

GABRIELA MENDONÇA SICONE

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA RECENTE E CRÔNICA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial ao grau de Médico e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 20 de novembro de 2018.

Ana Paula Werneck de Castro
Orientadora

Geder Grohs
Membro da banca examinadora

Pedro Affonso Rosar
Membro da banca examinadora

Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia recente e crônica

Ana Paula Werneck de Castro^{1,2}, Gabriela Mendonça Sicone².

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Rua Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88040-900,

Brasil. Email: apwerneck@gmail.com.

² Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Campus Pedra Branca, SC, Brasil.

Estudo conduzido no ambulatório de Psicose no IPQ/HU, R. Professora Maria Flora Pausewang - Trindade, Florianópolis - SC, 88036-800.

Endereço para contato: Gabriela Mendonça Sicone, Universidade Sul de Santa Catarina (UNISUL), Campus Pedra Branca, SC, Brasil. Telefone: (+55 48) 999191469. Email: Gabriela.sicone@gmail.com

Archives of Clinical Psychiatry (Revista Psiquiatria Clínica)

www.archivespsy.com

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é uma doença crônica com comprometimento em diversas áreas do funcionamento humano, afeta desfavoravelmente a qualidade de vida dos pacientes e seu impacto pode variar de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas. **Objetivos:** Esse estudo avaliou fatores associados à qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia crônica e recente. **Método:** Foi realizado estudo transversal, com amostra de 38 pacientes em banco de dados coletado no ambulatório de Psicose IPQ/HU, Florianópolis. As informações referentes a qualidade de vida, cognição e capacidade funcional, sintomas positivos e negativos foram obtidas através da *Quality of Life Scale (QLS-BR)*, *SCORS-BR*, *PANSS*, respectivamente. Variáveis independentes contínuas foram analisadas pelo test “t de Student” e variáveis independentes categóricas foram analisadas pelo teste qui-quadrado. Foi estabelecido nível de confiança de 95% ($p \leq 0,05$) para significância estatística dos dados. O programa SPSS foi utilizado para análise de dados. **Resultados:** A presença de sintomas psicóticos ($p=0,016$) e cognitivos ($p=0,037$) esteve associada a pior qualidade de vida. Não foi encontrada associação em demais variáveis. **Discussão:** Não houve diferenças entre a qualidade de vida dos pacientes crônicos e recentes e ambos apresentaram considerável prejuízo na qualidade de vida.

Palavras-chaves: Esquizofrenia, qualidade de vida, primeiro episódio, crônicos, escala QLS-BR.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹. A esquizofrenia cursa com comprometimento da qualidade de vida desde o primeiro surto psicótico². Por isso, avaliar a qualidade de vida desde o início da doença é uma medida utilizada para determinar a eficácia do tratamento³.

A esquizofrenia é um transtorno psicótico com comprometimento em diversas áreas do funcionamento, incluindo cognição, comportamento, afeto e pensamento⁴. É considerada recente a doença diagnosticada há até 5 anos⁵. Acomete mais de 21 milhões de indivíduos⁴ e está relacionada a 13-15 anos de redução de expectativa de vida⁶. Além disso, está associada ao maior risco de suicídio⁷, maior propensão ao abuso de substâncias e às comorbidades como Diabetes Mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, depressão, demência entre outras⁸.

Estudos relacionaram fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida na esquizofrenia^{9,10}. Sexo feminino, estado civil casado¹¹ e estar empregado¹² foram preditores de melhor qualidade de vida. Em contrapartida, idade avançada, hospitalizações psiquiátricas¹², tentativas de suicídio¹³, presença de sintomas negativos e cognitivos se associaram a pior qualidade de vida¹⁴.

A duração da doença foi o principal fator de comprometimento da qualidade de vida nessa população. Grant C et al. observaram que indivíduos com esquizofrenia crônica tiveram melhor qualidade de vida comparados aos recentes por tolerarem mais os sintomas da doença¹⁵.

No Brasil, poucos estudos foram realizados para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia, especialmente em relação àqueles com diagnóstico recente. Porém, constatou-se que a maioria desses pacientes possuía prejuízo na qualidade de vida tanto global quanto em seus domínios^{9,10,16}.

