamente significativas relativamente à presença ou ausência de pelo menos um internamento no serviço de Psiquiatria, e ao internamento no último ano, uma vez que  $p=0,050$ , optou-se por apresentar estes resultados dado a proximidade de  $p < 0,050$ . Assim, e neste sentido, os que nunca estiveram internados tiveram resultados superiores na escala QLS<sub>7</sub>-PT ( $x=3,40$ ;  $\sigma=1,682$ ), bem como aqueles cujo último internamento foi há mais de 1 ano ( $x=3,40$ ;  $\sigma=1,682$ ).

Relativamente à utilização de neurolépticos de primeira geração obtiveram-se resultados estatisticamente significativos, sendo que quem não está medicado com esses neurolépticos obteve resultados superiores na escala QLS<sub>7</sub>-PT ( $x=3,99$ ;  $\sigma=1,083$ ).

## DISCUSSÃO

Este estudo evidencia a baixa qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. No que respeita às habilitações literárias, os dados indicam que os indivíduos com apenas o 4º ano de escolaridade ou inferior são os que apresentam pior qualidade de vida, sendo que os que apresentam melhor qualidade de vida são os que completaram o 12º ano de escolaridade. Destacamos o fato de os participantes com formação universitária terem uma pior qualidade de vida do que os que tem o 6º, 9º ou 12º ano de escolaridade, estando apenas acima dos que têm o 4º ano ou inferior.

Relativamente à situação profissional, os resultados são congruentes com outros estudos, pelo que os empregados/estudantes obtiveram cotações mais altas na escala QLS<sub>7</sub>PT quando comparados com os não ativos ou com invalidez. Essas conclusões corroboram as de outros estudos efetuados, que enfocam a importância da atividade ocupacional na qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia<sup>(10,14-16)</sup>. Perante esses fatos, torna-se crucial na reabilitação destes doentes a procura ativa de emprego, como também a implementação de empregos protegidos e a sensibilização dos empregadores para a importância da inserção das pessoas com esta patologia no mundo do trabalho. Assim, o desenvolvimento de programas e oportunidades ocupacionais para esta população deve ser uma das áreas a investir no transtorno mental grave. Ainda neste sentido, numa metanálise<sup>(17)</sup>, foram encontrados oito estudos acerca da influência do emprego na qualidade

de vida destes indivíduos, com uma correlação positiva entre a qualidade de vida e o estar empregado.

Quanto à coabitação, os dados apontam para uma melhor qualidade de vida nos participantes que vivem em residências autônomas. Considerando que os que vivem em residências autônomas são os que estão na reta final do processo de reabilitação psicossocial, podemos concluir que este tipo de intervenção é importante para a autonomia da pessoa com esquizofrenia e a sua inserção de forma adequada, eficaz e apoiada na comunidade. Os que vivem com os pais/pai/mãe (37,2%) obtiveram, em segundo lugar, melhores resultados na escala QLS<sub>7</sub>PT. Juntando os que vivem com os pais/pai/mãe aos que vivem com o cônjuge/companheiro, observamos que a maior parte da amostra vive com a família (50,7%). Assim, a aposta nos programas de psicoeducação para familiares é fundamental<sup>(18-20)</sup>. As pessoas com esquizofrenia que viviam em instituições tiveram pior qualidade de vida do que aqueles que viviam sozinhos ou com a família<sup>(21)</sup>. Estudo em que os participantes viviam na sua própria casa demonstrou melhor acesso a oportunidades e recursos para melhorarem a sua qualidade de vida do que as pessoas que vivem em instituições<sup>(22)</sup>. Assim, quando há um forte desejo de viver em casa própria ficam mais motivados para a reabilitação. Um resultado que nos surpreendeu negativamente foi a relação entre a qualidade de vida dos indivíduos que viviam com o cônjuge/companheiro, uma vez que esperávamos que fosse mais elevada devido aos diversos estudos que indicam que os doentes com companheiro têm melhor qualidade de vida<sup>(16)</sup>.

Constatamos ainda que, quanto maior a idade, mais longa é a duração do transtorno, menor a qualidade de vida. Esses resultados confirmam que a degradação da pessoa com esquizofrenia ao longo do curso do transtorno conduz a uma pior qualidade de vida. Num estudo que usou também a QLS, foram obtidos resultados semelhantes, sendo que uma maior duração do transtorno e uma maior idade estariam associados a uma pior qualidade de vida<sup>(21)</sup>. Neste sentido, num outro estudo, apesar da idade não estar significativamente relacionada com a qualidade de vida, uma maior duração do transtorno foi preditora de pior qualidade de vida<sup>(15)</sup>.

