



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

ARTUR GEVÁZIO LIRA DA SILVA

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA

SOBRAL

2023

ARTUR GEVÁZIO LIRA DA SILVA

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA

Dissertação de Mestrado “Avaliação e Intervenção na Qualidade de Vida dos Pacientes com Espectro da Esquizofrenia” apresentado ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Políticas Públicas na linha de Pesquisa Clínica, Saúde e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Suely Alves Costa

SOBRAL
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S578a Silva, Artur Gevásio Lira da.
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA / Artur Gevásio Lira da Silva. – 2023.
126 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa
de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas, Sobral, 2023.
Orientação: Profa. Dra. Maria Suely Alves Costa.

1. Esquizofrenia. 2. Qualidade de vida. 3. Intervenção Psicossocial. 4. Saúde Mental. I.
Título.

CDD 302.5

ARTUR GEVÁZIO LIRA DA SILVA

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA

Dissertação de Mestrado “Avaliação e Intervenção na Qualidade de Vida dos Pacientes com Espectro da Esquizofrenia” apresentado ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Políticas Públicas na linha de Pesquisa Clínica, Saúde e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Suely Alves Costa

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Suely Alves Costa (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Roselane da Conceição Lomeo
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Rodrigo da Silva Maia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente” (Skinner, 1948).

RESUMO

Os transtornos do espectro da esquizofrenia compõem um grupo distinto e bastante característico de psicopatologias, os quais possuem como critérios centrais a perda do contato com a realidade e a presença de prejuízos funcionais na esfera afetiva, cognitiva e comportamental, ocorrendo também danos nas relações familiares e sociais. Esses transtornos são classificados como doenças crônicas não transmissíveis, sendo associados a deficiências e incapacidades funcionais, afetando de forma significativa diversos aspectos do cotidiano, como as relações sociais, os vínculos familiares e as atividades relacionadas à garantia de renda. Assim, qualquer tipo de intervenção que trabalhe com alguns desses aspectos, deve buscar a promoção da qualidade de vida e autonomia do paciente, já que em condições crônicas, a promoção de qualidade de vida torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes. Diante disso, o presente relatório técnico conclusivo apresenta o processo de elaboração dos produtos técnicos oriundos desta pesquisa. A saber, um e-book informativo com informações referentes à avaliação e intervenção na qualidade de vida de pacientes com transtornos do espectro das esquizofrenias, voltado aos profissionais de nível superior atuantes na Rede de Atenção Psicossocial e uma cartilha para os cuidadores de pessoas com esquizofrenia, assim como os próprios usuários. Além disso, a pesquisa gerara dois artigos: Um relacionado ao estado atual da literatura acerca de intervenções voltadas ao incremento da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia e outro sobre os instrumentos psicométricos existentes e validados no país para a avaliação da qualidade de vida de esquizofrênicos. Para a obtenção do estofa técnico das cartilhas, recorreu-se a uma revisão sistemática de literatura de publicações que discutissem aspectos relacionados às intervenções com pacientes esquizofrênicos focadas na melhoria da qualidade de vida, além de listar os instrumentos disponíveis para a avaliação desse construto. Posteriormente, realizou-se entrevistas semiestruturadas com os profissionais de nível superior do Centro de Atenção Psicossocial Regional de Tamboril, com o intuito de coletar informações acerca de sua prática profissional com o público esquizofrênico. As falas foram transcritas e analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin, no qual obtivera-se as categorias temáticas que orientaram a construção da cartilha. As intervenções obtidas com as revisões de literatura, foram apresentadas aos profissionais através da metodologia do grupo focal, no qual

coletou-se informações quanto a sua viabilidade de aplicação no âmbito da RAPS, assim como as sugestões e anseios dos profissionais. Após novas alterações, as versões finais dos produtos didáticos, foram apresentadas aos profissionais, para que trouxessem suas opiniões e críticas aos produtos. A elaboração da pesquisa, permitiu constatar que a literatura nacional sobre qualidade de vida e esquizofrenia, seja no âmbito interventivo, como de instrumentos psicométricos, ainda é bastante escassa. Assim, as produções obtidas, além de servirem como material de divulgação científica para o público em geral, com vias de esclarecer más concepções sobre o espectro, também trouxe contribuições a essa lacuna de pesquisa ainda pouco explorada no país.

Palavras-chave: esquizofrenia; qualidade de vida; intervenção; avaliação.

ABSTRACT

The spectrum disorders of schizophrenia compose a distinct and quite characteristic group of psychopathologies, which have as central criteria the loss of contact with reality and the presence of functional impairments in the affective, cognitive, and behavioral spheres, also occurring damage in family and social relationships. These disorders are classified as chronic non-communicable diseases, being associated with functional disabilities and disabilities, significantly affecting various aspects of daily life, such as social relationships, family ties and activities related to income guarantee. Thus, any type of intervention that works with some of these aspects should seek to promote the quality of life and autonomy of the patient, since in chronic conditions, the promotion of quality of life becomes even more important, since the treatment is not curative, as in the case of severe and persistent mental disorders. Therefore, this conclusive technical report presents the process of elaboration of the technical products derived from this research. Namely, an informative e-book with information regarding the evaluation and intervention in the quality of life of patients with schizophrenia spectrum disorders, aimed at higher education professionals working in the Psychosocial Care Network and a booklet for caregivers of people with schizophrenia, as well as the users themselves. In addition, the research had generated two articles: one related to the current state of the literature on interventions aimed at increasing the quality of life of people with schizophrenia and another on the existing and validated psychometric instruments in the country for the evaluation of the quality of life of schizophrenics. To obtain the technical upholstery of the booklets, we resorted to a systematic literature review of publications that discussed aspects related to interventions with schizophrenic patients focused on improving quality of life, in addition to listing the instruments available for the evaluation of this construct. Subsequently, semi-structured interviews were conducted with the higher education professionals of the Regional Psychosocial Care Center of Tamboril, to collect information about their professional practice with the schizophrenic public. The speeches were transcribed and analyzed through Bardin's Content Analysis, in which the thematic categories that guided the construction of the booklet were obtained. The elaboration of the research allowed us to verify that the national literature on quality of life and schizophrenia, whether in the interventional scope, or in the psychometric instruments, is still quite scarce. Thus, the productions obtained, in addition to serving as scientific dissemination material for the public, with ways to clarify misconceptions

about the spectrum, also brought contributions to this research gap still little explored in the country.

Keywords: schizophrenia; quality of health; intervention; assessment.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PESQUISA.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral	16
3.2 Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Procedimentos	17
3.1.1 Revisão de literatura	19
3.1.2 Entrevistas e grupos focais com os profissionais de nível superior	19
3.2 Análise das informações	20
4 PRODUTOS TÉCNICOS GERADOS	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICE A – EBOOK VOLTADO AOS PROFISSIONAIS DA RAPS.....	24
APÊNDICE B – EBOOK VOLTADO AO PÚBLICO GERAL E USUÁRIOS DA RAPS	67
APÊNDICE C – ARTIGO ACERCA DAS INTERVENÇÕES	86
APÊNDICE D – ARTIGO ACERCA DOS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS DISPONÍVEIS NO BRASIL.....	108

1 APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PESQUISA

Os transtornos do espectro da esquizofrenia se trata de grupo de transtornos mais conhecidos no campo da saúde mental, tendo gerado discussões diversas para além da psiquiatria e das psicologias, atingindo a filosofia, as ciências sociais e entre outros. Estes possuem características bastante distintas e idiossincráticas, como a perda do contato com a realidade e a presença de prejuízos funcionais na esfera afetiva, cognitiva e comportamental, ocorrendo também danos nas relações familiares e sociais (American Psychiatric Association, 2014; Dalgarrondo, 2019). Conforme a última versão da Classificação Internacional de Doenças - CID 11 (World Health Organization, 2020), esse grupo é denominada “Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários”, e inclui a Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Esquizotípico, Transtorno Psicótico Agudo e Transitório, Transtorno Delirante, outros transtornos psicóticos primários e transtornos psicóticos primários não especificados.

No que diz respeito a incidência desse espectro na população em geral, estudos apontam que de a cada 100 mil pessoas, 26 desenvolvem algum transtorno do espectro das esquizofrenias (JONGSMA *et al.*, 2019). Entretanto essas taxas sofrem inúmeras variações devido a características geográficas, demográficas e sociais de cada território. Conforme dados relativos a internações em hospitais do Sistema Único de Saúde, no contexto nacional (período de 2008 a 2019), houve uma incidência média de 77,44 pessoas por cada 100 mil habitantes. Na região Nordeste se observou uma prevalência de 59,23 casos para cada 100 mil habitantes (Carteri *et al.*, 2020).

A sintomatologia desse grupo possui algumas divisões centrais, que são os sintomas positivos, negativos, relativos à desorganização, psicomotores/catatonia e de humor. Dalgarrondo (2019) define os sintomas positivos como manifestações novas, salientes do processo esquizofrênico, tendo a presença marcante de delírios, alucinações e outras formas de distorção da realidade, como o eco de pensamento. Além disso, sintomas paranóides são bastante comuns nesses transtornos, como ideias delirantes e alucinações auditivas com conteúdo persecutório. Os sintomas

positivos não são exclusivos desse espectro, podendo estar presentes em outras categorias de transtornos, como os de humor e de personalidade.

Já os sintomas negativos, indicam a diminuição de ou ausência de repertórios comportamentais “normais”, o que inclui o distanciamento emocional e social, podendo chegar ao embotamento afetivo, junto à apatia, diminuição da vontade (avolição), restrição da gama ou da intensidade das emoções e empobrecimento do pensamento ou da expressão verbal (Dalgalarrondo, 2019; Tarrier; Taylor, 2016).

Por sua vez, os sintomas de desorganização incluem comportamentos desorganizados e bizarros (por exemplo, vestimentas e trejeitos estranhos), ao passo que os psicomotores incluem a lentificação e o empobrecimento psicomotor, com restrição do repertório da esfera gestual e motora. E, por fim, as alterações de humor contemplam a redução da experiência e da expressão emocional como também a exacerbação destas (Dalgalarrondo, 2019).

Os transtornos do espectro da esquizofrenia são classificados como doenças crônicas não transmissíveis, dado que possuem uma longa e/ou indefinida duração, uma etiologia múltipla (ainda que não tenha sido esclarecida completamente), não tendo origem infecciosa, podendo ser associada a deficiências e incapacidades funcionais (Brito; Schabb; Remor, 2019; Goulart, 2011). Nesse sentido, a presença de uma doença crônica na vida de uma pessoa pode afetar de forma significativa diversos aspectos do seu cotidiano, como as relações sociais, os vínculos familiares e as atividades relacionadas à garantia de renda. Goulart (2011) aponta que as condições trazidas pelas doenças crônicas acarretam, por exemplo, impactos negativos no âmbito do emprego e trabalho, fazendo com que essas pessoas tenham que lidar com vários obstáculos ao emprego pleno e com diversos estigmas sociais, como o preconceito e a dificuldade de conseguir uma vaga no mercado de trabalho.

Brito, Schabb e Remor (2019) trazem que os impactos macrossociais causados pelo diagnóstico de uma doença crônica são inúmeros. Mas quando se diz respeito ao ambiente microssocial, os sujeitos acometidos por alguma condição crônica precisam não apenas se ajustar às mudanças comportamentais imediatas requeridas pelas intervenções terapêuticas, mas também lidar com os aspectos emocionais e sociais que perpassam e influenciam no processo de adaptação e enfrentamento da doença.

Assim, constata-se que as dificuldades cognitivas, comportamentais e sociais podem impactar de forma significativa a qualidade de vida das pessoas que convivem com algum transtorno do espectro da esquizofrenia. Dessa forma, qualquer tipo de intervenção que trabalhe com alguns desses aspectos deve buscar a promoção da qualidade de vida e da autonomia do paciente, já que em condições crônicas, a promoção de qualidade de vida torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes (Souza; Coutinho, 2006). No caso específico do tratamento da esquizofrenia, variáveis como intervenções prematuras nos sintomas positivos, o estímulo e manutenção do funcionamento social, o trabalho clínico com os sintomas afetivos, como os níveis de depressão, ansiedade, autoestima e cognição social, influem de forma positiva na percepção subjetiva e objetiva da qualidade de vida, sendo preditores de resultados positivos a longo prazo (Karow *et al.*, 2022). Rebhi *et al.* (2018) sugerem que o início precoce do tratamento, logo após um primeiro episódio psicótico, pode levar a melhores níveis de qualidade de vida e de funcionamento cognitivo, especificamente na área da aprendizagem verbal.

A qualidade de vida (QV) possui um conceito polissêmico, diversificado na literatura em saúde e que abarca uma pluralidade de aspectos constituintes na vida de um sujeito, sendo muitas vezes uma variável preditiva para a melhora de um quadro e para a efetividade de uma determinada intervenção. A QV é definida como a percepção do indivíduo quanto a sua inserção na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The Woqol Group, 1995).

Devido ao caráter crônico da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos, Barlow e Durand (2008) apontam que um tratamento ainda que bem-sucedido raramente atinge uma recuperação completa. Os autores ainda complementam que a qualidade de vida dos usuários com algum transtorno do espectro da esquizofrenia pode ser melhorada significativamente, a partir da combinação de um tratamento farmacológico com métodos psicossociais, como apoio ao emprego e a realização de intervenções familiares e comunitárias.

Diante disso, este relatório tem como intuito, apresentar o processo de elaboração de uma cartilha de avaliação e intervenção da qualidade de vida de

usuários com esquizofrenia no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, a qual fora desenvolvida em parte, no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Tamboril, no estado do Ceará. Cabe citar que a pesquisa fora submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com CAE número: 68369923.2.0000.5053 e aprovada com o parecer número 6.128.596.

2 JUSTIFICATIVA

A elaboração de um material didático como a cartilha proposta no presente estudo, poderá trazer inúmeros impactos positivos para os públicos direcionados em questão. Sugerimos que, para os profissionais da RAPS, a cartilha servirá como um material de referência para uma atuação mais personalizada ao público com transtorno, sendo galgada nas evidências mais recentes existentes na literatura e interpolada com os conhecimentos práticos e vivências do lidar diário nos equipamentos de saúde mental. Para os familiares e público em geral, a cartilha poderá provocar o impacto em trazer esclarecimentos sobre o transtorno, combatendo o forte estigma que este infelizmente ainda carrega, esclarecendo dúvidas e questionamentos. Ainda, espera-se que a cartilha possa ser uma estratégia de divulgação científica, que proverá diferenciais cuidados para as famílias. Para os usuários, tem-se a intenção de que através da cartilha, estes possam compreender mais sobre a sua condição de saúde, além de permitir que se expressem sobre o que é o transtorno e quais as representações que carregam, assim servindo como um instrumento de fala, escuta e acolhimento.

Além desses potenciais benefícios que são sugeridos, o fato de ser uma produção eminentemente coletiva, fomenta a produção de um material muito mais abrangente e potente, pois provoca a valorização dos saberes dos atores sociais que estão envolvidos na produção, sendo assim, construída com base em linguagem clara, acessível e a partir das necessidades e vozes do público.

No que diz respeito a relevância acadêmica das produções oriundas da pesquisa, se observa que no cenário nacional, a temática acerca das relações entre o construto da qualidade de vida e os transtornos do espectro da esquizofrenia, ainda é bastante incipiente e fragmentada (algo constatado na elaboração de dois dos produtos técnicos). Dessa forma, a presente pesquisa se propõe a trazer contribuições

a essa lacuna de pesquisa, como também estimular mais produções acerca da temática, visto a sua complexidade e importância.

Quanto as razões que levaram o autor a se aproximar da temática, algumas linhas podem ser traçadas em direção a sua curiosidade acerca das temáticas dentro do campo da psicopatologia geral, mas principalmente, pelo seu ideal de contribuir e fomentar uma psicologia baseada em evidências, em que ao mesmo tempo valoriza ciência, também traz intervenções efetivas e úteis para problemas reais no campo da saúde mental. O espectro da esquizofrenia ainda é bastante cercado de achismos e de teorias obscuras que atrasam e enuviam a compreensão acerca da condição. Assim, é essencial que nos baseemos na ciência, para trazer uma brisa renovada e um sol iluminado, que proporcione o acolhimento e cuidado que estas pessoas necessitam.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um ebook com informações referentes à avaliação e intervenção da qualidade de vida de pacientes com transtornos do espectro das esquizofrenias.

3.2 Específicos

- Realizar um levantamento da literatura em língua portuguesa e língua inglesa acerca de qualidade de vida dos pacientes com transtornos do espectro das esquizofrenias; escalas e instrumentos adaptados para o contexto brasileiro para a avaliação da qualidade de vida desse público; e consultas sobre intervenções voltadas para avaliação o aumento da qualidade de vida de pacientes com transtornos desse espectro;
 - Produzir o ebook de avaliação e intervenção na qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos, junto aos usuários, familiares e profissionais da saúde atuantes nas políticas públicas de saúde mental do município de Tamboril, Ceará;
 - Desenvolver entrevistas com os profissionais atuantes no CAPS de Tamboril e grupos focais com os pacientes com transtornos do espectro das esquizofrenias e seus familiares/cuidadores.

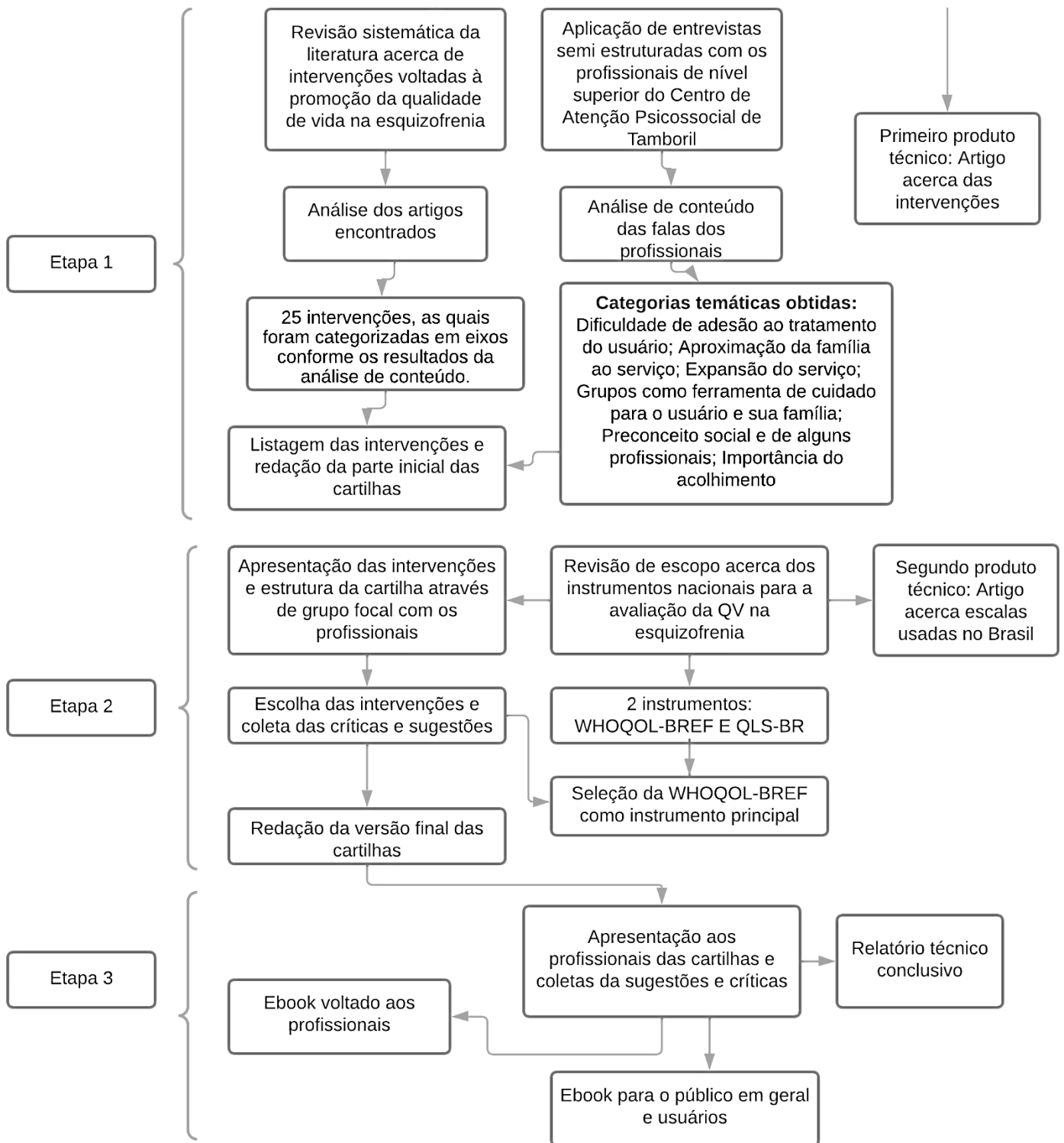
3 METODOLOGIA

3.1 Procedimentos

Este estudo foi pautado no método da pesquisa-ação, o qual busca identificar soluções para um problema que necessita ser estudado. A solução encontrada através do processo de construção coletiva, produzirá vários reflexos positivos para as pessoas, a comunidade e a sociedade (Thiollent, 2011). Dessa forma, respectivamente ao estudo proposto, se questionou por opiniões, experiências e ideias relacionadas ao espectro, e se apresentou as intervenções encontradas na literatura, tendo a intenção de provocar uma discussão sobre a temática e trazer o conhecimento destes para a elaboração de uma cartilha. Ademais, a pesquisa fora pautada a partir da natureza qualitativa, visto que buscou investigar opiniões e descrever a experiência vivida por um grupo (Gil, 2017). Especificamente, compreender os processos integrativos envolvidos no lidar com a esquizofrenia.

A figura 1 a seguir, sintetiza e apresenta todo o processo de construção dos produtos técnicos oriundos da pesquisa.

Figura 1 - Fluxograma do processo da pesquisa e elaboração dos produtos técnicos



3.1.1 Revisão de literatura

Para a obtenção do estofo técnico e teórico para a construção da cartilha, consultou-se a literatura nacional e internacional através das estratégias de revisão sistemática de literatura e de revisão de escopo. O intuito dessa etapa foi recuperar produções acerca da avaliação da qualidade de vida de pacientes do espectro da esquizofrenia, e de intervenções aplicadas no intuito de melhorias da QV, no qual pautou-se na busca por intervenções de caráter psicossocial e com altos níveis de evidências. Assim, essa etapa teve o intuito de obter materiais de referência para construção da parte técnica da cartilha. Essa etapa resultou na produção de dois artigos científicos, os quais são apresentados no apêndice deste relatório.

3.1.2 Entrevistas e grupos focais com os profissionais de nível superior

Como um dos objetivos da pesquisa era produzir um material pautado no conhecimento coletivo e nas características do próprio território, se fez entrevistas individuais com os profissionais de nível superior atuantes no equipamento. No primeiro encontro, os participantes assinaram um termo de consentimento livre esclarecido e um termo de cessão de voz, contendo todas as informações sobre os procedimentos nos quais estes seriam submetidos durante o estudo. A entrevista teve o intuito de apresentar a proposta da cartilha e captar aspectos da atuação desses profissionais com os usuários esquizofrênicos do equipamento, no que tange às dificuldades, potencialidades e aspectos mais técnicos da atuação.

Posteriormente, se fez dois encontros de grupo focais com os profissionais. Nos grupos focais, se usou o método da tempestade de ideias, o qual consiste em uma técnica que procura lançar sobre um tema proposto, o maior número de ideias, em um período definido. Esse método tem o intuito de provocar e captar o máximo de ideias possíveis sobre um tema, antes de submetê-las às regras do pensamento lógico. No encontro, apresentou-se a estrutura proposta da cartilha, as intervenções que poderiam ser trazidas e demais aspectos da produção. Assim, se captou as ideias, sugestões, percepções e experiências relacionadas ao transtorno.

Após o grupo focal e a aplicação das entrevistas individuais, se fez uma síntese dos achados na literatura, junto aos dados obtidos nos encontros e se

procedeu com a elaboração das cartilhas para cada um dos públicos. Posteriormente estas foram apresentadas novamente aos profissionais, para que assim, pudessem apreciar o material final e trazer suas opiniões e sugestões.