O objetivo desse estudo foi avaliar os fatores associados à qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia recente e crônica.

MÉTODO

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional transversal cujas informações foram obtidas a partir do banco de dados coletado pelo grupo de pesquisa do ambulatório de Psicose do Instituto de Psiquiatria/Hospital Universitário, localizado na cidade de Florianópolis, no período de Junho de 2015 a Julho de 2017.

Os pacientes selecionados eram maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de esquizofrenia pelo CID-10. Foram excluídos os pacientes que apresentaram transtorno neurológico ou retardo mental.

O programa OpenEpi foi utilizado para o cálculo da amostra de 38 pacientes considerada suficiente para medir diferenças nos escores médios de qualidade de vida de pelo menos 0,81 pontos tendo como parâmetros escores médios esperados de 1,6 e 2,41 respectivamente nos grupos de esquizofrenia recente e crônica¹⁶. Ficou estabelecido nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%.

A variável dependente do estudo foi o escore global médio da QLS-BR. As variáveis independentes foram idade (<40 anos, $\geq$ 40 anos), sexo (masculino, feminino), situação profissional (empregado, desempregado), situação conjugal (com parceiro, sem parceiro), hospitalizações psiquiátricas (sim, não), tentativa de suicídio (sim, não), uso de substância psicoativas (sim, não), história familiar psiquiátrica (sim, não), uso de antipsicóticos (primeira geração, segunda geração, clozapina) e tempo de diagnóstico da doença ($\leq$ 5anos, >5anos).

As informações referentes à qualidade de vida foram coletadas a partir do instrumento QLS-BR, adaptado por Cardoso et al. e com boas qualidades psicométricas quando traduzida para o Brasil^{17,18}. A QLS-BR é constituída por uma escala de 21 itens completados a partir do julgamento do entrevistado e do observador. Distribui-se em três domínios (social, ocupacional, intrapsíquico e de relações interpessoais). Os itens contêm informações referentes ao paciente nas últimas três semanas anteriores à entrevista. As respostas de cada item seguem uma escala do tipo Likert de sete pontos: os escores de 5 e 6 indicam funcionamento inalterado, 2 a 4 considerável prejuízo, 0 ou 1 prejuízo grave. Os maiores escores médios refletem uma melhor qualidade de vida.

As informações referentes à cognição e à capacidade funcional dos pacientes nas últimas duas semanas foram coletadas a partir do instrumento Schizophrenia Cognition Rate Scale adaptado para uso no Brasil¹⁹. A SCORS-BR é constituída por um total de 20 questões com cada um dos itens pontuados de 0 (ausência de alterações) a 4 (comprometimento máximo). A avaliação do entrevistador baseia-se na impressão geral do paciente e do informante em cada um dos itens. Ao final, a SCORS-BR gera quatro pontuações distintas: avaliação global do paciente, informante, entrevistador, e uma pontuação que é o somatório das três avaliações globais anteriores, resultando em escore total que varia de 20 a 80 pontos.

As informações referentes aos sintomas positivos e negativos foram coletadas através da Positive and Negative Syndrome Scale validada para o Brasil²⁰. Esse instrumento apresenta 30 itens e é composto por três subescalas (positiva, negativa e psicopatologia geral). Os itens são pontuados entre 1(ausência do sintoma) e 7 (presença extrema do sintoma), representando um aumento nos níveis observados dos sintomas psicóticos e psicopatológicos. A soma da pontuação dos itens resulta em escore de cada subescala, mas o escore ponderado é o resultado da subtração do escore da escala de sintomas negativos e do escore da escala dos sintomas positivos, podendo variar de -42 a +42.

Foram realizadas análises univariadas para avaliar a associação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, incluindo sintomas psiquiátricos e clínicos, e o desfecho dicotômico. Variáveis independentes contínuas foram analisadas pelo teste “t de Student”, uma vez que a distribuição das variáveis não falharam em rejeitar a hipótese nula de normalidade por meio do teste kolmogorov-Smirnov. Variáveis independentes categóricas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado. As variáveis cuja análise de associação com o desfecho resultou em um valor de “p” menor que 0,20 foram incluídas na análise de regressão múltipla. Foi estabelecido o nível de confiança de 95% para significância estatística dos dados. No modelo final, variáveis cuja associação com o desfecho resultou em um p menor ou igual a 0,05 foram consideradas significativamente associadas ao desfecho. O programa SPSS 18.0 foi utilizado na análise de dados.