Em relação à medicação, os participantes medicados com neurolépticos de primeira geração tiveram piores resultados na escala de qualidade de vida do que os que estavam medicados apenas com neurolépticos de segunda geração, o que indica que este tipo de neurolépticos pode influenciar negativamente a qualidade de vida. Foram encontrados resultados similares numa outra investigação, que decorreu na Alemanha, com uma amostra de 149 indivíduos com esquizofrenia divididos em dois grupos, sendo que um grupo foi medicado com neurolépticos de primeira geração ( $n=69$ ) e outro grupo foi medicado com neurolépticos de segunda geração ( $n=80$ ), ao longo de 24 meses. Os resultados indicaram que a melhoria da qualidade de vida ao longo do tratamento foi significativamente superior no grupo medicado com os neurolépticos de segunda geração<sup>(23)</sup>.

Quanto aos internamentos em Psiquiatria, os dados indicam que os que nunca estiveram internados têm uma qualidade de vida superior aos que tiveram pelo menos um internamento ao longo da vida. Além disso, os participantes

que estiveram internados no ano anterior à recolha de dados tiveram também piores resultados na escala de qualidade de vida. Neste sentido, em estudo com 1.020 indivíduos com esquizofrenia que comparou a qualidade de vida com as recaídas, num período de 24 meses, verificou-se que quanto maior o nível de qualidade de vida, menor a taxa de recaída<sup>(24)</sup>.

Como limitações da presente investigação, cabe-nos referir o tamanho reduzido da amostra e a ausência de dados relativamente aos elementos da família e suas relações afetivas e significativas, e, ainda, suas características sociodemográficas, qualidade de vida e grau de sobrecarga.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidencia as influências relevantes de algumas características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. Os resultados indicam que, em relação aos dados sociodemográficos, fatores como a idade, a coabitação, a situação profissional e as habilitações literárias influenciam a qualidade de vida desses indivíduos. Já no que diz respeito aos dados clínicos, a duração do transtorno, a presença de pelo menos um internamento em psiquiatria ou ter estado internado no ano anterior e o uso de neurolépticos de primeira geração influenciam a qualidade de vida.

A presente investigação reforça a importância do desenvolvimento de atividades de enfermagem que promovam a autonomia do doente com esquizofrenia, a ocupação e o acompanhamento precoce desse paciente com vistas a prevenir a degradação da qualidade de vida com a progressão do transtorno mental. Assim, torna-se essencial a execução de um plano de ação que vise promover a autonomia desses indivíduos e a sua inserção na sociedade. Esta investigação reforça a importância do trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde mental comunitária, que deve ser continuado no sentido de evitar que a qualidade de vida desses doentes diminua com a evolução da esquizofrenia e deve iniciar-se a partir do momento em que ocorre o primeiro surto.

Sugerem-se novas investigações que abordem a relação entre a idade, a duração do transtorno mental e o uso de neurolépticos de primeira/segunda geração e o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. Outra sugestão é o desenvolvimento de um estudo de investigação que aborde a relação entre emprego, ocupação e rendimentos para perceber se o que melhora a qualidade de vida é a ocupação ou os rendimentos que advém dela e ainda abordar futuramente a relação entre o afeto paternal e a qualidade de vida.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos portugueses com esquizofrenia e relacioná-la com aspetos sociodemográficos e clínicos. **Método:** Estudo quantitativo de natureza transversal realizado com portadores de esquizofrenia, residentes em todo o território continental de Portugal, tendo sido aplicado um questionário sociodemográfico e clínico e a *Quality of Life Scale* versão reduzida (QLS,PT). Foram realizados testes paramétricos e não paramétricos para avaliar a correlação entre as variáveis. **Resultados:** A amostra foi constituída por 282 participantes. Apontam para uma melhor qualidade de vida os indivíduos que vivem em residências autónomas ou com os pais, empregados/estudantes, com transtorno há menos tempo e menor idade, com o 12º ano de escolaridade e não medicados com neurolépticos de primeira geração. **Conclusão:** Os resultados indicam que algumas características sociodemográficas e clínicas influenciam a qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia, pelo que devem ser consideradas na avaliação psiquiátrica e no planeamento das estratégias adaptadas e eficazes à sua reabilitação psicossocial.