3.2 Análise das informações

No processo de estudo de revisão de literatura, foram considerados os títulos e os resumos dos artigos identificados. A partir do processo sistemático de busca, revisão e análise de publicações nacionais e internacionais, foram selecionados artigos para a leitura integral de seu conteúdo e se extraiu informações relevantes aos objetivos da pesquisa. As informações de interesse foram: Instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida de usuários com esquizofrenia; As características psicométricas dos instrumentos utilizados; As intervenções utilizadas para lidar com a sintomática do transtorno e incrementar a qualidade de vida; O delineamento adotado no estudo; A qualidade metodológica; A viabilidade de aplicação das intervenções nas políticas públicas; O estado da arte sobre a temática

As informações obtidas através das entrevistas foram analisadas através do método da Análise de Conteúdo de Bardin, no qual obteve-se resultados divididos em eixos, os quais versavam acerca da: Dificuldade de adesão ao tratamento do usuário; a necessidade de aproximação da família ao serviço; a necessidade de expansão do serviço; O papel dos grupos como ferramenta de cuidado para o usuário e sua família; o preconceito acerca da condição; a importância do acolhimento. Cada eixo obtido, norteou a construção das seções das Cartilhas. As sugestões, críticas, opiniões e demais informações trazidas pela equipe técnica no grupo focal, foram incluídas no escopo da construção das cartilhas.

4 PRODUTOS TÉCNICOS GERADOS

Ao fim do processo, a pesquisa gerou cinco produtos técnicos (os quais estão dispostos na seção de APÊNDICES deste relatório): Um ebook acerca da esquizofrenia e a qualidade de vida, no qual uma versão é voltada aos profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (Ebook de cuidados e intervenções para familiares e usuários com esquizofrenia da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) e um ebook voltada ao público em geral e usuários da rede (O que (não) é a esquizofrenia? Um ebook informativo sobre o transtorno e suas características); Dois artigos científicos em processo de publicação - um acerca de intervenções voltadas ao incremento da qualidade de vida na esquizofrenia e outra sobre os instrumentos psicométricos utilizados no Brasil para a avaliação da qualidade de vida na esquizofrenia; O presente relatório técnico conclusivo que congrega todo o processo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARLOW, H. D.; DURAND, M. R. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning. 2008.
- BRITO, A.; SCHAAB, B. L.; REMOR, E. Avaliação psicológica de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *In: HUTZ, C. S. et al. (Orgs.). Avaliação psicológica nos contextos da saúde e hospitalar*. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- CARTERI, R. B. *et al.* A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 14, p. 283-289, 2020.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed. 2019.
- DONG, M. *et al.* Quality of Life in Schizophrenia: a meta-analysis of comparative studies. **Psychiatric Quarterly**, [S.L.], v. 90, n. 3, p. 519-532, 22 maio 2019.
- GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília DF: Ministério da Saúde; Organização Pan-americana de Saúde, 2011.
- JONGSMA, H. E. *et al.* International incidence of psychotic disorders, 2002–17: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, [s.l.], v. 4, n. 5, p.229-244, maio 2019.
- KAROW, Anne *et al.* The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 16, n. 2, 2022.
- REBHI, H. *et al.* Impact de la durée de psychose non traitée sur la qualité de vie et les fonctions cognitives. **L'Encéphale**, v. 45, n. 1, p. 22-26, 2019.
- SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 50-58, mar. 2006.
- TARRIER, N.; TAYLOR, R. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. *In: BARLOW, D. H. Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento Passo a Passo*. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- THE WOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez Editoria, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity disorders.** 2020. Disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/> acesso em 22 Fev. de 2020.

APÊNDICE A – EBOOK VOLTADO AOS PROFISSIONAIS DA RAPS



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

**Ebook de cuidados e
intervenções para profissionais
atuantes com familiares e
usuários com esquizofrenia
da Rede de Atenção
Psicossocial – RAPS**

Artur Gevázio Lira da Silva
Maria Suely Alves da Costa

Contracapa – Ficha catalográfica

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
HISTÓRICO DO CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA	6
O QUE É O ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA?	7
QUALIDADE DE VIDA E O ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA	12
ACOLHIMENTO AO USUÁRIO COM O ESPECTRO	14
APOIO E CUIDADO AOS CUIDADORES E/OU FAMILIARES	18
GRUPOS	20
Temáticas para discussão em grupo	21
Terapia de grupo baseada em <i>mindfulness</i>	22
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO	23
Atividades comunitárias e de inclusão social	23
Amizade voluntária (Befriending volunteer)	23
Integração entre o manejo farmacológico e psicossocial	25
Atividades artísticas	25
Pintura e artes plásticas	26
Atividades físicas	27
Exercícios aeróbicos	28
Treinos de força	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	31
ESCALAS PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	37

APRESENTAÇÃO

O presente ebook, trata-se do produto oriundo da pesquisa de Mestrado “Avaliação e Intervenção na Qualidade de Vida dos Pacientes com Esquizofrenia”, cuja é oriunda do Mestrado em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, campus de Sobral, vinculado a linha de pesquisa Clínica, Saúde e Políticas Públicas. O ebook tem como objetivo, fornecer informações de cunho técnico sobre estratégias de cuidados pautadas na melhora da qualidade de vida, dos transtornos do espectro da esquizofrenia para profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Essas informações abrangem dados acerca das características psicopatológicas do transtorno, breve histórico sobre a condição, seu sistema classificatório e estratégias de cuidado possíveis de serem utilizadas com esse público, que é majoritariamente. usuário dos serviços de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde – SUS.

A seleção das estratégias de cuidado, fora pautada em dois aspectos. O primeiro deles, foi a intersecção com o construto da Qualidade de Vida Aplicado à Saúde, uma característica que é associada a desfechos positivos em diversas intervenções, assim como também é uma variável preditiva associada a melhora em vários contextos. Dessa forma, para obter-se esse material, realizou-se uma revisão sistemática da literatura existente de intervenções focada na melhoria da Qualidade de Vida em usuários com esquizofrenia e fez-se a seleção de intervenções que possuem viabilidade de execução dentro desse contexto. O segundo aspecto, diz respeito ao conhecimento e vivência clínica de profissionais atuantes com esse público na RAPS, o qual contribuíram com suas experiências no lidar com a condição e colaboraram com a análise e escolha de intervenções que sejam possíveis de serem executadas na realidade dos equipamentos da rede. Assim, este produto trata-se uma produção de caráter coletivo e pautado na realidade social na qual os autores estão imersos.

O espectro da Esquizofrenia trata-se de uma condição bastante complexa e que é envolta em diversos preconceitos, nuances e idiosincrasias, o qual repercutem na atuação direta dos profissionais que lidam com o público que possui o transtorno. Assim, a cartilha se propõe a contribuir para uma prática profissional efetiva e pautada nas evidências mais recentes para o cuidado da condição. Mas além disso, está procura ser, um instrumento de divulgação e esclarecimento acerca do espectro, visto que este ainda sofre de inúmeros preconceitos, concepções errôneas e ideais bastante arraigados sobre a sua constituição e demais características.

Apesar dos inúmeros avanços oriundos da medicina, psicologia, neurociências, saúde coletiva e vários outros campos do saber, o qual expandiram a forma de ver, lidar e acolher o sujeito com a condição, ainda se enfrenta diversas dificuldades relacionadas a fornecer tratamentos a esse público, seja na esfera da efetividade, como também da adesão ao processo. A qual é atravessada por diversas questões de cunho social, mas também subjetivas, como a dimensão do estigma, medo e preconceito (inclusive de profissionais da saúde), se expressam de forma contundente, nas possibilidades de cuidado e acolhimento. As dificuldades de acesso ao tratamento, a falta de apoio familiar, a sobrecarga dos cuidadores e familiares, junto às diversas expressões da questão social, formam um amálgama de variáveis, que também contribuem para essa visão negativa da condição.

O lidar diário nas políticas públicas, é muitas vezes acompanhado por incertezas e dúvidas no *que fazer e como fazer* frente a diversas demandas que surgem no cotidiano dos equipamentos, exigindo toda uma articulação prática e teórica para se adaptar frente a essas questões. Assim, o material também propõe a ser um informativo e um norte a esses profissionais que se veem frente as demandas relacionadas à condição e não sabem quais caminhos devem seguir e pautada em um conhecimento produzido dentro dos parâmetros científicos.

Dessa forma, a cartilha propõe-se a trazer uma visão renovada e alternativa, pautando-se em uma visão ampliada acerca da condição, orientando-se pelo ideal da recuperação, inclusão e promoção da qualidade de vida. Ter algum transtorno do espectro, não é o sinônimo de um ponto final na história de vida do sujeito, no qual todas as possibilidades são limadas e implodidas, mas sim uma nova fase da vida, que exige um olhar sensível, crítico, humanizado e orientado para a recuperação, inclusão, manutenção da dignidade e promoção da qualidade de vida.

HISTÓRICO DO CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA

O conceito atual do espectro das esquizofrenias se trata de um estofo teórico bastante complexo e rico, pois aglomera e sintetiza várias considerações e ideias de doenças mentais que vem desde os primórdios da psiquiatria, como os de Pinel, Morel, Magnam, Haslam e entre outros. Entretanto, uma das bases vem de Emil Kraepelin, ao criar o conceito de *dementia praecox*, cujo se tratou da união de diversos outros transtornos. Este foi proposto na quinta edição de seu clássico livro texto: *Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (1896), o qual reuniu a *dementia praecox* (Morel e Hecker), a catatonia (Karl Ludwig Kahlbaum) e a demência paranoide (conceito do próprio Kraepelin) sob o signo de doenças do metabolismo que poderiam levar à demência, junto com o mixedema e o cretinismo (Valença & Nardi, 2021; Barlow & Durand, 2008; Elkis, 2000; Szasz, 1978).

Eugene Bleuler (1857-1939) renomeou e ampliou essa categoria para o termo esquizofrenia “porque considerava relacionadas com a *dementia praecox* muitas outras condições, tais como a psicose com personalidades psicopáticas, alucinoses alcoólicas, etc.” (Arieti, 1959 como citado em Szasz, 1978, p. 24). sustentando-se nesta proposição, o conceito foi expandido e outras categorias diagnósticas foram sendo criadas a partir da esquizofrenia e, com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em 1980, os critérios diagnósticos se tornaram mais restritos e distintos, se mantendo até a versão IV do Manual.

Com a publicação da 5ª versão no ano de 2013, houve algumas mudanças na forma de classificar a essa condição. Em síntese, o DSM-5 eliminou os subtipos da esquizofrenia existentes nos manuais anteriores (hebefrênica, catatônica, paranoide, residual e indiferenciada) e começou a utilizar uma abordagem dimensional baseada na avaliação de sintomas existentes (Biedermann & Fleischhacker, 2016). Essa mudança foi devido ao fato que os subtipos apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças quanto ao curso da doença ou à resposta ao tratamento (Araújo & Neto, 2014). A CID-11 também abandonou essa subdivisão na última atualização, se aproximando cada vez mais do DSM, dado que há um planejamento para uma maior harmonização e aproximação entre ambos (Gaebel et al., 2013; Valle, 2020).

O QUE É O ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA?

Os transtornos do espectro da esquizofrenia (TEE) trata-se de um termo guarda-chuva que agrupa diversas condições psicopatológicas que possuem como uma das características em comum, a dimensão da perda com o contato com a realidade, a qual se expressa através das alucinações, outras alterações na sensopercepção e no juízo da realidade (o delírio). A nomenclatura de espectro é aplicada a esse grupo devido a multiplicidade de características presentes em cada diagnóstico, a qual irá variar conforme a presença de alguns sintomas e/ou marcador específico, assim como também pela intensidade e duração do quadro sintomático. Além disso, a nomeação de espectro da esquizofrenia diz respeito ao fato de que a natureza central dessa condição ainda não foi esclarecida, não tendo uma uniformidade em sua classificação, podendo ser chamada de grupo, espectro ou síndrome (Valença & Nardi, 2021). O grupo possui uma ampla gama de alterações que abrangem a esfera volitiva, perceptiva, cognitiva e chegando à dimensão social. Dentro do espectro, os sintomas são agrupados em várias categorias. A saber: Sintomas positivos, negativos, de desorganização, psicomotores, humor e prejuízos cognitivos (Dalgallarrondo, 2019; World Health Organization, 2022).

Conforme a última atualização da Classificação Internacional de Doenças (World Health Organization, 2022) o grupo relativo ao espectro da esquizofrenia é composto pela esquizofrenia (6A20), transtorno esquizoafetivo (6A21), transtorno esquizotípico (6A22), transtorno psicótico agudo e transitório (6A23), transtorno delirante (6A24) e manifestações sintomáticas de transtornos psicóticos primários (6A25). A última categoria pode ser utilizada para caracterizar a apresentação clínica atual de indivíduos que já possuem o diagnóstico de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico primário (Silva et al., 2023).

Especificamente na Esquizofrenia (6A20), Seeman (2016) ressalta que esta categoria nosológica, apresenta os mesmos sintomas que são vistos nos outros transtornos que compõem o espectro, porém o transtorno é classificado como esquizofrenia, quando os sintomas se desenvolvem com o decorrer do tempo e da evolução do quadro, no sentido de intensidade e duração, além da presença da restrição emocional e linguística, dificuldade de manter um comportamento direcionado e/ou organizado, junto a característica do usuário tornar-se funcionalmente incapacitado ao longo do tempo. Dessa forma, a esquizofrenia é classificada como uma condição crônica, visto que não há possibilidade de cura ou remissão completa de sintomas, assim como também provoca diversas diminuições na funcionalidade geral e autonomia. Nesse

sentido, não são todos os transtornos desse grupo que se tornam crônicos, alguns possuem a possibilidade de remissão dos sintomas e a recuperação completa.

No que diz respeito às causas e fatores etiológicos envolvidos no espectro, ainda não há um consenso claro. Sabe-se que a condição é eminentemente fatorial, estando bastante associada a fatores genéticos, ambientais, neurológicos e psicológicos, sendo um campo de investigação bastante fértil. As principais hipóteses, se relacionam a disfunções cerebrais associadas ao neurotransmissor dopamina e alterações em várias regiões cerebrais.

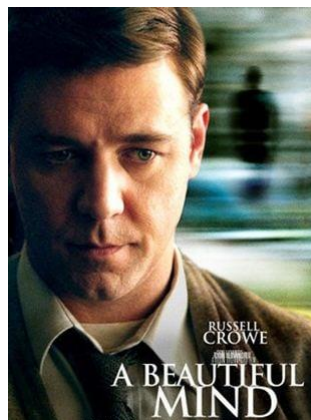
Ressalta-se que os TEE se trata de um grupo bastante heterogêneo e, em cada usuário, ocorrem manifestações bastante idiossincráticas no que diz respeito a emissão dos sintomas aqui descritos. Nesse sentido, não há uma padronização clara de quais sintomas estão presentes em cada sujeito, sendo necessário olhar para cada caso de forma particularizada. Algo enfatizado por Silva e Belmonte-de-Abreu (2016), o qual apontam que em estudos em populações sadias e em grupos clínicos distintos, a presença desses quadros sintomáticos em diferentes diagnósticos, variam em intensidade, duração e efeito, demonstrando o caráter único do transtorno em cada sujeito.

A sintomática relacionada às alterações da sensopercepção, é nomeada como sintomas positivos, pois dizem respeito à expressão de comportamentos novos, que não estavam presentes cotidianamente no repertório do sujeito, no qual são incluídas as alterações da sensopercepção, o eco de pensamento, as alucinações e os delírios. Sintomas paranoides são bastante comuns nesses transtornos, como ideias delirantes e alucinações auditivas com conteúdo persecutório (Dalgallarrondo, 2019). Os sintomas positivos não são exclusivos desse espectro, podendo estar presentes em outras categorias de transtornos, como os de humor, personalidade, relacionados ao abuso de substâncias e outras condições médicas.

Transtornos mentais que podem apresentar sintomas positivos
Transtorno Afetivo Bipolar tipo I e II
Transtorno Depressivo Maior
Transtorno da Personalidade Esquizotípica
Transtorno de estresse pós-traumático
Transtornos relacionados ao abuso de substâncias (álcool, cocaína, estimulantes, sedativos e entre outros)

Adaptada a partir do DSM-5-TR

Os delírios tendem a ser mais comuns no espectro e dizem respeito a ideias fixas e irreais, sem qualquer fundamento lógico na realidade e incontestáveis para o sujeito, (como crer que todos o observam, planejam algo contra si, questões que são associadas à história de vida do sujeito¹ e a questões culturais). Já as alucinações, trata-se de alterações na sensopercepção, no qual o sujeito entra em contato com algo que não possui um referente físico real no ambiente (ver, ouvir e sentir algo que não existe). Destas, as mais comuns são as alucinações auditivas (vozes que conversam entre si, que podem ter discursos agressivos sobre o sujeito, de comando e afins) e visuais (ver objetos que não existem). Alterações na esfera gustativa, olfativa e tátil (sentir cheiros, toques, gostos etc.) podem ocorrer, sendo menos comuns. Uma das obras cinematográficas que melhor representa o delírio, é o filme biográfico *Uma mente brilhante* o qual conta a trajetória do matemático ganhador do Prêmio Nobel, John Nash, o qual possuía um delírio relacionado a uma suposta invasão soviética aos Estados Unidos a qualquer momento.



Capa do filme *Uma Mente Brilhante* - Reprodução de <https://www.adorocinema.com/filmes/filme-28384/>

Os sintomas negativos dizem respeito à déficits em áreas do funcionamento cognitivo e social, o qual inclui aspectos relacionados à diminuição e empobrecimento das relações sociais, distanciamento afetivo (em casos graves, até o embotamento afetivo), diminuição da fluência verbal e empobrecimento da linguagem, anedonia, e diminuição da vontade (Cheniaux, 2021; Dalgallarrondo, 2019). A sintomática negativa é a que se expressa de forma mais contundente no dia a dia do usuário com a condição, vista que esta pode estar relacionada ao próprio tratamento medicamentoso (Silva et al., 2023), como também pela restrição ambiental e social, a qual leva ao empobrecimento de comportamentos pró-sociais e relacionados à esfera afetiva.

¹ Para uma discussão acerca do conteúdo dos delírios nas esquizofrenias, ver Zilio, D. (2010). *A natureza comportamental da mente: behaviorismo radical e filosofia da mente*. Cultura Acadêmica



Reprodução de https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-do-conceito-de-ansiedade_21118463.htm#query=confus%C3%A3o%20mental&position=9&from_view=search&track=ais

Os sintomas de desorganização referem-se a alterações nos afetos, pensamento, linguagem e manifestações comportamentais bizarras, desorganizadas e/ou fora do contexto no qual o sujeito está imerso. O pensamento desorganizado inclui pensamentos incompreensíveis, ilógicos, sem coesão e coerência, a qual são expressos principalmente através do discurso, no qual o usuário pode mudar de um assunto para outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações) sem qualquer tipo de lógica, assim como as respostas para as perguntas podem ter uma relação enviesada ou não ter relação alguma (tangencialidade) (American Psychiatric Association, 2014). O pensamento de uma pessoa com esquizofrenia é caracterizado, simultaneamente, por uma concretude e simbolismo excessivos, as quais são relacionados a contextos exotéricos, religiosos e outras questões culturais (Sadock et al., 2014). As manifestações comportamentais incluem trejeitos, vestimentas e demais comportamentos de cunho social, cujos são expressos de forma bizarra e/ou inadequada, como despir-se em público, usar roupas extravagantes e outras expressões que não são adequadas àquele contexto em específico.

Os sintomas de humor abrangem a presença de alterações no estado basal do humor dos usuários, como a presença de sinais ansiosos, depressivos, maníacos e o retraimento do humor, podendo chegar ao estado de embotamento afetivo (não reagir a interações, nem a afetos, um “fechar-se em si”). Além disso, ressalta-se a responsividade emocional reduzida, que pode chegar à anedonia e as emoções exageradamente ativas e impróprias, como picos de raiva, felicidade e ansiedade (Sadock et al., 2014). Essa esfera sintomática também estar relacionada a efeitos colaterais do uso da medicação, como também da ausência de repertórios pró-sociais e outras variáveis relacionadas a questões

sociais e econômicas, constituindo sintomas relacionados à dificuldade em interagir socialmente e desenvolver autonomia. Assim, em qualquer estratégia de tratamento, um dos focos principais deve ser o desenvolvimento de relações sociais amplas e a reintegração comunitária, sendo um dos princípios da reforma Psiquiátrica Brasileira.



Reprodução de: https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-do-conceito-de-ansiedade_21118461.htm#query=depress%C3%A3o&position=15&from_view=search&track=sph

Os prejuízos cognitivos se relacionam à déficits no campo da memória, atenção, linguagem e aprendizado, sendo bastante comuns nos sujeitos acometidos pela condição, os quais afetam em vários aspectos e podem ter papel central na evolução da esquizofrenia e seu prognóstico (Dalgallarrondo, 2019; Tostes et al., 2020; Cheniaux, 2021). Os usuários e pacientes com esquizofrenia, possuem déficits cognitivos mais elevados quando comparados a pessoas sem transtornos (particularmente nas esferas da velocidade de processamento, memória verbal e memória de trabalho), como também em relação a usuários com outras condições, como o Transtorno Afetivo Bipolar e outros transtornos de humor. Além disso, os déficits cognitivos, possuem associações significativas com vários fatores, como a funcionalidade, abuso de substâncias, níveis de *insight* (percepção sobre a própria condição e sobre si próprio), histórico de trauma infantil e comportamentos agressivos (Gebreegziabhere et al., 2022).

QUALIDADE DE VIDA E O ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA

Como pôde ser observado, a condição é marcada por uma ampla gama de alterações e déficits em diversas áreas do funcionamento cotidiano. Além desses fatores comuns ao transtorno, questões ambientais (dinâmica das interações sociais, o local onde se vive e afins), sociais (preconceitos, estigmas) e psicológicas (expressão emocional, sintomas depressivos e os déficits cognitivos), afetam de forma contundente a funcionalidade do sujeito no que diz respeito a desenvolver estratégias de autocuidado e de adaptação ao meio ao qual está imerso. Dessa forma, todo esse consorte de variáveis e questões, afeta principalmente a qualidade de vida, cujo trata-se de um construto que é associado a melhoras e desfechos positivos em intervenções diversas assim como outras características relacionadas ao tratamento, como a aderência à medicação, a melhora nos déficits cognitivos, desenvolvimento da integração social e comunitária, menores taxas de reinternação hospitalar, sintomas positivos e entre outros aspectos (Karow et al. 2016).

Especificamente, a qualidade de vida (QV) trata-se de um conceito polissêmico, diversificado na literatura em saúde (como também em outras áreas) e que abarca uma pluralidade de aspectos constituintes na vida de um sujeito. Apesar de não haver um consenso geral quanto ao conceito (Brissos et al., 2016), esta é definida como a percepção do indivíduo quanto a sua inserção na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995). A definição trazida, é enquadrada na percepção subjetiva da qualidade de vida, visto que é construída com base exclusiva nas percepções do sujeito e coletada através de instrumentos de autorrelato, como escalas e inventários específicos (como a WHOQOL-BREF).

Porém, quando esse conceito é trazido para os TEE, se torna uma discussão complexa, visto que os usuários com a condição, geralmente apresentam níveis de *insight* reduzido e, a depender do nível de deterioração cognitiva do usuário, a sua percepção de melhora e os impactos no funcionamento global, podem não ser relatados de forma precisa. Nesse sentido, também se emprega a definição objetiva da QV a qual se baseia em uma avaliação clínica (através de escalas preenchidas por um profissional) do nível de funcionamento global, de indicadores de saúde, moradia, e outras informações sociodemográficas (Brissos et al., 2016). Entretanto, as duas perspectivas não se anulam mutuamente, mas seu uso conjunto fomenta a obtenção de um panorama mais amplo sobre essa característica do usuário, permitindo a construção de estratégias de cuidado mais orientadas para a melhoria desse aspecto, além de que esses diferentes panoramas

de observação sobre a QV fornecem, na verdade, informações distintas e complementares sobre o mesmo indivíduo (Souza & Coutinho, 2006). No apêndice desta cartilha, há alguns instrumentos que podem ser utilizados para a avaliação dessas características e outras informações relativas a seu uso e interpretação dos resultados.

Pessoas com algum transtorno do espectro, apresentam níveis de QV menores que pessoas sem transtornos mentais, apresentando escores menores nos domínios físico, psicológico e social, o que aponta a necessidade que as intervenções com esse público, devem atentar-se para a melhoria desse aspecto (Dong et al., 2019). Apesar das medicações antipsicóticas se provarem extremamente efetivas no manejo da sintomatologia positiva e outros aspectos nas fases crônica e aguda da condição, os usuários tendem a experienciar uma gama de efeitos adversos que podem afetar negativamente a qualidade de vida (Awad & Voruganti, 2012). Nesse sentido, as estratégias de cuidado atuais, não se baseiam apenas na contenção e remissão de sintomas, com foco estrito de chegar a uma recuperação completa, mas sim em evitar recaídas, reinternações e promover um maior nível de funcionamento social e pessoal, assim como o do cultivo da qualidade de vida, buscando-se aproximar ao máximo possível da população em geral (Brissos et al., 2016; Hasan et al., 2017).