Este estudo faz parte de um estudo já aprovado no CEP do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina nº 1.432.157.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 38 pacientes diagnosticados com esquizofrenia pelo CID-10, atendidos no período de junho de 2015 a julho de 2017 no ambulatório de Psicose IPQ/HU, Florianópolis.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	28	73,6
Feminino	10	26,4
Idade		
<40 anos	14	36,9
≥40 anos	24	63,1
Situação conjugal		
Sem parceiro	32	84,2
Com parceiro	06	15,8
Situação profissional		
Desempregado	33	86,8
Empregado	05	13,2
Internação psiquiátrica		
Sim	31	81,5
Não	07	18,5
Tentativa de suicídio		
Sim	13	34,2
Não	25	65,8
Uso substância psicoativa		
Sim	17	44,7
Não	21	55,3
História familiar psiquiátrica		
Sim	29	76,3
Não	09	23,7
Antipsicóticos		
Primeira geração	03	7,9
Segunda geração	20	52,6
Clozapina	15	39,5
Tempo diagnóstico		
≤ 5 anos	19	50,0
>5 anos	19	50,0

Em relação às características sociodemográficas, observou-se predomínio do sexo masculino (73,6%), faixa etária igual ou superior a 40 anos (63,1%), situação conjugal sem parceiro (84,2%), desemprego (86,8%). Em relação às características clínicas, observou-se predomínio de internações psiquiátricas (81,5%), mais de um terço dos pacientes já havia tentado suicídio (34,2%), quase metade já havia feito uso de substâncias psicoativas (44,7%). A maioria

apresentava história familiar psiquiátrica (76,3%) e fazia uso de antipsicóticos de segunda geração (52,6%). Metade dos pacientes apresentava diagnóstico de esquizofrenia crônica (TABELA 1).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas categorizadas em recentes e crônicos.

Variáveis	Recentes n (%)	Crônicos n(%)	Valor de p
Sexo			
Masculino	15 (78,9)	13 (68,4)	0,714
Feminino	04 (21,1)	06 (31,6)	
Idade			
≥ 40anos	03 (15,8)	11 (57,9)	0,017
<40anos	16 (84,2)	08 (42,1)	
Situação profissional			
Empregado	03 (15,8)	02 (10,5)	1,000
Desempregado	16 (84,2)	17 (89,5)	
Situação conjugal			
Com parceiro	02 (10,5)	04 (21,1)	0,660
Sem parceiro	17 (89,5)	15 (78,9)	
História familiar psiquiátrica			
Sim	15 (78,9)	14 (73,7)	1,000
Não	04 (21,1)	05 (26,3)	
Uso substância psicoativa			
Sim	11 (57,9)	06 (31,6)	0,191
Não	08 (42,1)	13 (68,4)	
Internação psiquiátrica			
Sim	16 (84,2)	15 (78,9)	1,000
Não	03 (15,8)	04 (21,1)	
Tentativa de suicídio			
Sim	08 (42,1)	05 (26,3)	0,495
Não	11 (57,9)	14 (73,7)	
Uso antipsicóticos			
Primeira geração	02 (10,5)	01 (5,3)	0,486
Segunda geração	12 (63,2)	08 (42,1)	
Clozapina	05 (26,3)	10 (52,6)	

A maioria dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia recente era do sexo masculino (78,9%), apresentava faixa etária menor do que 40 anos (84,2%), estava desempregada (84,2%), sem parceiro (89,5%), com história familiar positiva de transtorno psiquiátrico (78,9%), havia feito uso de substâncias psicoativas (57,9%), tinha sido hospitalizada (84,2%), não havia tentado suicídio (57,9%) e fazia uso de antipsicóticos de segunda geração (63,2%). Nos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia crônica, a maioria era do sexo masculino (68,4%), apresentava faixa etária maior ou igual a 40 anos (57,9%), estava desempregada (89,5%), sem parceiro (78,9%), com história familiar positiva de transtorno psiquiátrico (73,7%), não havia feito uso de substâncias psicoativas (68,4%), já tinha sido hospitalizada (78,9%), não havia tentado suicídio (73,7%) e fazia uso de

clozapina (52,6%). Somente foi encontrada diferença estatisticamente significativa na variável idade (TABELA 2).