## DESCRITORES

Esquizofrenia; Qualidade de Vida; Características da População; Enfermagem Psiquiátrica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los individuos portugueses con esquizofrenia y relacionarla con aspectos sociodemográficos y clínicos. **Método:** Estudio cuantitativo de naturaleza transversal realizado con portadores de esquizofrenia, residentes en todo el territorio continental de Portugal, habiendo sido aplicado un cuestionario sociodemográfico y clínico y la *Quality of Life Scale* versión reducida (QLS,PT). Se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para evaluar la correlación entre las variables. **Resultados:** La muestra fue constituída por 282 participantes. Los resultados apuntan a una mejor calidad de vida de quienes residen en residencias autónomas o con los padres, los empleados / estudiantes, con trastorno por menos tiempo y menor edad, con 12 años de escolaridad y no medicados con neurolépticos de primera generación. **Conclusión:** Los resultados indican que algunas características sociodemográficas y clínicas influyen en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia, por lo que deben ser consideradas en la evaluación psiquiátrica y en la planificación de las estrategias adaptadas y eficaces a su rehabilitación psicossocial.

## DESCRIPTORES

Esquizofrenia; Calidad de Vida; Características de la Población; Enfermería Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

1. 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 Psychiatry*. 2015;62(1):12-20. DOI: 10.1177/0020764015585330.
2. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: a comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res*. 2007;16(1):17-29. DOI: 10.1007/s11136-006-9002-6
3. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. Geneva: WHOS; 2013 [cited 2016 Dec 2] Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

4. Alessandrini M, Lançon C, Fond G, Faget-Agius C, Richieri R, Faugere M, et al. A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016;171(1-3):27-34. DOI:10.1016/j.schres.2016.01.012.
5. Xavier M, Baptista H, Mendes J, Magalhães P, Caldas-de-Almeida J. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal: rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(1):19.
6. Gómez-de-Regil L. Curso de la enfermedad y calidad de vida en pacientes mexicanos con psicosis. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8(4):218-23. DOI: 10.1016/j.rpsmen.2013.12.002
7. Brissos S, Balanzá-Martínez V, Dias VV, Carita AI, Figueira ML. Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;261(7):509-17. DOI: 10.1007/s00406-011-0200-z
8. Gorna K, Jaracz K, Jaracz J, Kiejda J, Grabowska-Fudala B, Rybakowski J. Social functioning and quality of life in schizophrenia patients-relationship with symptomatic remission and duration of illness. *Psychiatr Pol.* 2014;48(2):277-88.
9. Song YY, Kim KR, Park JY, Lee SY, Kang JI, Lee E, et al. Associated factors of quality of life in first-episode schizophrenia patients. *Psychiatry Investig.* 2011;8(3):201-6. DOI: 10.4306/pi.2011.8.3.201.
10. 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.
11. Chou CY, Ma MC, Yang TT. Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2014;154(1-3):83-8. DOI: 10.1016/j.schres.2014.02.011.
12. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull.* 1984;10(3):388-98. DOI: 10.1093/schbul/10.3.388
13. Fervaha G, Remington G. Validation of an abbreviated quality of life scale for schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(9):1072-7. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2012.11.009
14. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2006;163(3):411-7. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.3.411
15. Hsiao CY, Hsieh MH, Tseng CJ, Chien SH, Chang CC. Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *J Clin Nursing.* 2012;21(15-16):2367-76. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04067.x
16. Othman Z, Ghazali M, Razak AA, Husain M. Severity of tardive dyskinesia and negative symptoms are associated with poor quality of life in schizophrenia patients. *Int Med J.* 2013;20(6):677-80.
17. Bouwmans C, Sonnevile C, Mulder CL, Hakkaart-van Roijen L. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:2125-42. DOI: 10.2147/NDT.S83546.
18. Pinho LM, Pereira AM. Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2015;(14):15-23. DOI: 10.19131/rpesm.0101
19. Caqueo-Úrizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:145-51. DOI: 10.2147/NDT.S51331.
20. Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(12):1145-62. DOI: 10.4088/JCP.12r08308.
21. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94(2):118-24. DOI: 10.1111/j.1600-0447
22. Browne G, Courtney M. Exploring the experience of people with schizophrenia who live in boarding houses or private homes: a grounded theory study. *Contemp Nurse.* 2005;18(3):233-46. DOI: 10.5172/conu.18.3.233
23. Gründer G, Heinze M, Cordes J, Mühlbauer B, Juckel G, Schulz C, et al. Effects of first-generation antipsychotics versus second-generation antipsychotics on quality of life in schizophrenia: a double-blind, randomised study. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):717-29. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00085-7
24. Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, Toumi M. Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2013;13:15. DOI: 10.1186/1471-244X-13-15