Reprodução de: https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-plana-do-dia-internacional-da-solidariedade-humana_33433039.htm#query=grupo%20feliz&position=2&from_view=search&track=ais

Pautando-se nos princípios trazidos anteriormente, toda estratégia de apoio e cuidado que for oferecida a esse público, deve ser pautada na melhora da QV, buscando promover uma melhora global do funcionamento do sujeito, já que esse aspecto se relaciona a outras características relacionados à melhora, como também a integração social. Dentro desse contexto, a promoção da qualidade de vida pode ser feita de diversas formas, mas o que se observa na literatura, é que muitas das intervenções que propõem o incremento da QV, como desfecho primário e secundário, são orientadas com base em

princípios de integração comunitária, social e desenvolvimento de laços afetivos, o qual trata-se de um aspecto bastante afetado dentro da condição. Assim, é essencial que esses usuários possam desenvolver vínculos sociais mais amplos, como também desenvolver interesses diversificados.

Muitas das intervenções de caráter comunitário que já são desenvolvidas dentro do seio da RAPS e especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são alinhadas aos princípios de integração social e comunitária. Como exemplo, podemos citar as oficinas de arteterapia, os Grupos de Apoio para usuários com transtornos mentais graves, oficinas artísticas, as oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, atividades esportivas (Ministério da Saúde, 2004), assim como outras que podem ser elaboradas e aplicadas naquele contexto, a qual devem ser alinhadas as características sócio-históricas do território e das possibilidades disponíveis quanto à equipamento, mão de obra e outras características afins. Nas sessões a seguir, apresentaremos algumas sugestões de estratégias de cuidado que podem ser aplicadas junto a esse público e seus familiares e/ou cuidadores.

ACOLHIMENTO AO USUÁRIO COM O ESPECTRO

O primeiro contato que o usuário tem com o equipamento, poderá ocorrer de algumas formas. Porém, no caso do espectro da esquizofrenia, há algumas especificidades que irão depender se o sujeito já possui algum diagnóstico prévio, no qual já tenha recebido algum tipo de acompanhamento e/ou cuidado. Há os casos de encaminhamento de outros equipamentos da rede pública (Unidades Básicas de Saúde, Hospital Geral, Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família) ou particular de saúde. Além disso, é necessário investigar se é o primeiro episódio de crise que ele está vivenciando. Nesse sentido, cada situação irá depender do porte do equipamento, assim como também das especificidades do caso em si.

Um ponto de ação em comum em todas as situações no qual há o primeiro contato com o equipamento, se trata do acolhimento. Nesse momento, o usuário e seus familiares e/ou cuidadores, irão ser recepcionados e acolhidos pela equipe técnica do equipamento, no qual, além de fornecerem as intervenções de cunho técnico e específico, também fornecerão um espaço de escuta daquele sofrimento, com vias de produzir um ambiente que seja acolhedor e que traga segurança a esses usuários. Dada a complexidade e gravidade que caracteriza a condição, é essencial que esse momento ocorra de uma forma serena e sobretudo, esclarecedora.

O acolhimento em saúde mental, trata-se de uma ação de caráter multidisciplinar que é executada em todos os equipamentos que compõem a RAPS e, que tem o intuito de introduzir o usuário ao serviço e iniciar o processo de formação de vínculo entre a equipe e o sujeito, com vias de pavimentar e estruturar a estratégia de cuidado que irá ocorrer junto aos profissionais. Nesse primeiro momento, a equipe deve fornecer um espaço de escuta aos usuários, familiares e/ou cuidadores, de modo que eles se sintam seguros e



Reprodução de: https://www.freepik.com/free-vector/aid-disadvantaged-groups-abstract-illustration_20892261.htm#query=receber%20pessoas&position=11&from_view=search&track=ais

tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo que o equipamento se encontra de portas abertas para acolher, acompanhar e dependendo das características do caso, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (Brasil, 2013).

Após essa primeira escuta, deve-se começar a investigação das razões que levaram o sujeito a procurar o equipamento (demanda espontânea ou se está sendo encaminhado de outros equipamentos), no qual deve-se avaliar se o usuário está ou não em crise, sua história clínica pregressa, o qual deve incluir se já possui algum diagnóstico, se faz uso ou já fez uso de psicofármacos, se tem histórico de internações relacionadas à demanda atual, quais tipos de tratamento já fez e demais informações de interesse. Em situações de crise, o usuário geralmente não consegue fornecer esse tipo de dado, sendo necessário direcionar essa investigação aos familiares ou ao cuidador que se faz presente. O fluxograma apresentado na figura a seguir, propõe-se algumas sugestões de informações a serem colhidas.

Sugestões de informações a serem coletadas do usuário após o acolhimento	
Origem do encaminhamento ou demanda espontânea	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Hospital Geral • Hospital psiquiátrico • Comunidade terapêutica • Órgãos da justiça • Equipamentos da assistência social • Demanda espontânea • Outro
Fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar quais os fármacos que o usuário utiliza • Identificar quais fármacos já utilizara anteriormente • Além dos fármacos para cuidado do TEE, o usuário utiliza algum outro? • O usuário é aderente ao tratamento medicamentoso ou é resistente? • Quem é o responsável pela administração da medicação?
Histórico de tratamentos anteriores	<ul style="list-style-type: none"> • O usuário já passara por algum tipo de terapêutica em outros equipamentos? Se sim, quais? • Participação em grupos • Psicoterapia individual • Outros
Histórico de internações	<ul style="list-style-type: none"> • O usuário já fora internado em hospitais gerais ou psiquiátricos devido a condição? • Se sim, investigue a quantidade de vezes e a duração das internações
Desenvolvimento da condição	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar as dimensões psicopatológicas do transtorno no que diz respeito aos aspectos cognitivos, da linguagem, personalidade e funcionalidade geral

	<ul style="list-style-type: none"> • Quando houve o primeiro episódio de crise? • Quando aconteceu o último episódio de crise? • Quais os conteúdos dos delírios e alucinações?
Integração social e atividades geradoras de renda	<ul style="list-style-type: none"> • O usuário interage com outras pessoas além dos familiares e/ou cuidadores? • Como é a qualidade dos vínculos com a família? Há a presença de conflitos? • O usuário participa de alguma atividade comunitária? • O usuário possui alguma fonte de renda ou é beneficiário de algum programa de transferência de renda?

No momento do acolhimento, é necessário estar atento se a demanda exige apoio intersetorial e ampliado, pois, caso constata-se questões como violência, negligência, vulnerabilidade econômica, social e entre outras, é necessário o acionamento dos órgãos que fazem parte do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, como os Centros de Referência da Assistência Social – CRAS (proteção social básica), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua – CREPOP (proteção social especial), Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS (proteção social especial) e as Unidades de Acolhimento (Casa Lar, Albergue, Abrigo Institucional, República, Residência Inclusiva, Casa de Passagem). Dessa forma, é essencial que os profissionais conheçam quais desses equipamentos estão presentes no território e dependendo da demanda, façam as articulações e encaminhamentos necessários. As

figuras a seguir, apresenta fluxogramas com exemplos de situações e quais órgãos entrar em contato caso sejam constatadas algumas delas.

Após o processo de acolhimento e encaminhamento a outros equipamentos (se necessário), se parte para a triagem do caso, no qual este será avaliado conforme no que tange a sua gravidade e demais especificidades. Em seguida, o usuário deve ser direcionado a algum dos profissionais da equipe (Médico (a) psiquiatra, Psicólogo (a), Enfermeiro (a), Assistente Social etc.). A partir das características do caso, o usuário pode ser direcionado à alguma das atividades coletivas, como os grupos terapêuticos de apoio, artísticos e entre outros.

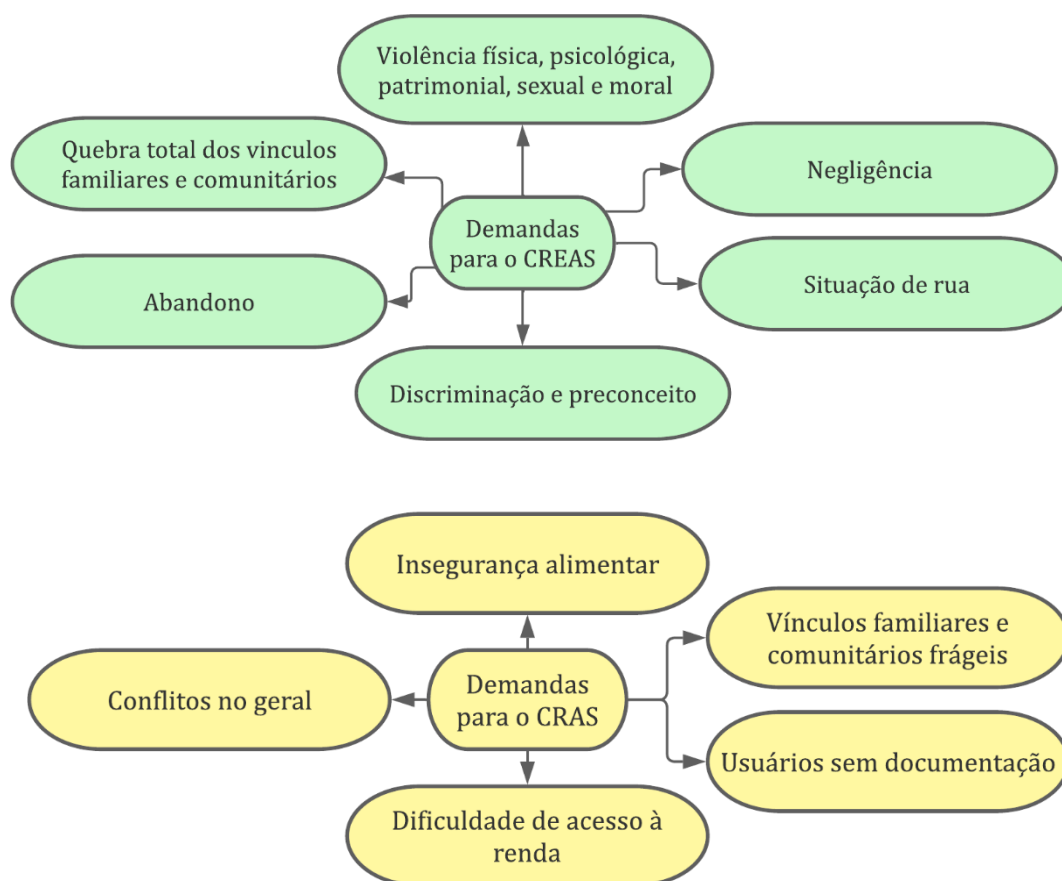


Figura 1 - Equipamentos da assistência e suas características
Fonte: Elaborado pelo autor

APOIO E CUIDADO AOS CUIDADORES E/OU FAMILIARES

Seja em qualquer condição de saúde, a participação e integração da família e dos cuidadores ao processo de cuidado do usuário, é essencial para a boa condução do processo terapêutico. No caso dos transtornos mentais graves, como os TEE, essa problemática se torna mais complexa e envolve em diversas questões relativas à incompreensão acerca do transtorno, descrença em relação a sua existência, incerteza quanto ao futuro e progresso do tratamento, sentimento de frustração e sobrecarga, além de outras questões relacionadas à dinâmica da organização da família e expressões da questão social, como a pobreza, violência, discriminação e entre outros.

Em uma situação na qual um membro da família desenvolve algum transtorno mental grave, a dinâmica e a estrutura familiar, sofre modificações diversas a qual giram em torno da condição desse sujeito. Dessa forma, quando não há qualquer tipo de apoio, seja profissional ou comunitário, não só o sujeito com a condição se torna mais adoecido, mas sim todos os membros que vivenciam e lidam diariamente com a situação, no qual um ciclo de sofrimento compartilhado, vai se construindo e se fortalecendo cada vez mais. No decorrer desse processo de adoecimento coletivo, as perspectivas de melhora e recuperação, tendem a ser limitadas no que tange a capacidade de intervenção e eficácia das intervenções. Assim, é essencial que o trabalho que será desenvolvido com o usuário, não se restrinja só a ele, mas que seja abrangente à toda família, em que deve se trabalhar com o intuito de aproximá-la e integrá-la ao processo terapêutico, oferecendo escuta e acolhimento ao sofrimento que estes vivenciam.

Uma das principais problemáticas associadas aos TEE no que diz respeito à esfera familiar, é a incompreensão relacionada ao transtorno. Muitas vezes, os familiares não compreendem do que se trata a condição e tendem a associá-la a questões de cunho religioso (está possuído, com um “encosto”, está pagando por algum pecado próprio ou de outro familiar etc.) ou moral. Nesse sentido, uma das primeiras e principais linhas de trabalho que devem ser desenvolvidas com esse público, é o esclarecimento e a conscientização acerca do que se trata o transtorno. Como se trata de uma condição bastante complexa, é essencial que o processo de troca de informações, aconteça da forma mais simples e clara o possível, prezando por uma linguagem simples e acessível, pois os jargões psicopatológicos e específicos de cada atuação profissional, muitas vezes não são acessíveis para outras pessoas fora do meio da saúde.

Nessa linha, outro ponto importante, é trabalhar a adesão ao tratamento, o qual trata-se de um conceito relativo à quanto o sujeito modela seu comportamento em relação

às orientações do profissional da saúde, seja na esfera farmacológica ou psicossocial (World Health Organization, 2002; Figueiredo et al., 2021). Um dos pontos é o trabalho sobre a importância do uso da medicação, visto que a dificuldade de adesão à terapêutica medicamentosa, é uma das questões mais presentes nos TEE e que dificultam o processo de cuidado. Em muitos casos, o cuidador principal é quem faz a gestão e administração dos medicamentos. Assim, dentro das questões no qual deve-se conscientizar a família, é o esclarecimento do papel da medicação, no que tange as estratégias de administração (horários a serem seguidos para a ingestão do medicamento, ou no caso de administração intramuscular, a importância de sempre retornar na data definida para uma nova aplicação), seus efeitos colaterais e adversos, a necessidade de retorno periódico para reavaliação da medicação pelo médico psiquiatra, assim como quais sintomas ela irá controlar.

Já na esfera psicossocial, a importância da desmitificação dos estigmas e acerca da condição é vital para o processo de reintegração social e comunitária. A noção errônea de que pessoas com o TEE são agressivas, incontroláveis, perigosas e que não possuem perspectiva de melhora, alimenta um ideário de exclusão, no qual estas deveriam ser apartadas do meio social. Assim, se deve trabalhar com a família a quebra desse paradigma e propor a inclusão do sujeito em atividades pró-sociais, que sejam alinhadas aos interesses e gostos do usuário, assim como às possibilidades oferecidas pelo território. Participar das atividades grupais do equipamento, reuniões com grupos religiosos, estimular conversas com seus vizinhos na calçada, são situações simples que podem fomentar o processo de inclusão.

Trabalhar a qualidade dos vínculos familiares também deve ser um dos focos de intervenção, visto que as recaídas (episódios de crise, no qual os sintomas positivos, tais como as alucinações e delírios são emitidos com maior intensidade), tendem a ser mais frequentes quando o ambiente familiar é estressante (Figueiredo et al., 2021) e atravessado por questões aversivas. Assim, um ambiente que é marcado por discussões e tensões constantes, tende a fomentar mais episódios de recaída e dificultar o processo de cuidado. Dessa forma, é importante compreender os anseios e sofrimentos que esses familiares estejam vivenciando e, buscar acolhê-los da melhor forma possível, seja através de uma escuta particularizada ou através da inclusão em atividades grupais voltadas aos familiares e cuidadores. Uma possibilidade de articulação, é o direcionamento e encaminhamento aos equipamentos da proteção social básica do território, como os Centros de Referência da Assistência Social, no qual essas famílias podem ser incluídas nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV e no Serviço de Apoio

Integral as Famílias – PAIF, os quais irão desenvolver atividades voltadas ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, assim como irão fornecer acompanhamento voltado ao lidar das expressões da questão social.

A equipe deve estar atenta se o sofrimento que aquele cuidador ou familiar vivencia, se tornou patológico. Dessa forma, quando há esse tipo de constatação, esse usuário deve ser acolhido e direcionado para uma avaliação mais globalizada, no sentido de identificar (e se necessário diagnosticar) o grau de comprometimento existente, para que se possa iniciar um cuidado mais direcionado a essa questão.

GRUPOS

Os grupos consistem em atividades de caráter coletivo, no qual reúnem-se sujeitos com alguma característica, interesse ou demanda em comum, a qual irá ser desenvolvida e conduzida a partir do olhar de um dos profissionais que compõem a equipe do equipamento. No que diz respeito ao campo da saúde pública, estes têm como objetivo, gerar impactos nos indicadores na perspectiva da educação em saúde, os quais são baseados em paradigma de transmissão do saber-fazer profissional (Brasil, 2013).



designed by freepik

Reprodução de https://www.freepik.com/free-vector/flat-youth-people-hugging-together_4741430.htm#query=grupo&position=2&from_view=search&track=sph

Quando nos aproximamos do campo da saúde mental, o papel dos grupos prioritariamente é serem terapêuticos, mas não apenas no sentido clínico. O seu intuito também deve a construção da noção de pertencimento ao território, o que perpassa a inclusão, trabalhar noções relacionadas à identidade (fomentar a noção do eu, como um ser além do diagnóstico), estigma e de ser um local que permite a construção de vínculos e expressão das individualidades. Outra questão importante que deve ser trazida como temática, é o abuso de substâncias, como o cigarro e o álcool, o qual tendem a ser drogas

de abuso comum nesse público (Bhisnoi & Priyanka, 2023). A seguir, apresentamos algumas estratégias para trabalho com grupos de pessoas com TEE e outros transtornos mentais graves e temáticas que podem ser levadas para os grupos.

Temáticas para discussão em grupo

Hasan e Musleh (2017) sugerem algumas temáticas que podem ser trazidas nas discussões dos grupos, as quais podem acontecer em forma de roda de conversa ou sendo ministrada através de folhetos com as temáticas do dia. O intuito das temáticas, é o empoderamento do usuário acerca da condição, com vias de trabalhar o estigma, melhorar a saúde em geral, modificar atitudes e aumentar a adesão ao tratamento. O interessante dessa intervenção, é que os cuidadores e familiares podem participar junto ao usuário. Tabela a seguir apresenta uma versão adaptada da intervenção trazida no estudo original dos autores.

Temática geral	Conteúdos
Do que se trata a esquizofrenia?	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico do transtorno• Mitos e verdades sobre a esquizofrenia• Sintomas da esquizofrenia
Desafios na rotina familiar e coisas a se fazer junto à família	<ul style="list-style-type: none">• Aprendendo como compartilhar experiências com seus familiares;• Aprendendo a fazer as suas tarefas de casa;• Procurando apoio nos membros da família• Elaborar um planejamento diário para melhorar sua capacidade de lidar com a condição
Melhora na comunicação e autocuidado	<ul style="list-style-type: none">• Praticar a comunicação verbal e não verbal com seus pares• Manutenção da higiene diariamente e seguir as obrigações diárias
Trabalhar a aderência à medicação e evitar a piora da condição	<ul style="list-style-type: none">• Entendendo a importância de continuar usando a medicação• Apresentar os efeitos terapêuticos e adversos da medicação• Compartilhar experiências com os efeitos adversos de cada medicação• Entendendo os riscos e benefícios de cada medicação
Gerenciamento de crise	<ul style="list-style-type: none">• Gerenciamento do estresse• Lidando com situações problemáticas

Terapia de grupo baseada em *mindfulness*

As estratégias de cuidado baseadas em *mindfulness*, trata-se de um grupo de técnicas aplicadas no manejo terapêutico de diversas questões que atravessam a dimensão do sofrimento humano. O foco principal desse tipo de estratégia, trata-se da ideia da manutenção da atenção no momento presente. Mas o que significa estar no momento presente? Hayes et al. (2021, p. 161) nos traz uma definição:

Os processos do momento presente são sobre viver flexivelmente no aqui e agora. Eles não se referem a “presente” em oposição a “passado” ou “futuro”. São simplesmente formas como falamos sobre mudança – são apenas um artifício da linguagem que faz parecer como se o tempo fosse uma coisa, como o fio de um colar de contas. [...] Existe o agora e o agora e o agora.

Nesse sentido, essas intervenções têm como foco, trabalhar a capacidade de atenção do sujeito no que realmente encontra-se disponível no mundo e não apenas no que ele pensa. Assim, ela fomenta a construção de repertórios para lidar de forma efetiva, com os problemas e questões que afligem suas vidas. As técnicas permitem trabalhar três aspectos importantes: a melhora do controle atencional, a capacidade de regulação emocional e a transformação da autoconsciência (Hervás et al., 2016), as quais são dimensões bastante afetadas em usuários com os TEE. Estudos tem apontado o impacto positivo do *mindfulness* nos sintomas positivos, negativos, cognitivos, além de melhor funcionalidade, diminuição das recaídas (Araújo, 2022) e na qualidade de vida (Böge et al., 2021)

As técnicas têm geralmente uma duração curta (de 1 a 5 minutos) e podem ser integradas à rotina de um grupo já estabelecido e podem consistir em técnicas de respiração concentrada (inspirar profundamente por várias vezes e atento em todos os sentidos) e a observação, tais como o foco em algum processo corporal, o monitoramento da respiração e entre outros². Sugere-se a aplicação desses momentos, de forma rotineira, como uma vez durante o encontro do grupo. Além disso, deve-se orientar os usuários, a praticarem diariamente em momentos aleatórios do dia, visto que a noção de atenção plena, trata-se de um processo contínuo, que exige uma frequência adequada para ser realmente eficaz.

² Para mais técnicas e uma discussão mais aprofundada sobre o conceito, ver o capítulo 7 – Consciência do momento presente no livro: Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

Atividades comunitárias e de inclusão social

A esfera da inclusão social nos TEE é um dos aspectos que mais deve ser trabalhado durante o processo de acompanhamento e de cuidado, visto que é uma das áreas mais associadas à recuperação do sujeito e desenvolvimento da sua autonomia. Em um sentido mais amplo, isso diz respeito ao desenvolvimento de uma atividade geradora de renda, construir relacionamentos de amizade, amorosos e ter um papel social definido na sua comunidade. Dados na literatura, denotam que pessoas com os TEE tendem a ter redes sociais e de afetos menores que a população e geral, experienciando mais isolamento e sentimentos relacionados à solidão, algo que é associado com uma menor qualidade de vida, aumento da intensidade dos sintomas no geral e uma menor aderência ao tratamento (Sikira et al., 2021). Essas questões se associam às dificuldades de inclusão no mercado de trabalho e outras relacionadas à questão social, como a pobreza, violência e entre outros.

Nesta seção, apresentaremos algumas sugestões de estratégias voltadas à integração social de usuários com o TEE. Um dos pontos de escolha dessas intervenções, diz respeito à boa qualidade das evidências trazidas no estudo e os seus impactos na melhora da qualidade dos usuários com os TEE. Mas, além disso, a seleção e escolha, levou em consideração as características da própria RAPS, assim como a possibilidade de inclusão e adaptação delas nesse contexto.

Amizade voluntária (Befriending³ volunteer)

A amizade voluntária, trata-se de um tipo de intervenção de caráter psicossocial que se baseia no ideário de construir um vínculo de amizade e afeto entre um acompanhante e um usuário com a condição, com o intuito de fornecer escuta, apoio e desenvolver atividades mais amplas voltadas à integração social como um todo, buscando fomentar a capacidade de interação social e desenvolver vínculos mais intensos e proveitosos. Nesse tipo de intervenção, um voluntário (que deve ser supervisionado por um profissional da equipe técnica do equipamento) é alocado para um usuário e estes devem encontrar-se a cada duas semanas, durante um período definido, como por exemplo, seis ou oito meses. Nesses encontros, a dupla deve escolher algum tipo de atividade pró-social, que seja de interesse de ambos e que esteja alinhada a

³ Em uma tradução direta, *befriending* seria como a ação de se fazer amizades ou amigar.

disponibilidade de horários. Uma das possibilidades, inclui encontrar-se com outra dupla e desenvolver essas atividades em conjunto. Sugere-se também, participar de alguma atividade artística, ter uma conversa amigável e entre outras (Sikira et al., 2021). Observa-se na literatura, que essa modalidade de intervenção traz impactos positivos na qualidade de vida dos usuários, além da redução da intensidade de alguns sintomas negativos e positivos (Botero-Rodríguez et al., 2020; Sikira et al., 2021)

É essencial que antes do processo de alocação, haja um momento de treinamento e formação intenso acerca da condição voltado aos voluntários, no qual deve-se esclarecer os objetivos dessa intervenção, quais são as características dos TEE (sintomas, trabalhar os preconceitos, estigmas, o que fazer no momento de crise, impactos e demais informações importantes), os limites dessa intervenção (o respeito às características do usuário e que essa não é uma intervenção de caráter curativo) e as responsabilidades do voluntário (não participar de atividades em atividades que possam provocar estresse ou sofrimento ao usuário, a participação assídua nas atividades de supervisão e orientação).