Tabela 3 – Escore médio global da versão brasileira da escala *Quality of Life Scale (QLS-BR)* na amostra total, recentes e crônicos.

QLS	Média	DP
Total	2,84	0,944
Recentes	2,84	0,879
Crônicos	2,85	1,029

Tabela 4 - Comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas com os resultados da versão brasileira da escala *Quality of Life Scale (QLS-BR)*.

Variáveis	QLS-BR			Valor de p
	N	Média	DP	
Sexo				
Masculino	28	2,82	1,00	0,762
Feminino	10	2,92	0,80	
Idade				
≥ 40anos	24	2,86	0,97	0,874
<40anos	14	2,81	0,92	
Situação profissional				
Empregado	33	2,84	1,00	0,904
Desempregado	05	2,89	0,39	
Situação conjugal				
Com parceiro	06	2,62	0,92	0,524
Sem parceiro	32	2,89	1,09	
História familiar psiquiátrica				
Sim	29	3,01	0,99	0,565
Não	09	2,79	0,78	
Uso substância psicoativa				
Sim	17	3,11	0,97	0,116
Não	21	2,63	0,88	
Internação psiquiátrica				
Sim	31	2,96	1,15	0,131
Não	07	2,36	0,87	
Tentativa de suicídio				
Sim	13	3,21	0,83	0,083
Não	25	2,65	0,95	

Uso antipsicóticos				
Primeira geração	03	3,26	1,00	0,486
Segunda geração	20	2,68	0,95	
Clozapina	15	2,97	0,94	
Tempo diagnóstico				
≤5anos	19	2,84	0,87	0,974
>5anos	19	2,85	1,02	

Ao avaliar a qualidade de vida dos pacientes, observou-se pior média global no sexo masculino, faixa etária menor de 40 anos, estar empregado, possuir parceiro, não apresentar história familiar psiquiátrica e não ter feito uso de substâncias psicoativas. Apresentar internação psiquiátrica prévia, já ter tentado suicídio e fazer uso de antipsicóticos de primeira geração se relacionaram com melhor qualidade de vida. Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, não houve diferença significativa na qualidade de vida ($p=0,974$). Não foram apresentadas significâncias estatísticas em nenhuma das associações (TABELA 4).

Tabela 5 – Scors entrevistador e PANSS em crônicos recentes

	RECENTE	CRÔNICOS
	Média	Média
Scors entrevistador	40,93	45,67
PANSS	33,44	32,25

Tabela 6 – Regressão linear das variáveis Scors entrevistador e PANSS

	β	T	Valor de p
Scors entrevistador	-0,379	-2,217	0,037
PANSS	-0,448	-2,620	0,016

Foi feita análise de regressão linear múltipla para verificar se o escore total da SCORS entrevistador e PANSS são capazes de prever qualidade de vida. A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo [F ANOVA (2,22) = 11,492; $p<0,000$; $R^2 = 0,511$]. Portanto, SCORS entrevistador e escore total da PANSS são preditores inversamente relacionados à QLS-BR. Logo, 51% da variância na QLS-BR pode ser explicada pela SCORS entrevistador e PANSS.

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou considerável prejuízo na qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia, como observado por outros autores. Em estudo internacional foi encontrado considerável prejuízo e prejuízo grave em 78,3% dos pacientes com a comorbidade²¹. No Brasil, esses dados alcançaram a proporção de 93,7%²². Isso provavelmente é devido ao prejuízo no funcionamento global do indivíduo causado pela esquizofrenia.

O escore global médio da QLS em pacientes com esquizofrenia recente e crônico foi semelhante, ambos com considerável prejuízo na qualidade de vida, apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa. Esse comprometimento já é observado desde o início da doença quando comparado a população em geral². Em relação aos crônicos, os recentes possuem pior qualidade de vida subjetiva, pois estão menos adaptados a doença^{15,23}. Rocca et al relacionaram a fase recente ao maior comprometimento clínico e social e a fase crônica a estabilidade e adaptabilidade a doença²³. Porém, na literatura existem estudos que mostram relação inversa entre a qualidade de vida e o tempo de doença^{9,12}, provavelmente devido ao efeito degradante da esquizofrenia ao longo do tempo.