A alocação dos pares, deve ser baseada nos interesses e preferências em comum. Assim, em um primeiro momento, a equipe deve fazer uma investigação ampliada acerca dos gostos e interesses de ambos os grupos (TEE e voluntários), com o intuito de construir uma relação proveitosa para ambos. A mediação e construção das duplas, deve ser intercedida nos primeiros encontros no equipamento, no qual o profissional responsável, deve fornecer uma escuta ampla e ativa, captando as necessidades e características de cada sujeito. Regularmente, deve haver momentos grupais de supervisão e escuta das experiências dos voluntários pelo profissional responsável, no qual os voluntários devem relatar o andamento do processo e quais são suas dificuldades e anseios. O facilitador deve buscar estar atento no processo, buscando esclarecer dúvidas dos voluntários, acolher angústias, lidar e direcionar questões problemáticas que possam surgir no processo terapêutico.

Antes do início das atividades, sugere-se fazer uma avaliação do funcionamento global e qualidade de vida do usuário, com vias de verificar a efetividade do acompanhamento ao fim do período de acompanhamento e complementar a observação clínica da equipe. Uma possibilidade de captação de voluntários, é a parceria com instituições de ensino superior e técnico, nos quais haja alunos de cursos da área da saúde. Esses alunos, podem participar desse processo como parte de um processo de estágio, ou como alguma atividade de horas complementares, o que torna o processo viável.

Integração entre o manejo farmacológico e psicossocial

Como já trazido anteriormente, os TEE são compostos por uma ampla gama sintomática que abrangem vários aspectos do funcionamento do sujeito, sendo necessário intervir de forma ampliada. Mas além disso, deve-se se olhar sempre para o sofrimento do usuário e as diversas expressões que o cercam. Devido a essa complexidade, as intervenções devem ser feitas da forma mais particularizada possível, se atentando às características do usuário e o contexto social o qual ele está imerso. O manejo da sintomática perpassa diversos focos de intervenção, no qual o farmacológico se destaca prioritariamente, visto que os medicamentos possuem como uma das suas funções principais, controlar a sintomática positiva (alucinações, delírios, agitação psicomotora e afins). A avaliação da medicação é feita pelo médico psiquiatra do equipamento, o qual avaliará questões relativas à eficácia do medicamento, manejo de efeitos adversos (como os sintomas extrapiramidais) e outras questões relativos ao manejo farmacológico em si. O Ministério da Saúde conta com um Protocolo Clínico com Diretrizes Terapêuticas para o manejo farmacológico da esquizofrenia, que pode ser consultado de forma gratuita⁴.

O cuidado e tratamento fornecido aos usuários com a condição não se restringe apenas à terapêutica farmacológica, visto que o foco de trabalho com essa condição, não é apenas a remissão dos sintomas positivos, mas sim a recuperação e integração completa do sujeito. Os fármacos possuem um papel essencial para o controle dos sintomas positivos e aspectos relacionados à agitação, o que viabiliza a possibilidade de oferecer outras estratégias de cuidado. Assim, deve se buscar a promoção do desenvolvimento das suas capacidades em diversos aspectos, como também, trabalhar a noção de autonomia, no qual essas pessoas, possam desenvolver-se na esfera pessoal, comunitária e profissional, tendo uma vida digna e possam atingir seus anseios, metas, desejos e expandir suas redes de afetos.

Assim, é essencial que uma das diretrizes de trabalho a ser desenvolvida no processo de cuidado, é o da conscientização da importância do uso dos psicofármacos, no que tange a manutenção do tratamento, o qual abrange: Administração correta e contínua do medicamento no que diz respeito a horários, dosagens etc. e trabalhar a resistência ao tratamento medicamentoso. Essas questões podem ser trazidas junto aos atendimentos individualizados feitos pelo médico psiquiatra (sobretudo junto à família) através de

⁴ Protocolo aprovado pela Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2021/portaria-sas-no-364-esquizofrenia.pdf/view>

estratégias de psicoeducação, como também devem ser trazidas nos grupos e oficinas desenvolvidas com os usuários e familiares. Trabalhar a questão da adesão ao tratamento medicamentoso não deve ser visto como apenas um processo de obediência total às orientações médicas, mas sim como um processo de anuência, participação e comprometimento com o plano terapêutico (Figueiredo et al., 2021).

Atividades artísticas

As atividades artísticas compreendem um campo amplo, com diversas possibilidades que podem ser trabalhadas e adaptadas conforme as características do equipamento, o que inclui a disponibilidade de recursos, espaço e tamanho da equipe. Nesse sentido, listar todas as intervenções que podem ser feitas nessa esfera, foge dos objetivos dessa cartilha. Entretanto, traremos alguns exemplos que podem ser úteis para trabalhar com o público com os TEE.

A arte é uma das formas mais poderosas e amplas no que diz respeito à expressão da nossa subjetividade e de como interpretamos, sentimos e damos sentido aos eventos que acontecem fora e dentro de nossa pele. Ela permite expressões diversas e complexas, os quais abarcam dimensões dos nossos sentidos, eliciando emoções e movimentando afetos e sentimentos. A vivência subjetiva do TEE é uma experiência complexa, que provoca discussões amplas em várias áreas do conhecimento. Nise da Silveira (1905-1999), médica psiquiatra e uma das principais expoentes da implementação do modelo de cuidado humanizado e integrado à comunidade voltado à pessoas com transtornos mentais no Brasil, dedicou boa parte de sua carreira a compreender as relações entre os TEE e arte, buscando “[...] penetrar, pouco que fosse, no mundo interno do esquizofrênico” (Silveira, 2015, p. 14) e ir além da descrição psicopatológica das alucinações e delírios, demonstrando o papel terapêutico que a arte tem no manejo e compreensão dessa condição.

Pintura e artes plásticas

As artes plásticas constituem um campo amplo que diz respeito as produções artísticas elaboradas com materiais diversos, no qual a pintura é um dos mais conhecidos. Entretanto, esta não se restringe apenas a esse tipo de arte, se estendendo a diversos outros tipos de produções, como o artesanato com materiais recicláveis, a elaboração de desenhos, gravuras, fotografias, colagens, tecelagem e todo um consorte de outras atividades. Além de permitirem a livre expressão do sujeito no que diz respeito aos seus

anseios, angústias, alegrias e outros afetos, as artes plásticas, também são uma forma de conhecer mais sobre aquele sujeito e dar voz sobre a sua trajetória e história de vida.

O Sergipano Arthur Bispo do Rosário (1909-1989), o qual possuía esquizofrenia, fora um dos maiores artistas plásticos do País, sendo um dos maiores símbolos da expressão da loucura através da arte. Este criou uma relação simbiótica com suas produções, trazendo aspectos únicos das suas vivências em cada obra produzida. Arthur não se retraía diante da loucura e não se deixava ser controlado pelos saberes da saúde, dentro da arte, encontrava subsídios para desenvolver sua obra (Faria, 2004).

Assim, essas atividades, as quais tem esse potencial de trabalhar aspectos mais subjetivos do sujeito, também podem ser uma fonte de renda e trabalho a essas pessoas, no qual as produções desses usuários, podem ser comercializadas e convertidas em fontes de renda. Na literatura, encontramos exemplos de experiências exitosas, sendo a mais conhecida, a de Nise da Silveira no Hospital Engenho de Dentro, o qual rompeu com as práticas manicomiais da época (uso de tratamentos agressivos, o isolamento social e afins) e trouxera uma forma inovadora de fornecer cuidados a pessoas com transtornos mentais graves, através da arte. Pesquisas sugerem que esse tipo de intervenção, traz impactos significativos na qualidade de vida, coping e autoestima (Hugo Palma et al., 2017) assim como em outras variáveis.

Atividades físicas

Atualmente, existe um corpus de evidências bastante sólido que ressaltam a importância da prática de exercícios como fator auxiliar no tratamento e melhora da qualidade de vida em diversos transtornos mentais conhecidos. Trata-se de um fator bastante associado à recuperação funcional, melhora sintomática, construção da autonomia e diversos outros fatores positivos relacionados ao processo terapêutico, seja de cunho farmacológico, psicológico ou psicossocial.

Especificamente nos TEE, observam-se impactos positivos em uma ampla gama sintomática, tendo-se efeitos moderados a significativos na diminuição dos sintomas negativos (Dauwan et al., 2016), positivos, ansiosos e depressivos, como também, provendo melhora em aspectos da cognição, como a memória de trabalho, velocidade de processamento, aprendizado verbal, memória de longo prazo, raciocínio, resolução de problemas, atenção e cognição social (Firth et al., 2016). Além disso, também se relacionam a melhoras no funcionamento global e social (Melo et al., 2021).

Pessoas com os TEE geralmente apresentam maiores riscos de desenvolverem condições cardiovasculares, assim como também obesidade e diabetes, os quais se associam a uma expectativa de vida reduzida em relação à população em geral. Nesse sentido, é essencial que os exercícios físicos sejam incluídos (sempre que possível) dentro do Projeto Terapêutico Singular de um usuário com a condição, visto que a medicação antipsicótica, geralmente atua apenas na redução da sintomatologia positiva, com efeitos mínimos ou nulos nos sintomas negativos e cognitivos (Dauwan et al., 2016).

A seguir, apresentaremos algumas sugestões de exercícios físicos que apresentam boas evidências quanto aos seus impactos em dimensões da QV e sintomas dos TEE. Um ponto em comum, é que todas são atividades físicas grupais, o que permite trabalhar ao mesmo tempo, a dimensão da construção e fomento de vínculos sociais e afetivos, o qual é uma dimensão de suma importância para a reintegração social. É necessário ressaltar também que a escolha das atividades físicas também deve ser baseada nas preferências do grupo, dos usuários e nas características culturais do contexto. Dessa forma, sugerimos que se faça a introdução de alguma atividade mais simples e posteriormente, propor novas com base nos gostos do grupo, como por exemplo, futebol, vôlei e outras possibilidades.

Exercícios aeróbicos

Os exercícios aeróbicos consistem em atividades físicas voltadas a movimentação de boa parte (se não todos) os músculos do corpo, durante um período determinado. Estes têm como foco, o aumento da capacidade vascular e respiratória. Há uma ampla gama de exercícios desse tipo, como as caminhadas, corridas, andar de bicicleta, danças como a zumba, jogar futebol, vôlei e diversos outros esportes que proporcionem a movimentação completa do corpo. Quando esse tipo de exercícios é realizado de maneira regular e contínua, há a melhora da capacidade cardiopulmonar e conseqüentemente, o aumento da tolerância ao exercício (Chaves et al., 2007).

No que tange aos TEE, García-Garcés et al. (2021) apontam que a combinação de exercícios aeróbicos e de força, provocam efeitos significativos na diminuição da sintomatologia positiva e negativa do transtorno. Entretanto, ressaltam a importância da manutenção da rotina de exercícios, visto que esses ganhos, podem ser perdidos caso não haja a continuidade nesse processo.

Os autores sugerem um programa de exercícios aeróbicos com duração de 16 semanas (o qual pode ser estendido) voltados ao público com o TEE. A atividade consiste em uma caminhada de intensidade moderada, sendo dividida em quatro séries com duração de dez minutos e com intervalo de um minuto entre cada. Antes do início da

primeira série, é importante que haja um momento de alongamento dos maiores grupos musculares (peitoral, costas, glúteo e pernas) com no máximo 10 minutos de duração. Após a segunda série, o alongamento deve ser repetido mais uma vez. É necessário ressaltar que a intensidade do exercício deve ser *moderada*. Assim, é importante estar atento caso o usuário não consiga acompanhar o ritmo do grupo. Nessas situações, deve-se diminuir o ritmo e aumentar o período de intervalo (além de lembrar o grupo de se hidratar durante a atividade). Uma forma simples de verificar a intensidade, é verificar se o usuário consegue falar durante o treino. A intensidade deve ser o suficiente para tornar difícil, mas não impossível a conversação.

É interessante que essa atividade aconteça de forma grupal junto a outros usuários do serviço, podendo se tornar semanal e rotineira do equipamento. Uma das vantagens é o seu baixo custo, já que não exige nenhum equipamento específico para sua execução, além de que permite a utilização de espaços públicos do território, como uma praça, ciclovia e demais locais que permitam o agrupamento de várias pessoas. Caso o equipamento conte com um Educador Físico, este pode avaliar o aumento da intensidade do treino, como também, incluir algum outro tipo de atividade aeróbica como complemento à caminhada. Assim, é possível adaptar e inserir atividades diversas pensando nessa linha da melhora do condicionamento físico.

Treinos de força

Os treinos de força consistem em atividades físicas voltadas ao trabalho de grupos musculares, com o intuito de desenvolver resistência, força, coordenação motora e agilidade. Trata-se de atividades com quantidades de repetições bem definidas e que devem ter sua intensidade aumentada conforme o desenvolvimento e aumento da resistência física do usuário. Estes podem ser executados com o apoio de algum equipamento esportivo, como uma faixa elástica, pesos etc., podendo ser adaptados de forma bastante ampla conforme o contexto do equipamento. O treino de força a seguir, trata-se do programa elaborado por García-Garcés et al. (2021), o qual pode ser combinado ou intercalado aos exercícios aeróbicos (por exemplo, em uma semana treino de força e na outra, treino aeróbico) com fins de aumentar a efetividade e impactos na sintomática e QV dos usuários.

O treino também tem uma duração prevista de 16 semanas (que também pode ser estendido), consistindo em oito tipos de exercícios voltados ao aumento da força e resistência muscular. Assim como o treino aeróbico, é essencial que antes da primeira série, haja o alongamento dos grupos musculares maiores (peitoral, costas, glúteo e

pernas) com no máximo 10 minutos de duração. A cada série de exercícios executados, há um intervalo de um minuto, no qual se deve fazer um alongamento leve de todo o corpo. Como trata-se de treino voltado ao desenvolvimento muscular, a cada quatro semanas, há um aumento da quantidade de repetições em cada exercício. Na tabela 1 a seguir, são apresentados os exercícios, assim como a quantidade de repetições. Os autores sugerem que alguns desses exercícios, podem ser feitos com o auxílio de uma faixa elástica.

Treino/Semana	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16
Aquecimento	10 minutos de alongamento muscular			
Abdominal simples	15 repetições	20 repetições	25 repetições	30 repetições
Intervalo de 1 minuto e alongamento leve				
Elevação de perna	15 repetições	20 repetições	25 repetições	30 repetições
Intervalo de 1 minuto e alongamento leve				
Agachamento	15 repetições	20 repetições	25 repetições	30 repetições
Intervalo de 1 minuto e alongamento leve				
Salto	15 repetições	20 repetições	25 repetições	30 repetições
Intervalo de 1 minuto e alongamento leve				
Treino de ombro (com elástico)	1ª e 2ª semana: 3 repetições 3ª e 4ª semana: 4 repetições	5ª e 6ª semana: 5 repetições 7ª e 8ª semana: 6 repetições	9ª até a 12ª semana: 7 repetições	13ª até a 16ª semana: 8 repetições
Intervalo de 1 minuto e alongamento leve				
Treino de bíceps (com elástico)	1ª e 2ª semana: 3 repetições 3ª e 4ª semana: 4 repetições	5ª e 6ª semana: 5 repetições 7ª e 8ª semana: 6 repetições	9ª até a 12ª semana: 7 repetições	13ª até a 16ª semana: 8 repetições
Intervalo de 1 minuto e alongamento leve				
Treino de tríceps (com elástico)	1ª e 2ª semana: 3 repetições 3ª e 4ª semana: 4 repetições	5ª e 6ª semana: 5 repetições 7ª e 8ª semana: 6 repetições	9ª até a 12ª semana: 7 repetições	13ª até a 16ª semana: 8 repetições

Intervalo de 1 minuto e alongamento leve				
Treino de costas (com elástico)	1ª e 2ª semana: 3 repetições	5ª e 6ª semana: 5 repetições	9ª até a 12ª semana: 7 repetições	13ª até a 16ª semana: 8 repetições
	3ª e 4ª semana: 4 repetições	7ª e 8ª semana: 6 repetições		
Encerramento e 10 minutos de alongamento muscular				

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lidar com o espectro da esquizofrenia ainda se trata um desafio para muitos profissionais atuantes na saúde pública como um todo, visto a sua complexidade e várias outras questões que atravessam a constituição dessa condição, tais como o medo, preconceito e o desconhecimento acerca do transtorno em si. Nesse sentido, uma das principais formas de abordar a condição de uma maneira ampliada e efetiva, é através da psicoeducação e divulgação de informações científicas e claras acerca do transtorno. Assim, esse tipo de ação, fomenta um olhar mais humanizado e direcionado às necessidades daquele usuário.

A esfera da integração social e do fortalecimento dos vínculos familiares, é um dos principais pilares para uma maior efetividade de qualquer intervenção proposta. Assim, a expansão das ações de psicoeducação, também devem ser expandidas para o núcleo familiar e demais cuidadores envolvidos. Dessa forma, se trabalha em uma noção ampliada de cuidado, no qual se propõe uma terapêutica mais abrangente e potente para a condição.

Esperamos que esse material possa ser útil como referência técnica para os profissionais atuantes com esse público. Mas além disso, ansiamos que este possa ser um instrumento que contribua para desmitificação do espectro e que promova a construção e fomento da dignidade, assim como a valorização e humanização dos usuários com a condição.

REFERÊNCIAS

- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67–82. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>
- Araújo, D. de F. (2022). Adesão ao Tratamento em Esquizofrenia e as Terapias Comportamentais Contextuais. *Contextos Clínicos*, 15(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.151.13>
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Artmed.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: An update. *PharmacoEconomics*, 30(3), 183–195. <https://doi.org/10.2165/11594470-000000000-00000>

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2008). *Psicopatologia: Uma abordagem integrada*. Cengage Learning.
- Bhisnoi, D., & Priyanka, B. (2023). How does tobacco affect quality of life of patients of schizophrenia and bipolar affective disorder: A comparative study. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 9(7), 9335–9341.
- Biedermann, F., & Fleischhacker, W. W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 349–354. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000316>
- Böge, K., Hahne, I., Bergmann, N., Wingenfeld, K., Zierhut, M., Thomas, N., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., & Hahn, E. (2021). Mindfulness-based group therapy for in-patients with schizophrenia spectrum disorders—Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a rater-blinded randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 228, 134–144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.008>
- Botero-Rodríguez, F., Hernandez, M., Uribe-Restrepo, J., Cabarique, C., Fung, C., Priebe, S., & Gómez-Restrepo, C. (2020). *Experiences and outcomes of group volunteer befriending with patients with severe mental illness: An exploratory mixed-methods study in Colombia* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-119897/v1>
- Brasil. (2013). *Cadernos de atenção básica n.34 – Saúde Mental*. Ministério da Saúde.
- Brisso, S., Pereira, G., & Balanzá-Martinez, V. (2016). Quality of life, and social cognition in Schizophrenia. In A. G. Awad, & L. N. P. Vorunganti. *Beyond Assessment of Quality of Life in Schizophrenia*. 10.1007/978-3-319-30061-0
- Pedroso, B., Pilatti, L. A., Gutierrez, G. L., & Picinin, C. T. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista brasileira de qualidade de vida*, 2(1).
- Chaves, C. R. M. D. M., Oliveira, C. Q. D., Britto, J. A. A. D., & Elsas, M. I. C. G. (2007). Exercício aeróbico, treinamento de força muscular e testes de aptidão física para adolescentes com fibrose cística: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(3), 245–250. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000300003>
- Cheniaux, E. (2016). Psicopatologia e diagnóstico da esquizofrenia. In A. Gadelha, A. E. Nardi, & A. G. Silva. *Esquizofrenia: Teoria e clínica*. Artmed.
- Dalgallarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.

- Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588–599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Li, G., Meng, X., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *The Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519–532. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09633-4>
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(suppl 1), 23–26. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500009>
- Faria, F. M. (2004). Arthur Bispo do Rosário e seu universo representativo. *Revista Urutáguia - revista acadêmica multidisciplinar*, 5.
- Figueiredo, R. N. S., Silva, A. G., Figueiredo, K. S., Figueiredo, C. G. (2021). Prevenção de recaídas em esquizofrenia: o manejo da adesão. In A. Gadelha, A. E. Nardi, & A. G. Silva. *Esquizofrenia: Teoria e clínica*. Artmed.
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., Nuechterlein, K. H., & Yung, A. R. (2016). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, sbw115. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw115>
- Gaebel, W., Zielasek, J., & Cleveland, H.-R. (2013). Psychotic disorders in ICD-11. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 263–265. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.04.002>
- García-Garcés, L., Sánchez-López, M. I., Cano, S. L., Meliá, Y. C., Marqués-Azcona, D., Biviá-Roig, G., Lisón, J. F., & Peyró-Gregori, L. (2021). The short and long-term effects of aerobic, strength, or mixed exercise programs on schizophrenia symptomatology. *Scientific Reports*, 11(1), 24300. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03761-3>
- Gebreegziabhere, Y., Habatmu, K., Mihretu, A., Cella, M., & Alem, A. (2022). Cognitive impairment in people with schizophrenia: An umbrella review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(7), 1139–1155. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01416-6>
- Hasan, A., & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *The International*

- Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 212–223.
<https://doi.org/10.1177/0020764017693652>
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., & Möller, H.-J. (2017). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia – a short version for primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(2), 82–90. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1291839>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Hervás, G., Cebolla, A., Soler, J., Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115–124.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Hugo Palma, V. H., Barriga, L., Cruz, S., & Gama, A. P. (2017). Modeling the psychotic symptomatology: the art as therapeutic resource in mental health. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(1), 19–28. <https://doi.org/10.15309/17psd180102>
- Karow, A., Bullinger, M., Lambert, M. (2016). Quality of life as an outcome and a mediator of other outcomes in patients with schizophrenia. In A. G. Awad & L. N. P. Vorunganti. *Beyond Assessment of Quality of Life in Schizophrenia*. 10.1007/978-3-319-30061-0
- Melo, R. C. de, Araújo, B. C. de, Silva, L. A. L. B. da, Domene, F. M., Silva, J. de L., Milhomens, L. de M., Bortoli, M. C. de, & Toma, T. S. (2021). Efeitos da atividade física na saúde mental. *Fiocruz Brasília*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1361694>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Artmed.
- Seeman, M. V. (2016). Schizophrenia and its sequelae. In A. G. Awad, & L. N. P. Vorunganti. *Beyond Assessment of Quality of Life in Schizophrenia*.
- Sikira, H., Janković, S., Slatina, M. S., Muhić, M., Sajun, S., Priebe, S., & Džubur Kulenović, A. (2021). The effectiveness of volunteer befriending for improving the quality of life of patients with schizophrenia in Bosnia and Herzegovina—An exploratory randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e48.
<https://doi.org/10.1017/S2045796021000330>

- Silva, K., Czepielewski, L. S., & Belmonte-de-Abreu, P. (2023). Técnicas de Avaliação em Casos de Suspeita de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos Primários. In S. E. S. Oliveira & C. M. Trentini. *Avanços em Psicopatologia: Avaliação e Diagnóstico Baseados na CID-11* (1º ed).
- Silveira, N. da. (2015). *Imagens do inconsciente*. Vozes.
- Souza, L. A. de, & Coutinho, E. S. F. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 50–58.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000100011>
- Szasz, T. S. (1978). *Esquizofrenia: O símbolo sagrado da psiquiatria*. Zahar Editores.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* (1982), 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Tostes, J. G., De Vasconcelos, A. C. B., Tostes, C. B. D. S., De Brito, K. A. N. D., De Souza, T. F., & De Freitas, R. L. (2020). Esquizofrenia e Cognição: Entendendo as Dimensões Atentivas, Perceptuais e Mnemônicas da Esquizofrenia. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 14(4), 102–119. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.30284>
- Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2021). Histórico do conceito de esquizofrenia. In A. Gadelha, A. E. Nardi, & A. G. Silva. *Esquizofrenia: Teoria e clínica*. Artmed.
- Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95–104.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.01.002>
- World Health Organization (Org.). (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action: global report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. (11º ed). <https://icd.who.int/browse11/>

ESCALA PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A escala aqui apresentada, possui o papel de servir como uma estratégia complementar de avaliação da efetividade das intervenções feitas com esse público. Esta traz um olhar mais objetivo no que diz respeito a analisarmos os impactos e melhoras ocasionadas pelo acompanhamento feito no equipamento. Assim, sugere-se que o seu uso, seja feito antes do início do processo interventivo, com o intuito de obter uma medida base do funcionamento do sujeito naquele momento. Posteriormente, deve-se fazer novas avaliações durante o decorrer do processo, buscando verificar quais as dimensões da qualidade de vida desses usuários, foram afetadas de forma significativa pelas intervenções e quais as outras que necessitam de um olhar mais adequado. Estas têm o papel de serem um *complemento* à avaliação global da evolução do usuário dentro do processo de cuidado que é conduzido pela equipe, não devendo ser utilizada de forma isolada e descontextualizada, visto que o valor numérico que ela fornece, não possui utilidade se não for contextualizado e integrado a um processo de avaliação amplo.

Além da avaliação do usuário, a escala também pode ser usada para a avaliação da Qualidade de Vida dos familiares e cuidadores, visto que é necessário olhar para essa característica desses sujeitos, os quais lidam continuamente com sofrimentos e sentimentos diversos relacionados ao processo de cuidado do familiar com o TEE. Assim, o intuito de avaliar esses sujeitos, é ter uma maior aproximação à sua realidade e fomentar um olhar mais atento às suas necessidades.

A *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref* é uma escala desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde que tem o intuito de avaliar a qualidade de vida geral de um sujeito e sua saúde geral. Esta possui 26 itens (o item 1 diz respeito à saúde geral e 2 sobre a qualidade de vida geral), sendo dividida em quatro domínios: Psicológico, relações sociais, ambiente e físico. Sua aplicação tem uma duração estimada de 15 minutos, sendo preenchida pelo próprio usuário. Cada questão deve ser respondida com um escore de 1 a 5. O cálculo dos resultados se baseia na média de cada domínio e pelo valor geral da escala, o qual é retornado em forma de porcentagem. Quanto mais perto de 100%, maior o nível de qualidade de vida do usuário. Pedroso et al. (2010) elaborou e disponibilizou, uma planilha que automatiza o processo de quantificação dos resultados, a qual pode ser baixada de forma gratuita⁵.

⁵ Disponível em <http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>

World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Por exemplo, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão a seguir cuidadosamente, veja o que você acha e circule o número que corresponde a resposta que você mais se identifica.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **últimas duas semanas**.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

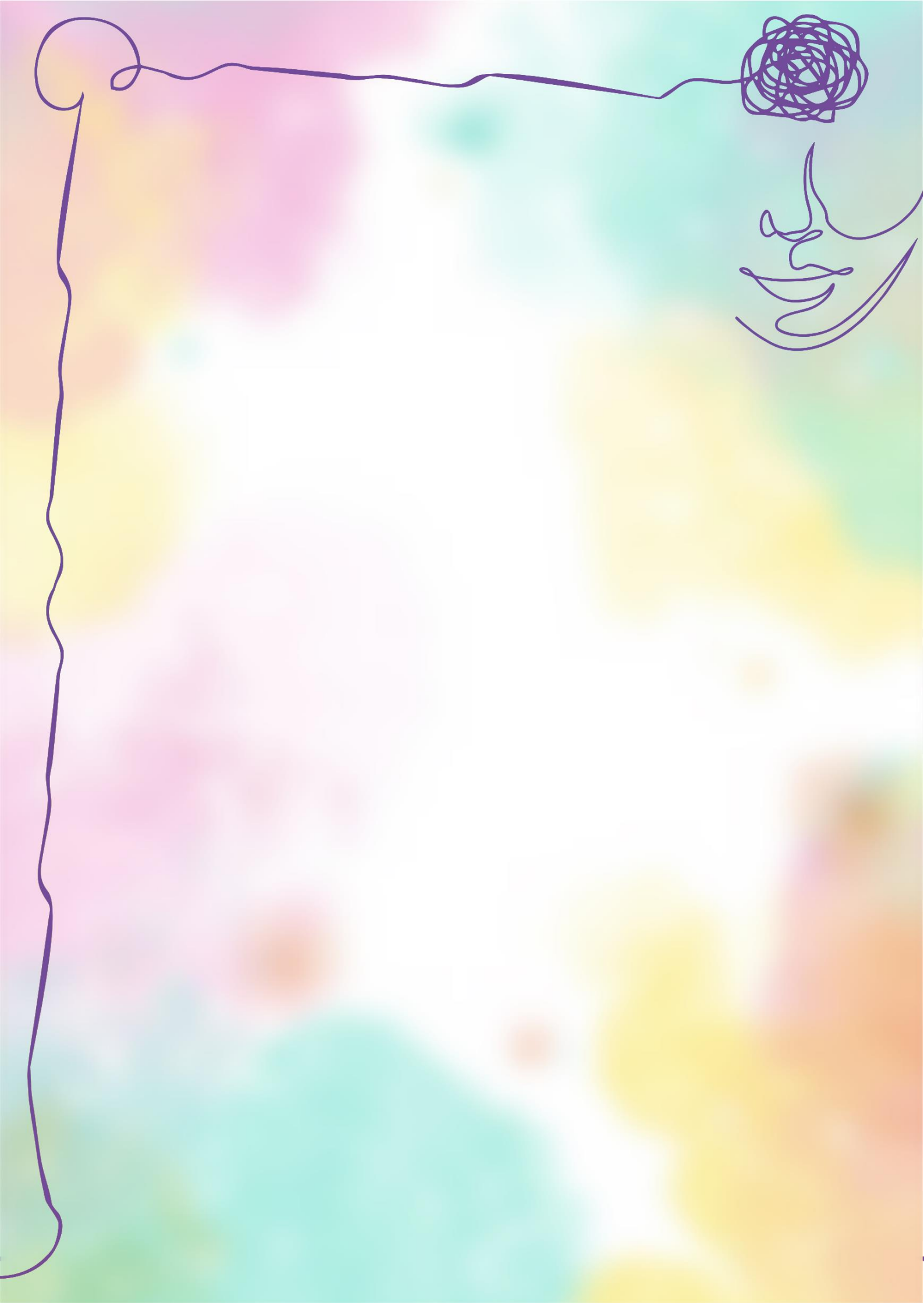
		nunca	Algumas vezes	frequentemente e	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO



APÊNDICE B – EBOOK VOLTADO AO PÚBLICO GERAL E USUÁRIOS DA RAPS



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ**

**O que (não) é a esquizofrenia?
Um ebook informativo sobre
o transtorno e suas
características.**

Artur Gevázio Lira da Silva
Maria Suely Alves da Costa

Contracapa – Ficha catalográfica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
O QUE É A ESQUIZOFRENIA?	5
ONDE PROCURAR APOIO E TRATAMENTO PARA ALGUÉM QUE TENHA ESQUIZOFRENIA?	9
Terapêuticas medicamentosas	10
Psicoterapia	11
Intervenções psicossociais e comunitárias	12
Exercícios físicos	13
COMO AJUDAR ALGUÉM COM ESQUIZOFRENIA?	14
Episódios de crise	14
Manutenção do tratamento	14
Apoio social e fortalecimento de vínculos	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS USADAS, DICAS DE VÍDEOS E LEITURAS	16
OBRAS NA MÍDIA QUE TRATAM DA ESQUIZOFRENIA	17

APRESENTAÇÃO

A presente cartilha, trata-se de um dos produtos técnicos oriundos da pesquisa de mestrado “Avaliação e Intervenção na Qualidade de Vida dos Pacientes com o Espectro da Esquizofrenia”, no qual os autores são vinculados ao Programa de Pós-graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral. Este documento, tem o intuito de apresentar ao público em geral, o que se trata a esquizofrenia no que diz respeito às suas características, sintomas, estratégias de tratamento e como fornecer apoio às pessoas que possuem a condição.

A esquizofrenia ainda é uma condição bastante estigmatizada e rotulada de forma negativa no âmbito social como um todo, sendo pouco compreendida e rodeada de preconceitos e discursos que se associam a ideias de violência, desrazão, agressividade e outros termos que carregam significados e sentidos que pouco dizem respeito ao que realmente se trata a condição. Pessoas com esquizofrenia, tendem a experienciar de maneira mais intensa o sofrimento e outras questões negativas, que são mais associadas a forma como o mundo e as pessoas ao seu redor, as tratam. Ter a condição não significa que a vida daquele sujeito está perdida e que não há esperança de uma recuperação. Pessoas com esquizofrenia, podem ter uma vida digna e repleta de afetos e oportunidades, assim como a população em geral, no qual podem alcançar seus anseios, desejos e alcançar uma vida mais saudável, quando recebem o apoio e tratamento adequado.

Assim, essa cartilha se pauta no ideário da divulgação de informações claras e pautadas na ciência, com o intuito de desmitificar o transtorno e mostrar ao público em geral, que a esquizofrenia está longe de ser o retrato macabro que é pintado pela sociedade, algo que se estende a todos os transtornos mentais graves. O conhecimento científico, é o instrumento mais potente que temos para prover uma sociedade mais acolhedora e que seja sobretudo, produtora de qualidade de vida. Esperamos que essa cartilha contribua para a divulgação desse ideário.

O QUE É A ESQUIZOFRENIA?

Antes de começarmos de apresentar os aspectos centrais e mais característicos da condição é importante definirmos dois conceitos que são relacionados à definição do que é (e o que não é) a esquizofrenia: O conceito de *transtorno mental* e de *espectro*.



Figura 1 - Reprodução de https://www.freepik.com/free-vector/illustration-people-with-mental-health-problems_16922697.htm#query=mental%20disorder&position=3&from_view=search&track=ais

Quando falamos de transtornos mentais, temos algumas características que de certa forma, os diferem das doenças em geral, como uma pneumonia, uma gripe ou condições mais graves, como o câncer. Dessa forma, não usamos no campo da saúde mental o termo *doença mental*, mas sim *transtorno mental*. Apesar dessa diferença, ambos os termos, dizem respeito a condições que provocam sofrimento em diversas medidas em nossas vidas e que impactam aspectos diferentes na nossa forma de ser e experienciar coisas no mundo. Existem diversas questões que fundamentam essa diferença e uma das razões para a nomenclatura de transtorno mental, diz respeito a dificuldade de determinar de forma clara, quais são as causas dos transtornos mentais como um todo. Diferente de uma gripe, no qual sabemos quem é o agente que causa a doença (o vírus da *influenza*), na maioria dos transtornos mentais, ainda não sabemos de forma clara, quais são as suas causas. Dessa forma, adotamos um modelo no qual diversas questões, são levadas em consideração, como fatores genéticos, fisiológicos, psicológicos, culturais e entre outros.

O termo espectro, diz respeito a uma forma de representar as características de algum fenômeno, com base na sua intensidade ou quantidade. Se você lembrar das suas aulas de física, deve-se lembrar do espectro da luz visível (ou espectro eletromagnético), no qual, são apresentados, as frequências de luz que são visíveis e invisíveis aos nossos olhos, em uma escala que vai aumentando da esquerda para a direita, conforme aumenta o comprimento de onda. De forma bastante simplificada, quanto mais à esquerda a posição no espectro, maior a intensidade da cor (vermelho por exemplo) e quanto mais à direita, menor a intensidade (a cor violeta). Na figura a seguir, você pode ter uma visualização prática do conceito.

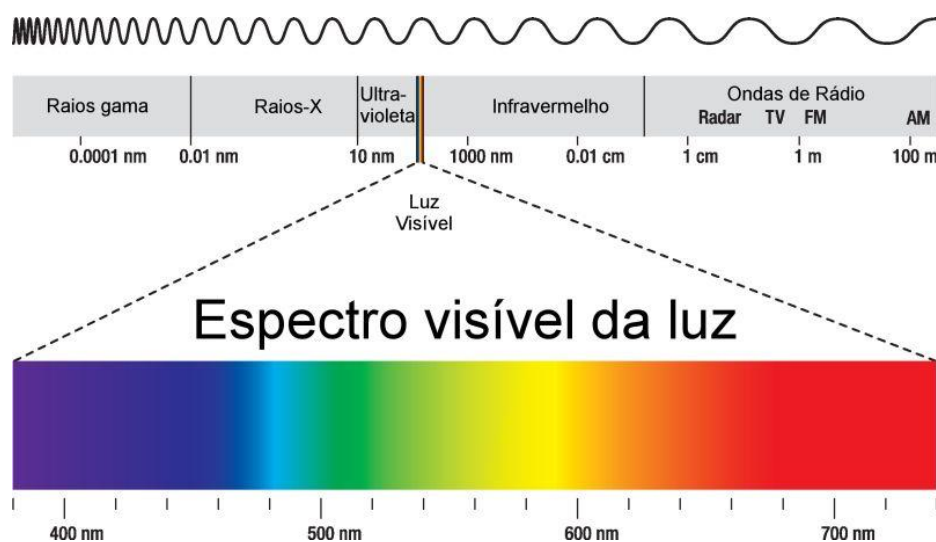


Figura 2 - Reprodução de <https://www.infoescola.com/wp-content/uploads/2007/12/espectro-visivel-da-luz.jpg>

A aplicação do conceito de espectro aos transtornos mentais, também segue a mesma lógica, visto que apesar de termos formas bastante específicas de classificar os transtornos mentais conforme a presença de características (os sinais e sintomas) bem específicas, muitos desses transtornos, possuem diversas características que podem ser “compartilhadas” com outros transtornos e que podem mudar a forma de ver um diagnóstico. Por exemplo, pessoas com transtornos depressivos, apresentam sintomas ansiosos, que caracterizam os transtornos de ansiedade e afins. Assim, os transtornos mentais são alocados em grupos diversos, no qual transtornos com características em comum, são agrupados em várias categorias, como os transtornos de humor, personalidade, ansiedade etc.

Quando se faz uma classificação (ou diagnóstico) em transtornos mentais, também se leva em consideração a intensidade, duração dos sintomas e o nível de dano e sofrimento que acontece na vida de uma pessoa. Assim, nos grupos de transtornos mentais, estes são alocados dentro de um espectro, no qual será levado em consideração, essas características para posicioná-los dentro do espectro.

A nomenclatura de espectro da esquizofrenia, diz respeito a classificação de um grupo de transtornos mentais, que possuem várias características e sintomas em comum, mas que irão variar bastante em cada sujeito. Assim, por mais que diversas pessoas possuam o mesmo diagnóstico de esquizofrenia, a forma como ele se apresenta, difere de forma significativa em cada sujeito. Uma das características centrais que define esse espectro, é a presença de alterações na forma como percebemos o mundo (nossa visão, audição e outros sentidos), as quais chamamos de alucinações. Outra característica diz respeito a alterações em nossas ideias e como cremos em determinadas coisas, o que é chamado de delírio. Essas características relacionadas a perda do contato com a realidade, são chamados de sintomas positivos. A tabela a seguir, apresenta esses dois conceitos.

Delírio	Alucinações
Ideias e crenças fixas em coisas que não possuem base real, lógica e que não podem ser confrontadas com argumentos ou evidências. Exemplos: Crer que se é o Rei da Botsuana, que seu braço é a chave que abre o céu, que há seres etéreos povoando a cidade etc.	Alterações na forma como captamos e percebemos o mundo com nossos sentidos. Basicamente, ver, ouvir e sentir, coisas que não existem e não possuem referente na realidade. Exemplos: Ouvir vozes que descrevem coisas e dão ordens, ver seres místicos ou quimeras etc.

Tabela 1 - Diferenças entre delírios e alucinações

As alucinações são eventos relativamente comuns que acontecem com todos nós do decorrer da nossa vida, podendo ser causados por abuso de alguma substância psicoativa (álcool, cocaína, ácido lisérgico etc.), algum evento traumático ou por algumas alterações breves na forma como sentimos e interpretamos os estímulos ao redor, também podendo acontecer durante breves momentos antes e após de irmos dormir. A alucinação se torna um problema e pode indicar a presença de um transtorno, quando começa a se tornar *frequente* e acontecer em vários contextos. A forma como cada um alucina, dirá respeito ao seu histórico de vida (memórias, conhecimentos, experiências etc.) e a contexto cultural e social no qual ele está imerso (contextos religiosos, de trabalho, familiares etc.).

Além dessas duas características, ainda há a presença de alterações na forma como pensamos, falamos, expressamos nossos sentimentos e outras questões relacionadas a forma como lidamos com o mundo e com nossos pares. Assim, a nomenclatura de espectro da esquizofrenia, diz respeito a um grupo bastante heterogêneo de transtornos mentais, que vão várias dessas características em comum, mas que vão se expressar de formas bastante únicas em cada pessoa. Pessoas com a condição, podem ter dificuldade para concentrar-se, racionar, abstrair sobre determinadas questões e falar sobre seus sentimentos, os quais são chamados de sintomas negativos e cognitivos.

O conceito de espectro abarca também a duração dos sintomas. Ou seja, não são todas as pessoas que apresentam esses sintomas, que irão desenvolver uma forma mais grave de esquizofrenia. Cada situação é bastante única e específica. Em alguns casos, algumas pessoas podem ter um período breve no qual os sintomas podem sumir por completo com o tratamento, os quais podem aparecer em alguns momentos específicos da sua vida. Porém outras pessoas, podem conviver durante toda a sua vida com a condição, tendo que lidar continuamente com as alucinações e outros sintomas. Para entender um pouco da experiência de uma pessoa com a condição, recomendo você dar uma conferida em uma palestra proferida pela Professora Cecilia McGough, que é astrônoma e possui uma trajetória brilhante dentro da sua área, tendo participado de uma equipe que descobriu um corpo estelar chamado Pulsar. Cecilia possui o diagnóstico de esquizofrenia e luta ativamente contra o preconceito sobre a condição.



Figura 3 - Escaneie o QR Code para ver a palestra no YouTube - I Am Not A Monster: Schizophrenia | Cecilia McGough | TEDxPSU – O áudio está em inglês, mas a palestra possui legendas no nosso idioma.

Pessoas com algum transtorno desse espectro, possuem formas singulares de pensar determinados aspectos do mundo, assim como também vivenciá-los. Nesse sentido, elas podem não seguir a lógica tradicional de pensamento ou de expressar as coisas que sentimos. Isso não significa que essas pessoas sejam ruins ou problemáticas,

elas apenas possuem formas diferentes de serem e estarem no mundo e isso significa que devemos nos propor a pensar de uma forma nova e assim, acolhê-las da melhor forma possível.

Antes de ir para a próxima seção, é importante ressaltar e quebrar um paradigma relacionado à condição: Pessoas com esquizofrenia não são naturalmente violentas e/ou agressivas, mas na verdade são mais vítimas de violência do quaisquer outras pessoas. A incompreensão, o medo e uso de explicações vagas e não científicas para o transtorno, fazem com que essas pessoas sejam vítimas de vários tipos de violência em muitos contextos, além de receberem estigmas e diversos discursos preconceituosos propagados socialmente e nas mídias. Assim, é importante esclarecer esse ponto, visto que enfrentar essa questão, ainda é um desafio contínuo.

ONDE PROCURAR APOIO E TRATAMENTO PARA ALGUÉM QUE TENHA ESQUIZOFRENIA?

Existem diversas formas de oferecer cuidado e tratamento para pessoas que possuam algum transtorno do espectro da esquizofrenia. Dependendo do caso, o tratamento pode ter uma duração breve (no caso das esquizofrenias breves) ou em casos mais graves, pode durar a vida toda. O tratamento pode incluir diversas formas de cuidado, como o uso de medicamentos, psicoterapia, atividades grupais, terapia comunitária e entre outros.

Quando pensamos na saúde pública, o processo de cuidado e acompanhamento para pessoas com a condição, acontece dentro da Rede de Atenção Psicossocial, que é a rede de equipamentos e órgãos que congregam a rede de apoio em saúde mental no nosso



Figura 4 - Para conhecer mais sobre a RAPS, escaneie o QR Code que leva à portaria nº 3.088, que instituiu a rede.

País. Alguns órgãos que compõem os a rede, são os Centros de Atenção Psicossocial, as Unidades Básicas de Saúde, os Serviços de Atendimento Móvel e de Emergência – SAMU e entre outros.

Em qualquer um desses equipamentos, todas as pessoas recebem um atendimento baseado na multiprofissionalidade, onde serão atendidos e acolhidos por uma ampla equipe de profissionais com formação diversas, como os psicólogos, médicos psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e entre outros, os quais irão analisar cada situação de forma particularizada e irão fornecer o cuidado, baseado em princípios humanizados e que levam em consideração, as necessidades de cada usuário. A seguir, apresentamos de forma breve, as estratégias de tratamento que podem ser oferecidas nos equipamentos que compõem essa rede.

Terapêuticas medicamentosas

O tratamento medicamentoso para os transtornos desse espectro, consiste prioritariamente no uso de alguns medicamentos chamados antipsicóticos (em alguns textos mais antigos, você pode ver também a nomenclatura de neurolépticos), que tem a função principal, de controlar a expressão dos sintomas positivos, como as alucinações, delírios e o comportamento agitado/desorganizado. Os antipsicóticos se dividem em dois grupos, os antipsicóticos típicos e atípicos ou de primeira e segunda geração. As diferenças entre ambos, vão dizer respeito à características químicas, mecanismos de ação, efeitos adversos e outros sintomas que estes podem lidar.

A indicação, controle e avaliação da necessidade de troca ou encerramento do uso desses medicamentos, é feito pelo médico psiquiatra, o qual tem o papel de gerir e orientar o usuário acerca desse uso e fornecer outras estratégias de cuidado. Por isso, é extremamente importante sempre estar em dia com as consultas feitas com esse profissional, para que assim o tratamento possa continuar adequadamente. Além dos antipsicóticos, o médico psiquiatra pode incluir outros medicamentos para serem utilizados durante o processo de tratamento do sujeito.

Um dos problemas associados ao tratamento medicamentoso é a baixa aderência ao tratamento, o que inclui o abandono da medicação, a resistência em tomar o medicamento, não seguir a forma e horários corretos de administração e entre outros. Nesse sentido, é essencial que as instruções quanto ao uso, sejam sempre seguidas, pois o uso correto, é um dos fatores associados a um tratamento e cuidado mais efetivo.

Psicoterapia

A psicoterapia consiste em um conjunto amplo de estratégias interventivas voltadas a lidar com questões relacionadas ao sofrimento humano, como também no processo de cuidado e tratamento dos transtornos mentais. Estas se baseiam em vários paradigmas e teorias científicas que coexistem dentro do campo da psicologia e que também bebem de diversas outras fontes de conhecimento, como a filosofia, ciências sociais e entre outros. O trabalho de psicoterapia é eminentemente desenvolvido pelas (os) psicólogas (os), mas também pode ser desenvolvido por médicos psiquiatras. Devido a essa multiplicidade de fontes de conhecimento que as psicoterapias bebem, cada uma trabalha de forma diferente frente as diversas demandas que as pessoas trazem. Entretanto, algumas modalidades de psicoterapia, propõem estratégias de cuidado, que são baseadas em *evidências científicas*. Ou seja, as formas de lidar com determinados sintomas, comportamentos e o próprio sofrimento, são baseados nos resultados de pesquisas científicas sérias e replicáveis, tais como a Terapia Cognitivo Comportamental, A Terapia Comportamental Dialética e a Terapia de Aceitação e Compromisso.

Quando pensamos no processo terapêutico feito com pessoas que tenham esquizofrenia, este se baseia na recuperação, em melhorar a capacidade de incluir-se socialmente, diminuir o sofrimento e lidar com os sintomas positivos e negativos, para que assim essas pessoas, possam ter uma maior qualidade de vida e desenvolverem-se de forma mais efetiva e positiva.

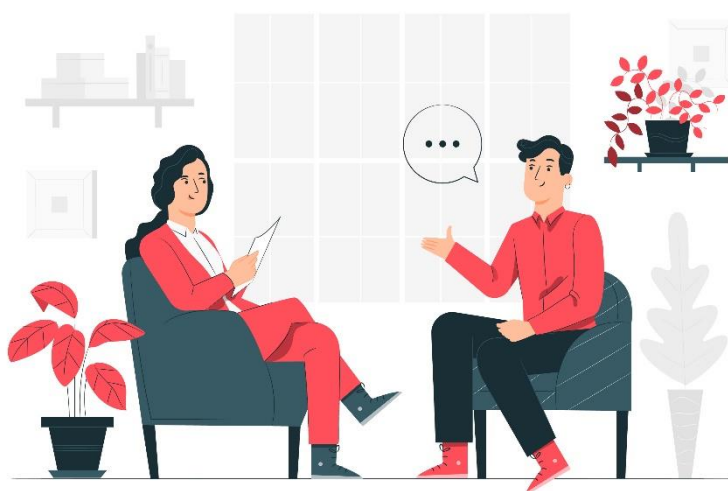


Figura 5 - Reprodução de https://www.freepik.com/free-vector/interview-concept-illustration_7171449.htm#query=terapia&position=3&from_view=search&track=sph

Intervenções psicossociais e comunitárias

As intervenções psicossociais e comunitárias, partem de um paradigma um pouco diferente da psicoterapia tradicional, no qual o trabalho terapêutico deixa de ser restrito ao espaço de uma clínica e feito de forma individual (também existem psicoterapias de grupo, mas elas funcionam de outra forma) e passa a ser feito em espaços diversos e eminentemente, em grupo. A ideia dessas intervenções, além de trabalhar a questão dos sintomas e sofrimento é desenvolver os e fortalecer os vínculos sociais com a comunidade e com outras pessoas. As pessoas com esquizofrenia, geralmente apresentam problemas em criar vínculos e expressar seus sentimentos e afetos, experienciando muitas questões relacionadas ao isolamento e solidão. Assim, estar junto a outras pessoas que tenham outros transtornos mentais e que estão em processo de cuidado, permite desenvolver essas atividades.