Estudos associaram melhor qualidade de vida com possuir parceiro^{11,24} e estar empregado^{12,24}. Yolanda et al tiveram como resultados mais fortemente correlacionados a qualidade de vida os associados aos relacionamentos interpessoais e sociais, pois indivíduos mais socialmente integrados tem mais habilidades para viver de forma autônoma²⁵. Nesse estudo não houve associação dessas variáveis com a qualidade de vida, provavelmente devido as dificuldades encontradas por essa população no âmbito social, o que se observa através da grande proporção de indivíduos sem parceiro (84,2%) e desempregado (86,8 %) na amostra.

O uso de substâncias psicoativas foi bem expressivo na amostra, quase a metade (44,7%) dos participantes já tinha feito uso durante a vida. As causas que levaram os indivíduos a usar as substâncias foram para pertencer a um grupo, falta de esperança, forma de tratamento²⁶. Não houve associação entre qualidade de vida e uso de substâncias psicoativas. O motivo disso talvez seja a maior atividade social deste grupo comparada a de não usuários, o que é necessário para obtenção e consumo dessas substâncias, além da menor predominância de sintomas negativos.

O suicídio na esquizofrenia está associado ao número de hospitalizações, história familiar de doença psiquiátrica e abuso de substâncias⁷. Em estudo realizado em indivíduos com mais de 40 anos de idade, 36% da amostra apresentou pelo menos graus leves de ideação suicida. A baixa qualidade de vida foi importante fator preditor de tentativa de suicídio¹³. A porcentagem de 34,2% encontrada neste estudo foi similar e não foi associada à qualidade de vida. Essa alta taxa é, provavelmente, decorrente dos sintomas positivos e depressivos da doença.

A maioria (81,5%) dos pacientes já tinha sido hospitalizada, o que é típico dessa população^{9,16}. A importância da aderência a medicação atua em prol da qualidade de vida. Em estudo realizado na Bolívia, no Peru e no Chile foi observado aumento do escore total de 41,4 para 51,2 após um ano de tratamento medicamentoso²⁷. No atual estudo não houve associação entre o uso de antipsicóticos e qualidade de vida. Estudos apresentaram melhor qualidade de vida em pacientes que faziam uso de antipsicóticos atípicos^{12,28}, provavelmente por causarem menos sintomas extrapiramidais. Nos pacientes em uso de clozapina devido à esquizofrenia refratária, observou-se prejuízo na qualidade de vida²⁹, provavelmente por apresentarem a forma mais grave da doença.

A associação entre a sintomatologia avaliada pela PANSS e Scors (entrevistador) e a qualidade de vida foi significativa. Cruz et al realizaram estudo com 79 pacientes com diagnóstico

de esquizofrenia e observaram que um nível elevado de sintomas cognitivos (ScoRs entrevistador ≥ 44) foi preditor de pior qualidade de vida, enquanto que um nível reduzido de sintomas negativos (PANSS negativo <11) foi forte preditor de melhor qualidade de vida¹⁴. Em escalas como a QLS-Br, dependente de entrevistador, os sintomas mais preditores de qualidade de vida foram os negativos, já em escala que dependem da auto-avaliação, os sintomas depressivos foram os mais importantes³⁰.

A limitação deste estudo foi que devido à amostra reduzida com delineamento transversal não foi possível inferir a relação causa e consequência entre os fatores associados e a qualidade de vida. Em próximos estudos, isso poderia ser melhor avaliado com delineamento longitudinal e uma amostra maior de pacientes. Além disso, há restrição de comparação com outros estudos devido a instrumentos de mensuração diferentes da QLS-BR.

Em conclusão, este estudo não encontrou diferença entre a qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia crônica e recente e ambos os grupos apresentaram considerável prejuízo na qualidade de vida. A presença de sintomas psicóticos e cognitivos foi preditora de pior qualidade de vida. Demais variáveis do estudo não estiveram associadas à qualidade de vida.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os pesquisadores declaram ausência de conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora e ao núcleo do trabalho de conclusão de curso por todos ensinamentos e apoio para construção deste artigo. À banca examinadora, muito obrigada por aceitar participar da análise crítica do trabalho, fundamental para enriquecê-lo.

REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization (WHO)_quality of life. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.
2. Song Y, Kim K, Park J, Lee S, Kang J, Lee E, et al. Associated factors of quality of life in first-episode schizophrenia patients. *Psychiatry Investig*. 2011; 8(3): 201-6.
3. Watson P, Zhang JP, Rizvi A, Tamaiev J, Birnbaum ML, Kane J. A meta-analysis of factors associated with quality of life in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2018; 0(0): 01-11.
4. World Health Organization (WHO)_schizophrenia. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
5. Breitborde NJ, Srihari VH, Woods SW. Review of the operational definition for first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2009; 3(4):259-65.
6. Hjorthoj C, Sturup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(4):295-301.
7. Bani-Fatemi A, Polsinelli G, Kennedy JL, De Luca V. Ethnicity and suicide attempt: analysis in bipolar disorder and schizophrenia; Schizophrenia – a predictor of suicide during the second half of life. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 252.
8. Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Heun R. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 264(1): 03-28.
9. 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.
10. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Silva JT, Fonseca JOP. Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2035-48.
11. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1338-48.
12. 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.
13. Kasckow J, Montross L, Golshan S, Mohamed S, Patterson T, Sollanzano E et al. Suicidality

in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: relationship to functioning and quality of life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(12):1223-8.

14. Cruz BF, Resende CB, Carvalhaes CF, Cardoso CS, Teixeira AL, Keefe RS, Rocha FL, Salgado JV. Interview-based assessment of cognition is a strong predictor of quality of life in patients with schizophrenia and severe negative symptoms. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016; 38(3): 216-21.

15. Grant C, Addington J, Addington D, Konnert C. Social functioning in first-and multiepisode schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2001; 46(8):746-9.

16. Santana A, Chianca T, Cardoso CS. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(3): 187-194.

17. Cardoso CS, Bandeira M, Caiaffa WT, Fonseca JOP. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): adaptação transcultural para o Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2002; 51(1):31-8.

18. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Fonseca IK, Fonseca JOP. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. *J Bras Psiquiatr*. 2003; 52(3):211-22.

19. Junior B, Barbosa M, Barbosa I, Borges A, Hara C, Rocha F. Versão brasileira da Escala de Avaliação da Cognição em Esquizofrenia (SCORS-BR) -Validação em contextos clínicos sem informantes. *J. Bras Psiquiatr*. 2010; 59(4): 271-8.

20. Higuchi C, Ortiz B, Berberian A, Noto C, Cordeiro Q, Belangero S, et al. Factor structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in Brazil: convergent validation of the Brazilian version. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(4): 336-9.

21. Rocca P, Montemagni C, Mingrone C, Crivelli B, Sigauo M, Bogetto F. A cluster-analytical approach toward real-world outcome in outpatients with stable schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2016; 32:48-54.

22. Silva T, Mason V, Abelha L, Lovisi G, Cavalcanti M. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com transtorno do espectro esquizofrênico atendidos nos centros de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(2): 91-8.

23. Rocca P, Giugiario M, Montemagni C, Rigazzi C, Rocca G, Bogetto F. Quality of life and psychopathology during the course of schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2009; 50(6):542-8.

24. 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.

25. Fontanil-Gomez Y, Alcedo Rodriguez MA, Gutierrez Lopez MI. Personal and macro-systemic

factors as predictors of quality of life in chronic schizophrenia. *Psicothema*. 2017; 29(2):160-5.

26. Asher CJ, Gask L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: Qualitative study. *BMC Psychiatry*; 2010. 10:94.

27. Caqueo-urizar A, Urzua A, Fond G, Boyer L. Medication nonadherence among South American patients with schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11:1737-44.

28. 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.

29. Freitas P, Pinto J, Nunes F, Souza A, Machado R. Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(1):60-8.

30. Kusel Y, Laugharne R, Perrington S, McKendrick J, Stephenson D, Stockton-Henderson J et al. Measurement of quality of life in schizophrenia: a comparison of two scales. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(10): 819-23.