Dentro da RAPS, as atividades psicossociais são bastante diversas, no qual a disponibilidade delas, vai depender das características de cada comunidade e território. Alguns exemplos de atividades são as oficinas de arteterapia, os Grupos de Apoio para usuários com transtornos mentais graves, oficinas artísticas, as oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, atividades esportivas e entre outras. Para saber quais estão disponíveis na sua comunidade, procure algum dos equipamentos da RAPS presentes no território.



Figura 6 - Reprodução de https://www.freepik.com/free-vector/people-discussing-about-mental-health_9909075.htm#query=roda%20de%20conversa&position=3&from_view=search&track=ais

Exercícios físicos

Os exercícios físicos são um fator altamente relacionado a melhora de sintomas em vários transtornos mentais, como os transtornos depressivos, ansiosos e entre outros, além de serem extremamente importantes como estratégia de fomento e cuidado na saúde em geral. No caso da esquizofrenia, a prática regular de exercícios físicos auxilia na diminuição dos sintomas positivos, negativos e na melhora da qualidade de vida como um todo. Além disso, é importante ressaltar que pessoas com a condição, apresentam maiores chances de terem problemas cardíacos, algo que pode ser minimizado através da prática apropriada e regular dos exercícios combinada à uma alimentação adequada. Alguns exemplos são os treinos aeróbicos (caminhada, corrida, andar de bicicleta, saltar corda etc.) e anaeróbicos (musculação, crossfit, treinos de força etc.).



Figura 7 – Reprodução de https://www.freepik.com/free-vector/sport-people-young-athletic-woman-fitness-activities-sports-man-gym-exercises_10722723.htm#query=exerc%C3%ADcios&position=13&from_view=search&track=sph

COMO AJUDAR ALGUÉM COM ESQUIZOFRENIA?

Os pontos apresentados a seguir, trata-se de algumas dicas e estratégias simples que podem ser utilizadas no cotidiano junto a alguém que tenha a condição. Entretanto, é importante ressaltar que elas *não substituem de forma alguma o trabalho profissional desenvolvido na RAPS e são apenas complementos*. Assim, é extremamente importante manter-se próximo a equipe que conduz o processo de tratamento e estar atento as orientações trazidas por esses profissionais.

Episódios de crise

Os episódios de crise se trata de momentos nos quais os sintomas positivos, se tornam extremamente agudos e podem representar um risco para a vida da pessoa, como também para as pessoas ao seu redor. Eles consistem em episódios de agitação, nos quais as alucinações e delírios, se tornam muito mais intensos e podem ser perigosos. Nesse tipo de situação, é essencial o acionamento dos órgãos de emergência que existem na sua comunidade, como o SAMU (número 192) ou uma ambulância para que essa pessoa possa ser controlada e se necessário, internada.

Nesse tipo de situação, é extremamente importante *manter a calma e evitar entrar em conflito com a pessoa*, assim como tentar contê-la fisicamente usando algum objeto ou os próprios membros. Também se deve evitar tentar medicá-la de maneira forçada ou algum medicamento que não faz parte do seu tratamento. É importante também, retirar e esconder do ambiente, objetos perigosos e que ofereçam risco, como objetos pontudos e cortantes (facas, tesouras, canetas, agulhas etc.) e que possam ser arremessados ou quebrados, provocando ferimentos.

Alguns fatores estão associados aos episódios de crise, como mudanças na medicação (a troca de um medicamento por outro), não tomar o medicamento, tomar em uma dose menor, fazer o consumo de alguma substância psicoativa (álcool, cocaína etc.) e entrar em contato com situações estressoras ou traumáticas. Assim, é importante evitar essas questões e tentar cultivar um ambiente acolhedor para essa pessoa.

Manutenção do tratamento

Como apresentamos anteriormente, o tratamento e cuidado para pessoas com esquizofrenia, pode acontecer de diversas formas. O que se tem consolidado na literatura científica atualmente, é que um plano de tratamento mais efetivo para a condição, consiste

na combinação dessas estratégias, como a psicoterapia ou as terapêuticas comunitárias combinadas ao uso da medicação. Entretanto, para que qualquer uma dessas estratégias seja realmente efetiva, é extremamente necessário a manutenção e fortalecimento do tratamento.

E no que consiste a manutenção? De uma forma simples, se trata de ações relacionadas à continuidade do tratamento, como fazer o uso adequados dos medicamentos no horário e nas quantidades adequadas; seguir o plano terapêutico que foi desenvolvido pela equipe do CAPS ou outro equipamento no qual a pessoa é acompanhada; retornar sempre nas datas previstas para reavaliação pelo médico psiquiatra; participar das atividades coletivas que são executadas no equipamento que se é acompanhado; manter a regularidade de participação nas sessões de psicoterapia.

Para que essas ações ocorram, é necessário o apoio da família no sentido de conscientizar, apoiar e estar próximo a pessoa para que essas ações possam vir a ocorrer. No tópico a seguir, iremos falar mais acerca da importância do apoio familiar e social no processo de cuidado.

Apoio social e fortalecimento de vínculos

Dada a complexidade da condição, é essencial que haja uma base sólida de apoio ao sujeito com a condição, no sentido de acolher, compreender, estar atento às necessidades, anseios e demais características da pessoa. Nesse sentido, é de suma importância o apoio familiar e da comunidade, com vias de fomentar a qualidade de vida. Assim, é importante incluir, na medida do possível e respeitando os limites da pessoa, em atividades pró-sociais, como participar de grupos terapêuticos, desenvolver vínculos afetivos com outras pessoas, desenvolver atividades geradoras de renda, participar de atividades de lazer e cultura, são alguns exemplos de possibilidades. Isolar, estigmatizar e agir de forma negativa, apenas contribui para a manutenção do ciclo de exclusão social que essas pessoas já lidam em suas vidas.

Para muitos familiares e cuidadores, o lidar com um parente que tem a condição, pode ser extremamente desafiador, visto que o transtorno se expressa de forma bastante diferente em cada um. Em alguns casos, a pessoa pode se tornar bastante reclusa, evitando contato com qualquer outra pessoa que não seja um familiar ou alguém mais próximo. Esse tipo de comportamento, limita a possibilidade dessa pessoa, em ter acesso a outras oportunidades na vida, como um trabalho ou um relacionamento. Esse tipo de situação,

também modifica a rotina da família, a qual precisa se adaptar e modificar muitos dos seus hábitos. Assim, é essencial que o apoio e fortalecimento, também seja direcionado à essas pessoas, visto que elas também compartilham do sofrimento da pessoa com a condição e também possuem suas próprias questões e problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O espectro da esquizofrenia é uma condição complexa que exige um olhar mais atento, apurado e sobretudo, esclarecido. Como vimos, esta ainda recebe inúmeras pechas negativas e é vítima de vários preconceitos e estigmas. A melhor forma que temos para combater essas problemáticas, é através do conhecimento, o construindo e o divulgando. Assim, esperamos que essa cartilha auxilie a desmistificar o que se trata a condição e apresentar uma visão não fatalista e pautada na recuperação e na qualidade de vida. Para transformar o ambiente que nos cerca e cerca essas pessoas, é necessário agir, pois o que pensamos e falamos, não muda o mundo, mas sim o que fazemos. Esperamos que a ação feita para a elaboração dessa cartilha, contribua, mesmo que um pouquinho, para movimentar esse processo.

REFERÊNCIAS USADAS E LEITURAS

A seguir, apresentamos alguns dos materiais que foram usados para a construção da cartilha para que você possa se aprofundar mais sobre o tema. Bons estudos!

Dalgallarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.

Awad, A. G., & Vorunganti. L. N. P. (2016). *Beyond Assessment of Quality of Life in Schizophrenia*. Adis.

Gadelha, A., Nardi, A. E. & Silva, A. G. (2021). *Esquizofrenia: Teoria e clínica*. Artmed.

Melo, R. C. de, Araújo, B. C. de, Silva, L. A. L. B. da, Domene, F. M., Silva, J. de L., Milhomens, L. de M., Bortoli, M. C. de, & Toma, T. S. (2021). Efeitos da atividade física na saúde mental. *Fiocruz Brasília*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1361694>

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Artmed.

Silveira, N. da. (2015). *Imagens do inconsciente*. Vozes.

OBRAS NA MÍDIA QUE TRATAM DA ESQUIZOFRENIA

- O jogo eletrônico *Hellblade: Senua's Sacrifice* conta a trajetória de Senua, uma guerreira Viking que possui esquizofrenia que está em uma aventura para reviver seu esposo. O jogo está disponível para computadores e consoles e terá uma continuação em breve.



- O filme e livro *Uma Mente Brilhante*, conta a trajetória do Matemático vencedor do Prêmio Nobel, John Nash, o qual conviveu com a esquizofrenia durante boa parte de sua vida.



- *Estamira* é um documentário Brasileiro acerca de Estamira Gomes de Sousa, uma senhora que era esquizofrênica, catadora de materiais recicláveis e morava em um aterro sanitário na cidade do Rio de Janeiro. O documentário aborda sua trajetória e traz as suas vastas divagações filosóficas acerca da vida.



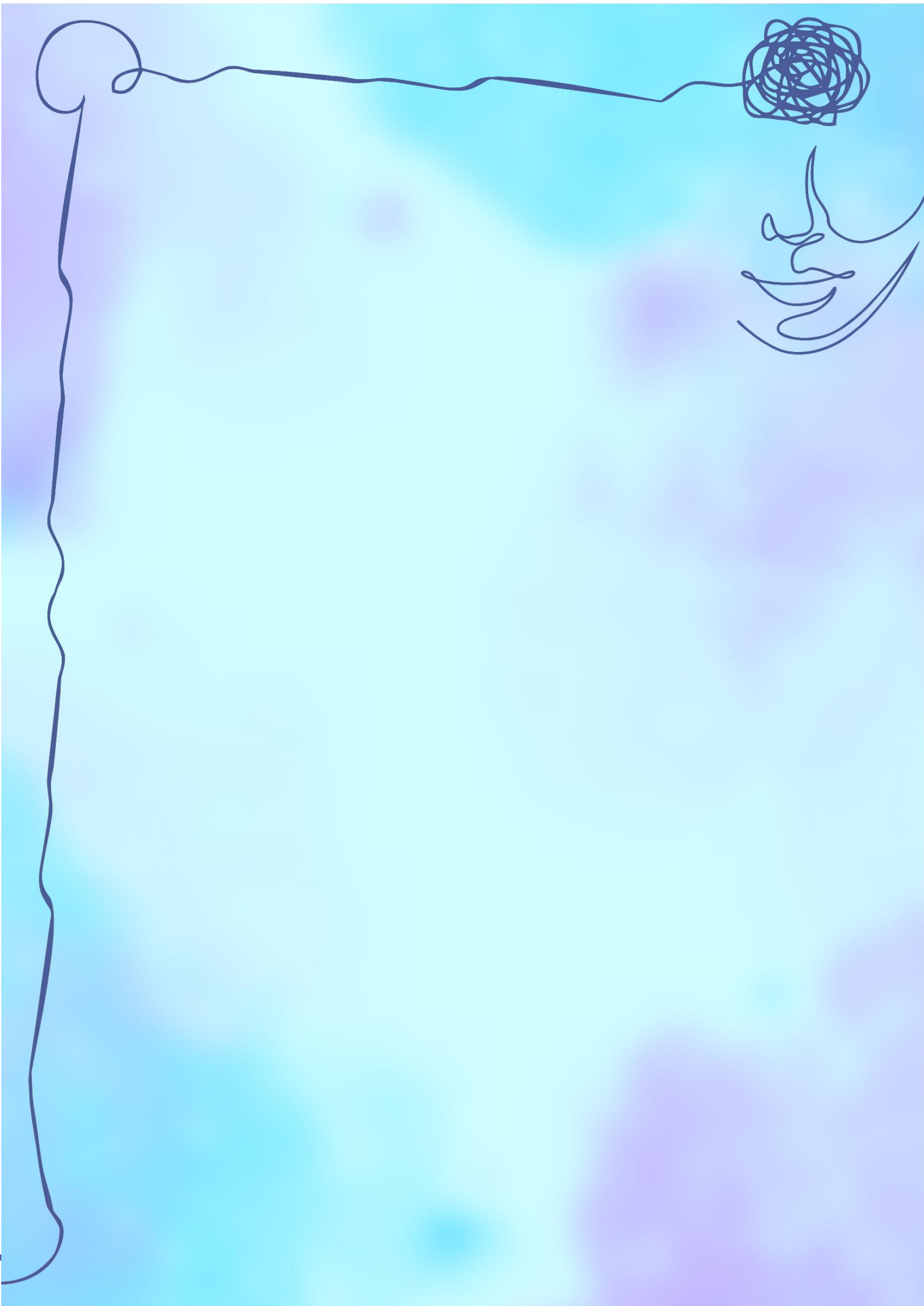
ESTAMIRA

- O canal no YouTube *Living Well with Schizophrenia* é um canal mantido por Lauren Kennedy, a qual compartilha vídeos educativos e informativos sobre a esquizofrenia e sobre a sua rotina enquanto pessoa com a condição. Os vídeos estão em inglês, mas todos possuem legendas na língua portuguesa.



- O site *Entendendo a Esquizofrenia*, reúne um grande acervo de artigos, vídeos e diversos materiais informativos sobre a esquizofrenia, com o intuito de divulgar a condição e combater os preconceitos e estigmas associados à condição.





APÊNDICE C – ARTIGO ACERCA DAS INTERVENÇÕES¹

¹ Elaborado e submetido conforme as normas atuais do periódico *Estudos de Psicologia*

Artur Gevázio Lira da SILVA¹  ORCID iD 0000-0002-0030

Maria Suely Alves COSTA²  ORCID iD 0000-0002-3545-0613

Abstract

Schizophrenia spectrum disorders are a condition that can become chronic and is associated with several deficits related to the social sphere of cognitive and affective. In addition to the characteristic symptomatology of the spectrum, several variables are also affected by the condition. One of the most striking and related to the improvement associated with treatment, whether pharmacological, psychotherapeutic, or psychosocial in nature, is the construct of health-related quality of life. The objective of this study was to verify the interventions that are being used for the care and treatment of aspects of schizophrenia spectrum disorders, aimed at improving quality of life. Found-it a great plurality regarding the intervention strategies used, but with a greater predominance of interventions focused on improving the quality of life, pointing out that the construct applied to schizophrenia has been shown to be a profitable theme with real viability of use.

Keywords: Evidence-Based Practice; Mental Health; Quality of Health; Schizophrenia.

¹ Mestrando em Psicologia e Políticas Públicas. Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas. Sobral, CE, Brasil. E-mail: (artur.gevazio@outlook.com).

² Doutora em Psicologia Aplicada. Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas. Rua Cel. Estanislau Frota, 5 6 3 , Centro, 62010-560, Sobral, CE, Brasil. Correspondence to: M.S.A. COSTA. E-mail: <suelycosta@ufc.br>.

Artigo elaborado a partir da dissertação de A.G.L. SILVA, intitulada “*Avaliação e Intervenção na qualidade de vida dos pacientes do espectro da esquizofrenia*”. Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral, previsão de publicação para agosto de 2023.

How to cite this article

Silva, A. G. L., & Costa, M. S. A. (2022). Transtornos do Espectro da Esquizofrenia, Cuidado e Qualidade de Vida: Uma Revisão Sistemática. *Estudos de Psicologia* (Campinas), XX, eXXXXX. <https://doi.org/10.1590/1982-027520XXXXX>

Resumo

Os transtornos do espectro da esquizofrenia se trata de uma condição que pode se tornar crônica e que é associada a diversos déficits relacionados à esfera social cognitiva e afetiva. Além da sintomatologia característica do espectro, diversas variáveis também são afetadas pela condição. Uma das mais marcantes e que é relacionada com a melhora associada ao tratamento, seja este farmacológico, psicoterapêutico ou de cunho psicossocial, se trata do construto da qualidade de vida relacionada à saúde. Objetivou-se verificar as intervenções que estão sendo utilizadas para o cuidado e tratamento de aspectos dos transtornos do espectro da esquizofrenia, voltadas a melhoria da qualidade de vida. Encontrou-se uma grande pluralidade no que diz respeito às estratégias interventivas utilizadas, mas com maior predominância de intervenções focadas na melhoria da qualidade de vida, apontando que o construto aplicado à esquizofrenia, tem se mostrado um tema profícuo e com viabilidade real de uso.

Palavras-chave: *Esquizofrenia; Prática clínica baseada em evidências; Qualidade de vida; Saúde mental.*

Os transtornos do espectro da esquizofrenia se trata de uma condição que pode se tornar crônica e que é associada a diversos déficits relacionados à esfera social cognitiva e afetiva (Dalgallarrondo, 2019). Boa parte dos sujeitos acometidos pelo transtorno, encontram dificuldades para obtenção de empregos, integrar-se socialmente e desenvolver relações afetivas mais amplas e aprofundadas, sendo associada à déficits na cognição social (Dodell-Feder et al., 2015). O transtorno é caracterizado por uma multiplicidade de sintomas, cujos abrangem diversos aspectos do funcionamento integral cotidiano, os quais são subdivididos em sintomas positivos, negativos, afetivos e relacionados à esfera da volição (Dalgallarrondo, 2019; Cheniaux, 2021). A nomeação de espectro da esquizofrenia diz respeito ao fato de que a natureza central dessa condição ainda não foi esclarecida, não tendo uma uniformidade em sua classificação, podendo ser chamada de grupo, espectro ou síndrome (Valença & Nardi, 2021).

Dessa variedade de sintomas, os que se expressam de forma mais contundente no cotidiano desses sujeitos, se trata dos sintomas negativos e afetivos. Os sintomas negativos são caracterizados por déficits, indicando a diminuição ou ausência de repertórios comportamentais “normais”, o que inclui o distanciamento emocional e social, podendo chegar ao embotamento afetivo, apatia, diminuição da vontade (avolição), restrição da gama ou da intensidade das emoções e empobrecimento do pensamento ou da expressão verbal (Dalgallarrondo, 2019); (Tarrier & Taylor, 2016).

Os transtornos do espectro da esquizofrenia não impactam apenas nas histórias de vida dos acometidos, mas também em suas famílias e na sociedade em geral, dado que essa condição afeta de forma profunda a forma como o sujeito interage com o seu meio social, exigindo um acompanhamento mais próximo e aprofundado (Souza & Coutinho, 2006). Além disso, muitas vezes, esses pacientes estão submetidos a diversas formas de preconceito e têm que enfrentar o estigma associado à esquizofrenia, inclusive por parte de profissionais e estudantes da saúde (Ferreira, 2015).

Mas além da sintomatologia característica do espectro, diversas variáveis também são afetadas pela condição. Uma das mais marcantes e que é relacionada com a melhora associada ao tratamento, seja este farmacológico, psicoterapêutico ou de cunho psicossocial, se trata do construto da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), um construto com várias definições, mas quando é aplicado à esquizofrenia, se trata dos desfechos das interações dinâmicas entre os sintomas psicóticos e sua severidade, uso da medicação e seus efeitos colaterais e a performance psicossocial. Todos alinhados em um modelo circular no qual se enfatiza o impacto de cada fator nos outros (Awad et al., 1997). Além disso, há a presença de fatores de segunda ordem que modulam a QVRS, como características da personalidade, ajustes pré-mórbidos, valores e atitudes frente a condição e ao uso da medicação (Awad & Voruganti, 2016).

Um estudo de metanálise de Dong et al. (2019), que teve o objetivo de verificar se havia diferenças significativas entre o nível da QVRS de pacientes esquizofrênicos e de pacientes sem diagnósticos de transtornos mentais constatou que os níveis da QVRS são menores em pacientes com esquizofrenia, quando comparados aos pacientes sem diagnósticos, apresentando escores menores nos domínios físico, psicológico e social, sugerindo que as intervenções com esse público devem atentar-se para a melhoria da qualidade de vida.

Awad e Voruganti (2012), trazem que a aplicação do construto da qualidade de vida ao espectro da esquizofrenia, começou a ser bem aceita e reconhecido desde o ano de 1997, o que levou ao desenvolvimento de várias escalas para avaliá-lo, o que resultou em um aumento das publicações relacionadas a esse tema. Porém boa parte dessas pesquisas eram focadas em avaliar os níveis da QVRS nesses pacientes, o que gerou um problema técnico e conceitual bastante grave, pois o que se deveria fazer com esses dados obtidos com essas escalas? A falta de uma produção que explicitasse o que fazer com os resultados da aplicação, levou a um desinteresse contínuo sobre o conceito, o que criou uma percepção de que este não tinha utilidade prática.

Nesse sentido, é necessário que para além da obtenção do dado quantitativo sobre os níveis da QVRS, se proponha estratégias interventivas para que se possa trabalhar de forma

plena com esse dado e expandir as possibilidades para trabalhar o construto, pois apenas a simples medição da QVRS não tem utilidade prática se esse dado não for integrado nas estratégias de manejo clínico. Trazer esse conceito junto a estratégias de intervenção demonstra a eficácia de trabalhar esse aspecto, algo que atualmente ainda é uma necessidade que não foi respondida pela literatura científica (Awad & Vorunganti, 2012).

Dessa forma, buscou-se sintetizar as intervenções que estão sendo utilizadas para o cuidado e tratamento de aspectos dos transtornos do espectro da esquizofrenia, voltadas a melhoria da qualidade de vida, propondo-se verificar o atual estado da arte da temática e se obter um panorama geral das intervenções direcionadas a trabalhar com esse construto.

Método

Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se uma revisão sistemática de literatura acerca da temática. Para a operacionalização da busca, optou-se pela utilização do acrônimo PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho) para revisões de literatura, com base na seguinte pergunta de partida: Em relação a pacientes com algum transtorno do espectro das esquizofrenias (População), quais são as intervenções (Intervenção) que estão sendo utilizadas com foco na melhora da qualidade de vida de vida (Desfecho)?

Dessa forma, fez-se buscas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online - SciELO, MEDLINE, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS (acesso através da plataforma BVS-Salud) e PUBMED, no período de abril a maio de 2022, através da combinação dos descritores na língua inglesa: “quality of life”, “QVRS”, “schizophrenia” e “psychosis” e demais variações. Os descritores foram selecionados a partir de consulta na plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH). As buscas foram limitadas ao título, resumo e palavras-chave dos artigos, utilizando-se a estratégia de busca apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Combinações de descritores usados em cada base

Os critérios de inclusão adotados, foram artigos empíricos (ensaios clínicos com e sem randomização) publicados em periódicos científicos revisados por pares na língua portuguesa e inglesa nos últimos cinco anos (2017 a 2022), que apresentassem intervenções focadas em aspectos da esquizofrenia e com desfechos primários e secundários relacionadas ao aumento da

qualidade de vida. Os critérios de exclusão adotados foram artigos publicados em outros idiomas, não disponíveis para leitura integral, fora do período de publicação delineado, protocolos de pesquisa e demais tipos de publicações, como resumos expandidos, capítulos de livros, revisões de literatura (sistemática, narrativa e metanálise), artigos duplicados nas bases, anais de eventos e trabalhos de conclusão de curso (dissertações, teses e monografias).

O processo de seleção das pesquisas fora feita pelos pesquisadores de forma independente, no qual se fez a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nos filtros de buscas de cada base. Ambos os pesquisadores faziam a leitura inicial dos títulos e palavras-chave. Caso fossem condicentes com a temática, se fazia a leitura do resumo e tendo-se resultados favoráveis, estes eram separados para a sua leitura integral. Os artigos elegíveis, foram lidos na integra e havia-se a discussão entre os pesquisadores, com vias de investigar se os artigos nessa fase, seriam incluídos na etapa final. Após a verificação da concordância entre autores, partiu-se para a extração de informações relevantes quanto ao seu método e resultados, o que incluiu o tipo de intervenção adotada, qual dimensão do transtorno era o foco da intervenção, quais os impactos na QVRS e o país de elaboração e publicação da pesquisa.

Para a avaliação do risco de viés e qualidade metodológica das pesquisas, os artigos filtrados foram avaliados através do formulário do *Joana Briggs Institute for Randomized Clinical Trials JBI-RCTS* (Tufanaru et al., 2020), o qual trata-se de um checklist para a avaliação da qualidade metodológica de pesquisas incluídas em revisões de literatura, o qual conta com treze itens (cada item com respostas de sim, não, não claro e não se aplica) que avalia o risco de viés em ensaios clínicos randomizados dentro de quatro domínios: (1) viés relacionado à alocação e seleção; (2) viés relacionado à administração da intervenção; (3) viés relacionado à avaliação, detecção e medição do desfecho; (4) viés relacionado a retenção de participantes; (5) viés relacionado à validade das conclusões estatísticas (Barker et al., 2023). Após essa etapa, no qual os pesquisadores também preencheram o formulário de forma independente, fez se a verificação do grau concordância quanto à avaliação desses resultados e partiu-se para a síntese.

Resultados

Na figura 2 a seguir, é apresentado o fluxograma do processo de busca, seleção e análise das publicações nas bases de dados a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Figura 2 - Fluxograma dos resultados selecionados na revisão

Os artigos obtidos, foram organizados e tabulados com o auxílio do software *Microsoft Office Excel 365*®. Estes também foram lançados no programa gestor de referências *Zotero Desktop*® para uma maior organização e padronização das citações.

A partir do processo de busca, filtragem e seleção das pesquisas, chegou-se ao quantitativo final de vinte e cinco publicações ao todo, cujas constituíram uma amostra bastante homogênea no que diz respeito às estratégias de intervenção e metodologias utilizadas. Na Tabela 1 a seguir, são apresentados todos os artigos recuperados após o processo de busca, filtragem e análise.

Tabela 1 - Amostra final de artigos

Deste quantitativo, dezesseis pesquisas (64%) adotaram procedimentos de randomização entre grupos controle e intervenção para a investigação dos efeitos das intervenções (Sikira et al., 2021; Stentzel et al., 2021); (Böge et al., 2021; Chen et al., 2021; Dabit et al., 2021; Gaughran et al., 2017; Halverson et al., 2021; Hasan & Musleh, 2017; Hui et al., 2022; Kam et al., 2021; Kidd et al., 2021; Li et al., 2018; Mahmood et al., 2019; Nahum et al., 2021; Sikira et al., 2021; Stentzel et al., 2021; Välimäki et al., 2017; Vergunst et al., 2017). Quatro pesquisas (16%) trabalharam com ensaios clínicos, porém sem randomização (Dellazizzo et al., 2020; García-Garcés et al., 2021; Schöttle et al., 2018; Shimizu et al., 2017). As outras cinco pesquisas (20%) utilizaram de outras metodologias, que buscavam avaliar os efeitos primários de uma intervenção (Peebo et al., 2022; Sengupta & Singh, 2021; Westman et al., 2019); os impactos de um protocolo de intervenção proposto anteriormente (Konsztowicz et al., 2021) e um estudo naturalístico retrospectivo de coorte com análise de pós-horc buscando verificar os efeitos da Eletroconvulso terapia na sintomática e qualidade de vida da esquizofrenia e outros transtornos (Tor et al., 2021). Na tabela 2 a seguir, são apresentados os resultados da análise do risco de viés da amostra de pesquisas incluídas. A média dos escores totais foi de 8,72 e os riscos de viés mais observados foram, respectivamente os de administração da intervenção, o viés relacionado à alocação e seleção dos grupos e o viés relacionado à avaliação, detecção e medição do desfecho. Não foram identificados conflitos de interesses e financiamentos que pudessem enviesar a publicação dos artigos selecionados.

]

Tabela 2 - Resultados da análise do risco de viés

Da amostra, dezesseis pesquisas (64%) tiveram como desfechos primários, os impactos diretos na QVRS dos pacientes com algum transtorno do espectro da esquizofrenia, enquanto nove (36%) avaliaram o construto da qualidade de vida como um desfecho secundário para as intervenções delineadas, junto a outros construtos, como sintomas negativos, funcionamento social e entre outros.

Quanto ao tipo das intervenções, quatro trabalharam com aspectos relacionados aos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, como as alucinações auditivas (Dellazizzo et al., 2020), déficits cognitivos (Mahmood et al., 2019; Nahum et al., 2021) e sintomas afetivos, da esfera da depressão e ansiedade (Tor et al., 2021). Já seis focaram em intervenções de cunho social, que visavam maior integração comunitária e desenvolvimento de laços efetivos mais amplos (Chen et al., 2021; Gaughran et al., 2017; Kidd et al., 2021; Li et al., 2018; Schöttle et al., 2018; Sikira et al., 2021; Vergunst et al., 2017) assim como maior empoderamento sobre sua vida e condição (Hasan & Musleh, 2017). Quatro propuseram intervenções para um primeiro episódio psicótico e investigaram os efeitos da intervenção a posteriori (Halverson et al., 2021; Hui et al., 2022; Kam et al., 2021; Peebo et al., 2022). Três propuseram intervenções de cunho psicológico (Böge et al., 2021; Konsztowicz et al., 2021; Sengupta & Singh, 2021). Quatro propuseram intervenções focadas em exercícios físicos e seus efeitos nos sintomas do transtorno (García-Garcés et al., 2021; Shimizu et al., 2017; Westman et al., 2019). Três propuseram intervenções visando a melhoria da qualidade de vida (Stentzel et al., 2021), maior aderência do uso de medicação (Välimäki et al., 2017) e melhoras no funcionamento social (Dabit et al., 2021) através do uso de ferramentas tecnológicas.

Quanto ao ano de publicação, treze pesquisas (52%) foram publicadas no ano de 2021, seguidas por 2017, com cinco pesquisas (20%); 2018 com duas (8%); 2019 (8%) e 2020 (8%) com duas pesquisas cada e por fim, 2022, com apenas uma pesquisa (4%). Por fim, em relação aos países de elaboração das pesquisas, viu-se uma produção distribuída ao redor do globo, porém mais concentrada na Europa. Entretanto, o Canadá figurou com a maior quantidade de pesquisas ao todo (n=5), seguido pela China (n=4), Alemanha (n=3), Inglaterra e Estados Unidos da América (n=2). Os demais países figuraram com uma pesquisa cada (Espanha, Bósnia Herzegovina, Israel, Índia, Estônia, Singapura, Suécia, Finlândia e Arábia Saudita).

Discussão

Boa parte das pesquisas encontradas utilizaram procedimentos robustos de investigação, cujos incluíam uso de grupos controle e experimental, além do uso da randomização e follow-up após as intervenções, assim trazendo um maior refinamento e demonstração da eficácia das intervenções propostas. Entretanto, várias pesquisas da amostra apresentaram risco de viés bastante elevado, o que compromete a replicabilidade e efetividade dessas intervenções ao serem transpostas para outros contextos, além de que em algumas pesquisas, as informações para necessárias para a avaliação do risco viés, não estavam explicitadas de forma clara ou estavam ausentes no texto.

Destaca-se que algumas das pesquisas que utilizaram métodos com randomização, propuseram intervenções com o auxílio de ferramentas tecnológicas, como o uso da telemedicina para a melhoria da QVRS nos transtornos esquizofrênicos e bipolares (Stentzel et al., 2021), treinamento da cognição social através de software de computador (Dabit et al., 2021; Nahum et al., 2021) e encorajamento da aderência ao uso da medicação através do uso de mensagens de texto via celular (Välimäki et al., 2017). O uso dessas ferramentas potencializa o autocuidado dos pacientes, levando ao desenvolvimento de comportamentos mais saudáveis e melhorando os desfechos do tratamento em condições crônicas, assim influenciando positivamente não só na maior aderência ao uso das medicações, como também na própria QVRS (Stentzel et al., 2021; Välimäki et al., 2017).

Da sintomática característica do espectro, os sintomas positivos são bastante marcantes e ressaltados dentro da observação clínica dos transtornos, visto a sua complexidade e gravidade no que diz respeito às alterações provocadas na dinâmica cotidiana do sujeito, seja na sua esfera individual, como também na social. Nesse sentido, o estudo de (Dellazizzo et al., 2020) buscou explorar os benefícios do uso de uma modalidade de terapia baseada em Realidade Virtual (RV), combinada a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para o tratamento de alucinações auditivas em pacientes com esquizofrenia resistente ao tratamento. O uso da RV é especialmente útil no caso do espectro da esquizofrenia com foco no tratamento das alucinações auditivas, visto que as estratégias da TCC se baseiam na exposição às alucinações com foco em experienciar as dimensões interpessoais e emocionais das vozes. Entretanto, a simples exposição é desafiadora devido ao componente invisível das vozes (Dellazizzo et al., 2020). Seus resultados apontaram melhorias significativas na redução da severidade das vozes, o que inclui frequência, atribuição, volume e distresse. Quanto à QV, encontraram impactos leves a moderados com o uso da RV na melhoria desse aspecto.

Os sintomas negativos possuem uma grande prevalência nessa população e se apresentam como déficits em várias áreas do funcionamento cotidiano do sujeito, sendo fortemente correlacionados à baixos níveis de QVRS e associados à desfechos pobres em vários aspectos clínicos quando comparados à sujeitos saudáveis (Akouri-Shan et al., 2022). Observou-se que as pesquisas de (Mahmood et al., 2019) e (Nahum et al., 2021) cujas propuseram intervenções para lidar com esses aspectos, respectivamente os déficits cognitivos e a cognição social, obtiveram resultados moderados à significativos junto ao aumento da QVRS global. Ressalta-se a importância do ensino de estratégias que permitam aos pacientes, trabalhar com os déficits cognitivos no sentido de corrigi-los e desenvolver estratégias para modificar o seu ambiente e diminuir as demandas cognitivas apresentadas (Twamley et al., 2008). A melhora da percepção de afetos, empatia e outras variáveis relacionadas à interações sociais, são correlacionados a um melhor funcionamento social e QVRS(Nahum et al., 2021).

Pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia, além de sofrerem com níveis reduzidos de QV, também estão suscetíveis a níveis insuficientes de inclusão social e comunitária, tendo redes de afetos (para além da família mais próxima) e amizades, bastante reduzidas e experienciando mais isolamento social do que a população em geral (Sikira et al., 2021). A falta de integração social e de criação de laços afetivos está associada a maiores taxas de recaída e hospitalização após um primeiro episódio psicótico (Li et al., 2018), como também piora na sintomática negativa e positiva (Sikira et al., 2021). Observou-se na revisão, uma quantidade significativa de pesquisas que buscaram trabalhar esse aspecto, focando na maior integração social e criação de vínculos afetivos.

Nessa mesma linha, é essencial que esses pacientes possam desenvolver vínculos sociais mais amplos, como também desenvolver interesses diversificados. Intervenções como a de (Sikira et al., 2021) que buscava verificar a confiabilidade e a efetividade de uma intervenção baseada em “amizade voluntária” (acompanhamento individual de cada paciente por um voluntário e inclusão em atividades pró-sociais em duplas e imersos em grupos, que envolviam os interesses dos pacientes, seus gostos e preferências) para a melhoria da QVRS de pacientes com esquizofrenias não afetivas na Bósnia-Herzegovina se mostram promissoras, visto os aumentos significativos na QV, sintomática e interações sociais.

Resultados semelhantes também foram encontrados por (Li et al., 2018; Schöttle et al., 2018) que avaliou as melhoras clínicas, habilidades sociais e outras variáveis de interesses (como a QVRS) de duas modalidades de uma intervenção comunitárias para pacientes esquizofrênicos, baseada em estratégias da TCC, psicoeducação e treino de habilidades sociais, com vias de melhorar a autoconfiança, autoestima, trabalhar aceitação e desenvolver habilidades para combater o estigma e discriminação. Entretanto não encontraram efeitos

significativos na QVRS, autoestigma, autoestima, discriminação e funcionamento social após 6 e 9 meses, mas observaram melhoras na sintomatologia positiva após o período de follow-up. Já (Schöttle et al., 2018), que trabalhara com uma intervenção comunitária baseada em aceitação, discussão contínua dos casos, intervenções multiprofissionais e engajamentos em atividades e com foco em melhoras na psicopatologia, funcionamento e QVRS, encontraram resultados positivos, como também um aumento à aderência à medicação e baixas taxas de reinternação

Em diversos casos, ocorre a transição do ambiente hospitalar para o comunitário, sendo necessário um apoio mais personalizado e próximo aos pacientes. Algo ressaltado por (Kidd et al., 2021), no qual avaliara a efetividade uma intervenção baseada em apoio por pares para essa transição. Nos seus resultados, não encontraram dados significativos e que se mostrassem superiores ao tratamento comum nos desfechos da recuperação pessoal, suporte social, sintomatologia, participação comunitária, QVRS e engajamento no serviço, sugerindo um maior tempo de intervenção e a combinação com outras estratégias psicossociais baseadas em evidências.

Na contramão, (Vergunst et al., 2017), que avaliaram se havia correlações significativas entre o tempo de internação em uma intervenção de caráter comunitário (CTO) e melhoras em desfechos relacionados à esfera social, como a QVRS, habilidades e tamanho das redes afetivas. Os autores não encontraram benefícios no que diz respeito a diminuição das taxas de rehospitalização e resultados mistos quanto à taxas e tempo de readmissão, não encontrando correlações entre os desfechos delineados e o tempo de internação nas CTOs. Nesse sentido, é necessário a discussão quanto a efetividade desses métodos na Europa e as suas justificativas para a manutenção do seu uso, visto o lapso de evidências a seu favor.

O primeiro episódio psicótico é um momento crucial no que diz respeito às estratégias de tratamento que serão adotadas. Estas devem ser visadas e orientadas com foco em altos impactos na modificação da trajetória do transtorno, buscando diminuir riscos relacionados à incapacidade em grandes períodos (Hallak *et al.*, 2021). Observa-se que após o primeiro episódio, diversos déficits são apresentados principalmente no que diz respeito à QVRS. Uma das esferas relacionadas ao construto, se trata do estresse, visto que pacientes com algum transtorno do espectro, possuem habilidades reduzidas quanto à lidar com fatores estressantes no cotidiano, sendo um fator associado à maior predominância de sintomas positivos (Docherty et al., 2009). Assim, observara-se na revisão, intervenções com foco na diminuição dos impactos ocasionados pelo primeiro episódio e se estes se mantinham por longos períodos, visto que quão maior o tempo sem tratamento, piores são os desfechos associados, incluindo a QVRS (Hui et al., 2022). Os desfechos são bastante heterogêneos, tendo trajetórias diferentes em cada

paciente. Assim é necessário investigações mais aprofundadas sobre os fatores preditivos envolvidos nessas trajetórias, como variáveis psicológicas e funções cognitivas, para que se possa definir alvos claros de tratamento e aumentar a eficácia das intervenções precoces (Kam et al., 2021).

No que diz respeito ao tratamento do espectro, sabe-se que a combinação da terapêutica medicamentosa com a psicoterapia, se trata da estratégia mais eficaz e recomendada para todos os quadros da condição. A psicoterapia, além de ter o papel de fornecer cuidado para a sintomática do quadro (como os déficits cognitivos, sintomas positivos e de humor), também permite discutir questões relacionadas ao sofrimento causado pela condição, como também desenvolver estratégias de coping e cuidado. Viu-se na revisão, estudos que buscaram explorar os benefícios da psicoterapia analítico funcional (FAP) na sintomática geral, QV, apatia e relações interpessoais (Sengupta & Singh, 2021), uso de técnicas específicas e já bem detalhadas na literatura, como a do mindfulness, mas aplicado a psicoterapia de grupo (Böge et al., 2021) e estratégias novas como a do Self-Concept and Engagment in Life (SELF) que busca promover a recuperação pessoal e a desconstrução da identidade primária do paciente como apenas um esquizofrênico (Konsztowicz et al., 2021). Estas intervenções mostraram índices satisfatórios na melhoria geral da QVRS e da percepção de melhora, demonstrando o quanto a QVRS é moldada pelas percepções do paciente quanto a si próprio e as suas relações com o mundo.

A prática de exercícios físicos, concomitante as terapêuticas aplicadas no cuidado das esquizofrenias, se mostra como um grande instrumento de apoio e melhora em diversos aspectos da condição, seja na sintomatologia positiva, negativa ou afetiva (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020; Curcic et al., 2017). Constatou-se na revisão, intervenções que buscavam verificar a efetividade de programas estruturados de exercícios e seus impactos na QVRS e sintomatologia geral (García-Garcés et al., 2021; Shimizu et al., 2017) e a redução do uso de substâncias e álcool (Gaughran et al., 2017; Westman et al., 2019). Em sùmula, boa parte das intervenções, exceto (Gaughran et al., 2017) e (Westman et al., 2019) apresentaram impactos na QVRS e em outros domínios, como sintomatologia, atividade física e variáveis de risco cardiovascular, ressaltando a importância do desenvolvimento de rotinas de exercício físico associado ao tratamento.

O uso da eletroconvulsoterapia (ECT) na esquizofrenia, se mostra como uma alternativa com efeitos positivos, apesar do forte estigma que ainda carrega, sendo confundida com um tratamento doloroso, isso se deve, porque no passado, ela era conhecida como “eletrochoque”, trazendo à tona discussões que questionam a verdadeira eficácia do tratamento (Cardoso et al., 2021). Entretanto (Tor et al., 2021), buscaram investigar os efeitos do uso na sintomática,

QVRS, mudanças cognitivas e funcionamento global nas esquizofrenias, transtorno bipolar e transtornos depressivos em uma amostra de pacientes em Singapura. Estes encontraram grandes melhoras na QVRS de pacientes com sintomas esquizofrênicos positivos, o que também incluíra melhora na sintomatologia dos pacientes com transtornos depressivos e com depressão psicótica. Assim, são necessárias mais investigações acerca da eficácia da técnica, como vias de desconstruir preconceitos e vieses errôneos sobre essa terapêutica.

Conclusão

A presente revisão tivera como objetivo verificar as intervenções que estão sendo utilizadas para o cuidado e tratamento de aspectos dos transtornos do espectro da esquizofrenia, voltadas a melhoria da QVRS. Assim, verificou-se o estado da arte da temática na literatura e obteve-se um panorama das intervenções sendo desenvolvidas e avaliadas com esse fim. Nesse sentido, observara-se uma grande pluralidade no que diz respeito às estratégias interventivas utilizadas, mas com maior predominância de intervenções focadas na melhoria da QVRS, apontando que o construto aplicado à esquizofrenia, tem se mostrado um tema frutífero e com viabilidade real de uso. Apesar das lacunas existentes na literatura, o quantitativo demonstra que o conceito vem despertando interesse de pesquisa, permitindo ir além das simples avaliações quantitativas.

Em sùmula, se pôde constatar que a temática da QVRS aplicada ao espectro da esquizofrenia, se mostra como uma temática profícua e com diversas possibilidades de uso e aplicação, visto a grande heterogeneidade de intervenções encontradas, com maior destaque para as intervenções de caráter comunitário, cujas figuraram em maior quantidade. Destaca-se também, o caráter inovador de algumas intervenções encontradas, cujas utilizavam de estratégias tecnológicas para o tratamento de aspectos da condição, expandindo o leque de possibilidades para o cuidado do transtorno. Entretanto, é necessário pontuar que estas foram produzidas em países desenvolvidos e com mais acesso a esse tipo de ferramenta, o que não é uma realidade compartilhada pela maior parte dos países em desenvolvimento, especificamente no Brasil, o que inviabiliza momentaneamente, a aplicação dessas intervenções em outros contextos. Ressalta-se também o alto nível de viés em algumas pesquisas da amostra como também, a ausência de informações que pudessem contribuir para a avaliação da qualidade metodológica.

Quanto às limitações da pesquisa, ressalta-se que o uso exclusivo de descritores na língua inglesa, assim como também a restrição da linguagem das publicações encontradas à língua portuguesa e inglesa, pode não ter permitido abarcar a literatura de forma ampla, principalmente no que tange às pesquisas elaboradas na América Latina e publicadas em outros

idiomas. Entretanto, essas limitações não anulam os resultados encontrados. Os resultados apresentados, podem servir como ferramenta de divulgação de práticas baseadas em evidências direcionada aos profissionais da saúde mental atuantes com esse público, trazendo alternativas eficazes aos tratamentos já conhecidos, porém pautadas na melhoria da QVRS como um todo, tendo-se assim, um leque de intervenção que promova a melhora global desses pacientes. Conclui-se ressaltando a necessidade da elaboração de mais pesquisas futuramente e especificamente no contexto brasileiro, visto o vácuo de produções acerca do tema elaboradas no país.

Contribuição

A. G. L. SILVA contribuíra com a concepção da pesquisa, busca nas bases de dados, análise e interpretação dos dados, junto a escrita da introdução, metodologia, resultados e discussão. M. A. S. COSTA contribuíra com a concepção da pesquisa, escolha das bases de dados, revisão metodológica e conceitual dos resultados e discussões e, na aprovação final do manuscrito.

Referências

- Akouri-Shan, L., DeLuca, J. S., Pitts, S. C., Jay, S. Y., Redman, S. L., Petti, E., Bridgwater, M. A., Rakhshan Rouhakhtar, P. J., Klaunig, M. J., Chibani, D., Martin, E. A., Reeves, G. M., & Schiffman, J. (2022). Internalized stigma mediates the relation between psychosis-risk symptoms and subjective quality of life in a help-seeking sample. *Schizophrenia Research, 241*, 298–305. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.022>
- Awad, A. G., Voruganti, L. N., & Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 6*(1), 21–26. <https://doi.org/10.1023/a:1026409326690>
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: An update. *PharmacoEconomics, 30*(3), 183–195. <https://doi.org/10.2165/11594470-000000000-00000>
- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Leonardi-Bee, J., Tufanaru, C., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). Revising the JBI quantitative critical appraisal tools to improve their applicability: An overview of methods and the development process. *JBI Evidence Synthesis, 21*(3), 478–493. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00125>
- Böge, K., Hahne, I., Bergmann, N., Wingenfeld, K., Zierhut, M., Thomas, N., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., & Hahn, E. (2021). Mindfulness-based group therapy for in-patients with schizophrenia spectrum disorders—Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a rater-blinded randomized controlled trial. *Schizophrenia Research, 228*, 134–144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.008>

- Bueno-Antequera, J., & Munguía-Izquierdo, D. (2020). Exercise and Schizophrenia. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1228, 317–332. https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_21
- Cardoso, A. L. de C., Ponte, J. P., Aires, César Augusto Martins, Campos, L. B., Moro, N. D., Silva, B. B., Sousa, G. de L., & Silva, A. C. A. da. (2021). O uso da eletroconvulsoterapia em pacientes esquizofrênicos: Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6916–6923.
- Chen, Q., Sang, Y., Ren, L., Wu, J., Chen, Y., Zheng, M., Bian, G., & Sun, H. (2021). Metacognitive training: A useful complement to community-based rehabilitation for schizophrenia patients in China. *BMC Psychiatry*, 21(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03039-y>
- Curcic, D., Stojmenovic, T., Djukic-Dejanovic, S., Dikic, N., Vesic-Vukasinovic, M., Radivojevic, N., Andjelkovic, M., Borovcanin, M., & Djokic, G. (2017). Positive impact of prescribed physical activity on symptoms of schizophrenia: Randomized clinical trial. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 459–465. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.459>
- Dabit, S., Quraishi, S., Jordan, J., & Biagiante, B. (2021). Improving social functioning in people with schizophrenia-spectrum disorders via mobile experimental interventions: Results from the CLIMB pilot trial. *Schizophrenia Research. Cognition*, 26, 100211. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2021.100211>
- Dalgallarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2020). Exploring the Benefits of Virtual Reality-Assisted Therapy Following Cognitive-Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations in Patients with Treatment-Resistant Schizophrenia: A Proof of Concept. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10). <https://doi.org/10.3390/jcm9103169>
- Docherty, N. M., St-Hilaire, A., Aakre, J. M., & Seghers, J. P. (2009). Life Events and High-Trait Reactivity Together Predict Psychotic Symptom Increases in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 638–645. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn002>
- Dodell-Feder, D., Tully, L. M., & Hooker, C. I. (2015). Social impairment in schizophrenia: New approaches for treating a persistent problem. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(3), 236–242. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000154>
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Li, G., Meng, X., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *The Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519–532. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09633-4>
- Ferreira, F. N. et al. (2015). Avaliação das Atitudes de Estudantes da Área da Saúde em relação a Pacientes Esquizofrênicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 542–549. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01562014>
- García-Garcés, L., Sánchez-López, M. I., Cano, S. L., Meliá, Y. C., Marqués-Azcona, D., Biviá-Roig, G., Lisón, J. F., & Peyró-Gregori, L. (2021). The short and long-term effects of aerobic, strength, or mixed exercise programs on schizophrenia symptomatology. *Scientific Reports*, 11(1), 24300. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03761-3>
- Gaughran, F., Stahl, D., Ismail, K., Greenwood, K., Atakan, Z., Gardner-Sood, P., Stubbs, B.,

Hopkins, D., Patel, A., Lally, J., Lowe, P., Arbuthnot, M., Orr, D., Corlett, S., Eberhard, J., David, A. S., Murray, R., & Smith, S. (2017). Randomised control trial of the effectiveness of an integrated psychosocial health promotion intervention aimed at improving health and reducing substance use in established psychosis (IMPACT). *BMC Psychiatry*, *17*(1), 413. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1571-0>

Halverson, T. F., Meyer-Kalos, P. S., Perkins, D. O., Gaylord, S. A., Palsson, O. S., Nye, L., Algoe, S. B., Grewen, K., & Penn, D. L. (2021). Enhancing stress reactivity and wellbeing in early schizophrenia: A randomized controlled trial of Integrated Coping Awareness Therapy (I-CAT). *Schizophrenia Research*, *235*, 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.022>

Hasan, A., & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *The International Journal of Social Psychiatry*, *63*(3), 212–223. <https://doi.org/10.1177/0020764017693652>

Hui, C. L. M., Wong, A. K. H., Ho, E. C. N., Lam, B. S. T., Hui, P. W. M., Tao, T. J., Chang, W. C., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., Suen, Y. N., Lam, M. M. L., Chiu, C. P. Y., Li, F. W. S., Leung, K. F., McGhee, S. M., Law, C. W., Chung, D. W. S., Yeung, W. S., Yiu, M. G. C., ... Chen, E. Y. H. (2022). Effectiveness and optimal duration of early intervention treatment in adult-onset psychosis: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004189>

Kam, C. T. K., Chang, W. C., Kwong, V. W. Y., Lau, E. S. K., Chan, G. H. K., Jim, O. T. T., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2021). Patterns and predictors of trajectories for subjective quality of life in patients with early psychosis: Three-year follow-up of the randomized controlled trial on extended early intervention. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(10), 983–992. <https://doi.org/10.1177/00048674211009603>

Kidd, S. A., Mutschler, C., Lichtenstein, S., Yan, S., Virdee, G., Blair, F., Mihalakakos, G., McKinney, C., Collins, A., Guimond, T., George, T. P., Davidson, L., Velligan, D., & Voineskos, A. (2021). Randomized trial of a brief peer support intervention for individuals with schizophrenia transitioning from hospital to community. *Schizophrenia Research*, *231*, 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.03.019>

Konsztowicz, S., Gelencser, C. R., Otis, C., Schmitz, N., & Lepage, M. (2021). Self-concept and Engagement in LiFe (SELF): A waitlist-controlled pilot study of a novel psychological intervention to target illness engulfment in enduring schizophrenia and related psychoses. *Schizophrenia Research*, *228*, 567–574. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.028>

Li, J., Huang, Y.-G., Ran, M.-S., Fan, Y., Chen, W., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2018). Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian Journal of Psychiatry*, *34*, 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.04.017>

Mahmood, Z., Clark, J. M. R., & Twamley, E. W. (2019). Compensatory Cognitive Training for psychosis: Effects on negative symptom subdomains. *Schizophrenia Research*, *204*, 397–400. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.09.024>

Nahum, M., Lee, H., Fisher, M., Green, M. F., Hooker, C. I., Ventura, J., Jordan, J. T., Rose, A., Kim, S.-J., Haut, K. M., Merzenich, M. M., & Vinogradov, S. (2021). Online Social

Cognition Training in Schizophrenia: A Double-Blind, Randomized, Controlled Multi-Site Clinical Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 47(1), 108–117. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa085>

Peebo, K., Saluveer, E., K  unarpuu, H., Orgse, T., & Harro, J. (2022). First-episode psychosis integrative treatment: Estonian experience. *Nordic Journal of Psychiatry*, 76(3), 207–214. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.1946139>

Schöttle, D., Schimmelmann, B. G., Ruppelt, F., Bussopulos, A., Frieling, M., Nika, E., Nawara, L. A., Golks, D., Kerstan, A., Lange, M., Sch  dlbauer, M., Daubmann, A., Wegscheider, K., Rohenkohl, A., Sarikaya, G., Sengutta, M., Luedecke, D., Wittmann, L., Ohm, G., ... Lambert, M. (2018). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. *PLoS One*, 13(2), e0192929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192929>

Sengupta, U., & Singh, A. R. (2021). Application of functional analytic psychotherapy to manage schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 55–61. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_10_20

Shimizu, N., Umemura, T., Matsunaga, M., & Hirai, T. (2017). An interactive sports video game as an intervention for rehabilitation of community-living patients with schizophrenia: A controlled, single-blind, crossover study. *PLoS One*, 12(11), e0187480. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187480>

Sikira, H., Jankovi  , S., Slatina, M. S., Muhi  , M., Sajun, S., Priebe, S., & D  bur Kulenovi  , A. (2021). The effectiveness of volunteer befriending for improving the quality of life of patients with schizophrenia in Bosnia and Herzegovina—An exploratory randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e48. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000330>

Stentzel, U., van den Berg, N., Moon, K., Schulze, L. N., Schulte, J., Langosch, J. M., Hoffmann, W., & Grabe, H. J. (2021). Telemedical care and quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Results of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03318-8>

Tarrier, T. Taylor, R. (2016). Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Em *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento Passo a Passo*.

Tor, P. C., Tan, X. W., Martin, D., & Loo, C. (2021). Comparative outcomes in electroconvulsive therapy (ECT): A naturalistic comparison between outcomes in psychosis, mania, depression, psychotic depression and catatonia. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 51, 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.023>

Twamley, E. W., Savla, G. N., Zurhellen, C. H., Heaton, R. K., & Jeste, D. V. (2008). Development and Pilot Testing of a Novel Compensatory Cognitive Training Intervention for People with Psychosis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(2), 144–163. <https://doi.org/10.1080/15487760801963678>

Välimäki, M., Kannisto, K. A., Vahlberg, T., H  t  nen, H., & Adams, C. E. (2017). Short Text Messages to Encourage Adherence to Medication and Follow-up for People With Psychosis (Mobile.Net): Randomized Controlled Trial in Finland. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), e245. <https://doi.org/10.2196/jmir.7028>

Vergunst, F., Rugkåsa, J., Koshiaris, C., Simon, J., & Burns, T. (2017). Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: A 48-month follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1375–1384. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1442-5>

Westman, J., Eberhard, J., Gaughran, F. P., Lundin, L., Stenmark, R., Edman, G., Eriksson, S. V., Jedenius, E., Rydell, P., Overgaard, K., Abrams, D., Greenwood, K. E., Smith, S., Ismail, K., Murray, R., & Ösby, U. (2019). Outcome of a psychosocial health promotion intervention aimed at improving physical health and reducing alcohol use in patients with schizophrenia and psychotic disorders (MINT). *Schizophrenia Research*, 208, 138–144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.03.026>

Ilustrações

SciELO	MEDLINE	LILACS	PUBMED
"quality of life" AND schizophrenia OR psychosis	"quality of life" AND (schizophrenia OR psychosis)	"quality of life" AND (schizophrenia OR psychosis)	"quality of life" AND schizophrenia OR psychosis

Figura 2 - Combinações de descritores usados em cada base

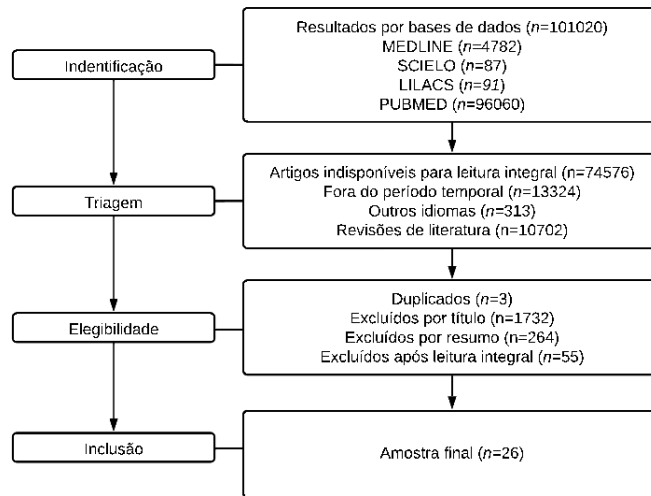


Figura 3 - Fluxograma dos resultados selecionados na revisão

Autores	Participantes	Intervenção	Resultados
Stentzel et al.	118 pacientes com algum transtorno do espectro da esquizofrenia, transtorno equizoafetivo e transtorno bipolar. Intervenção <i>n</i> =58, Controle <i>n</i> =60	Duração: 6 meses; Frequência: Ligações a cada duas semanas, mensagens de texto semanais; Controle: Tratamento comum; Intervenção: Mensagens e ligações	Não houve impactos significativos na QVRS, Funcionamento Global e Suporte social. Os pacientes perceberam a intervenção como moderadamente e muito útil.
Garcia-Garcés et al.	82 pacientes com esquizofrenia. Intervenção com exercícios aeróbicos <i>n</i> =28, Intervenção com exercícios de força <i>n</i> =29, Intervenção com exercícios mistos <i>n</i> =29	Duração: 4 meses; Frequência: 3 sessões semanais de 1hr; cada grupo recebeu um tipo diferente de intervenção	Houve impactos significativos nos sintomas psiquiátricos, porcentagem de gordura corporal, QVRS e atividade física. Porém os desfechos diminuíram após um follow-up de 10 meses.
Sikira et al.	65 pacientes com a condição. Intervenção <i>n</i> =33, Controle <i>n</i> =32.	Duração: 6 meses; Frequência: Um encontro com o voluntário a cada duas semanas;	Houve desfechos positivos na QVRS, Sintomas psiquiátricos, empregabilidade e contatos sociais. Se mantendo no follow-up de 6 e 12 meses.
Nahum et al.	146 pacientes com a condição. Intervenção <i>n</i> =76, Controle <i>n</i> =71.	Duração: 16 semanas; Frequência: 3 a 5 vezes por semana	Houve resultados significativos no funcionamento global, funcionamento social e na QVRS.
Kidd et al.	110 pacientes com a condição. Intervenção completa <i>n</i> =41, intervenção breve <i>n</i> =23 e Controle <i>n</i> =46	Duração: 6 meses; Frequência: 1 a 2 vezes por semana	Não houve diferenças significativas em relação ao grupo controle
Gaughran et al.	406 pacientes com a condição. Intervenção <i>n</i> =213 e Controle <i>n</i> =193	Duração: 9 meses; Frequência: 1 a 2 vezes por semana	Não houve diferenças significativas em relação ao grupo controle
Chen et al.	124 pacientes com a condição. Intervenção <i>n</i> =62 e Controle <i>n</i> =62	Duração: 8 semanas; Frequência: 1 a 2 vezes por semana	Houve resultados significativos na QVRS e sintomática geral
Schöttle et al.	119 pacientes com a condição. Trata-se de um follow up de um estudo de 2007.	Duração: 48 meses; Frequência: 1 a 2 vezes por semana	Houve resultados significativos na QVRS, funcionamento global e sintomática geral
Li et al.	384 pacientes com a condição. Intervenção <i>n</i> =199 e Controle <i>n</i> =185	Duração: 9 meses; Frequência: 1 vez ao mês nos primeiros seis meses e duas vezes nos últimos 3 meses	Não houve resultados significativos na dimensão do estigma. Houve resultados significativos no funcionamento social e autoestima.
Shimizu et al.	8 pacientes com a condição. Intervenção <i>n</i> =5 e Controle <i>n</i> =3	Duração: 3 meses; Frequência: Duas vezes por semana, 60 min de duração.	Houve resultados significativos no funcionamento físico, QVRS e funcionamento cerebral.
Hui et al.	360 pacientes com a condição. Intervenção de quatro anos <i>n</i> =120, intervenção de dois anos <i>n</i> =120 e Controle <i>n</i> =120	Duração: 2 ou 4 anos; Frequência: Duas ou mais vezes por semana,	Houve resultados significativos no funcionamento social, QVRS e sintomática
Sengupta & Singh	30 pacientes do sexo masculino e com a condição	Duração: Não informado; Frequência: uma ou duas vezes por semana	Houve resultados significativos na sintomática, relações interpessoais, QVRS e estratégias de coping.
Dabit et al.	30 pacientes com a condição. Intervenção <i>n</i> =15 e Controle <i>n</i> =15	Duração: 9 semanas. Frequência: sessões semanais remotas da intervenção, mensagens por SMS diárias.	Houve resultados moderados no funcionamento social e na QVRS.

Halverson et al.	38 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=19</i> e Controle <i>n=19</i>	Duração: 24 semanas. Frequência: sessões semanais.	Resultados moderados na redução dos sintomas negativos, positivos, sentido de vida, QVRS, preservação das habilidades de trabalho, escolares e funcionamento social.
Peebo et al.	230 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=116</i> e Controle <i>n=116</i>	Duração: 24 meses Frequência: Sessões semanais	Resultados significativos nos sintomas e QVRS
Tor et al.	691 pacientes. <i>n=323</i> com sintomas psicóticos, <i>n=139</i> com sintomas maníacos, <i>n=118</i> com sintomas depressivos, <i>n=71</i> com depressão psicótica e <i>n=40</i> com catatonia.	Duração: Cada paciente recebeu uma quantidade personalizada de intervenções, conforme seu histórico clínico.	Houve melhoras significativas na QVRS, Sintomas positivos, maníacos, depressivos e catatonia. Houve melhoras nas capacidades cognitivas apenas no grupo com sintomas psicóticos.
Kam et al.	160 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=82</i> e Controle <i>n=78</i>	Duração: 5 anos Frequência: Intervenções semanais.	Houve resultados significativos na QVRS e sintomática.
Böge et al.	40 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=21</i> e Controle <i>n=19</i>	Duração: 12 semanas Frequência: Intervenções grupais e individualizadas ocorriam semanalmente	Resultados significativos na dimensão da atenção plena, sintomas negativos e positivos, sintomas ansiosos, funcionamento social, flexibilidade psicológica e QVRS.
Konsztowicz et al.	40 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=20</i> e Controle <i>n=20</i>	Duração: 6 semanas Frequência: Sessões individuais de psicoterapia semanais, com 50 min de duração.	Houve resultados significativos na QVRS e na capacidade de se reconhecer para além do diagnóstico.
Dellazizzo et al.	10 pacientes com a condição.	Duração: 9 semanas Frequência: 1 sessão semanal de 1 hr.	Não houve resultados significativos nos sintomas, QVRS, crenças sobre as vozes. Houve resultados significativos nos sintomas depressivos.
Westman et al.	1139 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=119</i> e Controle <i>n=1020</i>	Duração: 12 semanas Frequência: 1 sessão semanal de 45 hr	Não houve impactos significativos nas medidas cardiometabólicas, QVRS, saúde geral, funcionamento psicológico e severidade da condição.
Mahmood et al.	43 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=19</i> e Controle <i>n=24</i>	Duração: 12 semanas Frequência: Duas horas por semana	Houve impactos significativos na amotivação social, déficits expressivos, sintomas negativos e QVRS.
Vergunst et al.	336 pacientes com a condição.	Duração: 48 meses. Frequência: Encontros semanais de 1 hr.	Não houve impactos significativos nas relações sociais, QVRS, redes sociais e capacidades.
Välämäki et al.	1139 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=569</i> e Controle <i>n=570</i>	Duração: 12 meses. Frequência: 1 mensagem de texto diária	Não houve impactos nas taxas de rehospitalização, tempo entre rehospitalizações e tempo gasto em serviços psiquiátricos. Houve impactos no funcionamento global e QVRS.
Hasan & Musleh	112 pacientes com a condição. Intervenção <i>n=56</i> e Controle <i>n=56</i>	Duração: 6 semanas; Frequência: 1 sessão semanal.	Houve impactos no desamparo, Sintomas psiquiátricos, Recuperação, QVRS e empoderamento.

Tabela 3 - Amostra final de artigos

Pesquisa/Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
Stentzel et al.	s*	s	s	s	s	nc*	s	n	s	s	s	s	s	11
Garcia-Garcez et al.	s	n*	s	n	n	nc	s	s	s	s	s	s	s	9
Sikira et al.	s	nc	s	s	nc	nc	s	s	s	s	s	s	s	10
Nahum et al.	s	nc	n	n	n	n	s	NA*	s	s	s	s	n	6
Kidd et al.	s	n	nc	nc	nc	nc	s	s	s	s	s	s	s	8
Gaughran et al.	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	13
Chen et al.	s	nc	s	nc	s	s	s	NA	s	s	s	s	s	10
Schöttle et al.	NA	NA	NA	nc	NA	NA	s	s	NA	s	s	s	s	6
Li et al.	s	nc	s	nc	n	nc	s	s	s	s	s	s	s	9
Shimizu et al.	n	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	s	s	NA	2
Hui et al.	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	13
Sengupta & Singh	NA	NA	s	NA	NA	NA	s	NA	NA	s	s	s	NA	5
Dabit et al.	s	s	s	n	nc	nc	s	s	s	s	s	s	s	10
Halverson et al.	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	13
Peebo et al.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	s	NA	s	s	s	NA	4
Tor et al.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	s	NA	s	s	s	NA	4
Kam et al.	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	13
Böge et al.	s	s	n	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	12
Konsztowicz et al.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	s	NA	NA	NA	s	s	NA	3
Dellazizzo et al.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	s	NA	NA	NA	s	s	NA	3
Westman et al.	s	s	n	s	s	nc	s	s	s	s	s	s	s	11
Mahmood et al.	s	nc	s	nc	nc	nc	s	n	s	s	s	s	s	8
Vergunst et al.	s	s	s	s	nc	n	s	s	s	s	s	s	s	11
Välimäki et al.	s	s	nc	n	s	s	s	s	s	s	s	s	s	11
Hasan & Musleh	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	13

*Itens e dimensões: (1, 2, 3) viés relacionado à alocação e seleção; (4, 5, 7) viés relacionado à administração da intervenção; (6, 10, 11) viés relacionado à avaliação, detecção e medição do desfecho; (8, 9) viés relacionado a retenção de participantes; (12, 13) viés relacionado à validade das conclusões estatísticas.

**s = cumpre o requisito; n = não cumpre o requisito; nc = não claro na pesquisa; NA = não aplicável

Tabela 4 - Resultados da análise do risco de viés

**APÊNDICE D – ARTIGO ACERCA DOS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS
DISPONÍVEIS NO BRASIL²**

² Elaborado e submetido conforme as normas do periódico *Psicologia: Teoria e Prática*

INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA: SCOPING REVIEW

Qualidade de Vida na Esquizofrenia

Resumo

Os transtornos do espectro da esquizofrenia, trata-se de um grupo de transtornos mentais graves caracterizados por uma ampla gama sintomatológica, os quais perpassam pela esfera da sensopercepção, tendo como exemplo principal, as alucinações e delírios. Além de toda a problemática associada aos sintomas e déficits ocasionados pela condição, a dimensão da qualidade de vida é uma das mais afetadas em pessoas com algum transtorno do espectro. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo, revisar a literatura através do método da *Scoping Review*, com o intuito de encontrar e apresentar, quais são as escalas e demais instrumentos psicométricos, estão validados e sendo utilizados para avaliar a qualidade de vida de pacientes com algum transtorno do espectro da esquizofrenia no Brasil. A busca fora realizada nas bases SCIELO, LILACS, Index Psicologia Periódicos Científicos e MEDLINE. Ao final, se obteve uma amostra de nove pesquisas, no qual a maioria utilizou a *Quality of Scale – QLS-BR*, tendo uma presença tímida do uso da *WHOQOL-BREF*. A parca quantidade de publicações encontradas, além da baixa pluralidade de pesquisas em outras regiões do país, indica uma lacuna de pesquisa a ser preenchida. Nesse sentido, é essencial que haja mais pesquisas relacionadas ao tema, assim como mais instrumentos construídos e validados em solo nacional, visto que as características do País e as inúmeras variações regionais se imiscuem na expressão do traço latente a ser avaliado, o qual necessita ser levado em consideração na criação de qualquer instrumento.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Qualidade de Vida. Escala de Avaliação Comportamental. Saúde Mental. Questionário de Saúde do Paciente

INSTRUMENTS FOR ASSESSMENT OF THE QUALITY OF HEALTH IN SCHIZOPHRENIA: SCOPING REVIEW

Quality of health in schizophrenia

Abstract

The spectrum disorders of schizophrenia it's a group of severe mental disorders characterized by a wide range of symptoms, which go through the sphere of sensoperception, having as main example, hallucinations and delusions. In addition to all the problems associated with the symptoms and deficits caused by the condition, the dimension of quality of life is one of the most affected in people with some spectrum disorder. Thus, the research aimed to review the literature through the Scoping Review

method, in order to find and present, which are the scales and other psychometric instruments, are validated and being used to assess the quality of life of patients with some disorder of the spectrum of schizophrenia in Brazil. The search was performed in the databases SCIELO, LILACS, Index Psicologia Periódicos Científicos and MEDLINE. At the end, a sample of nine studies was obtained, in which most used the *Quality of Scale - QLS-BR*, with a timid presence of the use of the *WHOQOL-BREF*. The small number of publications found, in addition to the low plurality of studies in other regions of the country, indicates a research gap to be filled. In this sense, it is essential that there be more research related to the theme, as well as more instruments built and validated on national soil, since the characteristics of the country and the numerous regional variations interfere in the expression of the latent trait to be evaluated, which needs to be taken into account in the creation of any instrument.

Keywords: Schizophrenia. Quality of health. Behavior Rating Scale. Mental health. Patient Health Questionnaire.

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA: SCOPING REVIEW

Esquizofrenia y calidad de vida

Resumen

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia, es un grupo de trastornos mentales graves caracterizados por una amplia gama de síntomas, que pasan por la esfera de la sensopercepción, teniendo como ejemplo principal, alucinaciones y delirios. Además de todos los problemas asociados con los síntomas y déficits causados por la condición, la dimensión de la calidad de vida es una de las más afectadas en personas con algún trastorno del espectro. Por lo tanto, la investigación tuvo como objetivo revisar la literatura a través del método de Scoping Review, con el fin de encontrar y presentar, que son las escalas y otros instrumentos psicométricos, son validados y utilizados para evaluar la calidad de vida de los pacientes con algún trastorno del espectro de la esquizofrenia en Brasil. La búsqueda se realizó en las bases de datos SCIELO, LILACS, Index Psicologia Periódicos Científicos y MEDLINE. Al final, se obtuvo una muestra de nueve estudios, en los que la mayoría utilizó la Calidad de Escala - QLS-BR, con una tímida presencia del uso del WHOQOL-BREF. El pequeño número de publicaciones encontradas, además de la baja pluralidad de estudios en otras regiones del país, indica un vacío de investigación que debe llenarse. En este sentido, es esencial que haya más investigaciones relacionadas con el tema, así como más instrumentos construidos y validados en suelo nacional, ya que las características del país y las numerosas variaciones regionales interfieren en la expresión del rasgo latente a evaluar, que necesita ser tenido en cuenta en la creación de cualquier instrumento.

Palabras clave: Esquizofrenia. Calidad de vida. Escala de Evaluación de la Conducta. Salud Mental.
Cuestionario de Salud del Paciente.

Os transtornos do espectro da esquizofrenia, trata-se de um grupo de transtornos mentais graves caracterizados por uma ampla gama sintomatológica, os quais perpassam pela esfera da sensopercepção, tendo como exemplo principal, as alucinações e delírios (Dellazizzo et al., 2020). Além disso, a esfera volitiva, cognitiva (Gebreegziabhere et al., 2022), afetiva, social, das relações pessoais e entre outras, tendem a ser afetadas pela presença da condição. A nomenclatura de espectro é aplicada a esse grupo devido à multiplicidade de transtornos que compartilham sinais e sintomas em comum, diferindo entre si quanto à questão da intensidade e duração do quadro sintomático, no qual alguns transtornos do grupo, podem ter sua remissão completa durante o tratamento, enquanto outros, podem se tornar crônicos, sendo necessário terapêuticas de cunho farmacológico e psicossocial, por toda a vida.

A esquizofrenia, trata-se de uma categoria nosológica que apresenta os mesmos sintomas que são vistos nos outros transtornos que compõem o espectro. Porém, para que um sujeito receba a classificação em si, é necessário que os sintomas se desenvolvam (no sentido de intensidade e duração) com o decorrer do tempo e da evolução do quadro. Além disso, há a necessidade da presença da restrição emocional e linguística, dificuldade de manter um comportamento direcionado e/ou organizado, junto a característica do usuário tornar-se funcionalmente incapacitado ao longo do tempo (Seeman, 2016).

A questão da cronicidade, está associada a menores chances de conseguir emprego ou ter alguma atividade geradora de renda, (Dalgallarrondo, 2019), à déficits sociais o que inclui dificuldades de inclusão comunitária e desenvolver redes de afeto (Sánchez-Balsa & Sobrido-Prieto, 2023), menos chances de conseguir relacionar-se amorosamente e outras questões relacionadas às interações sociais como um todo, sendo uma condição bastante associada ao isolamento social (Winter et al., 2022). Além disso, a condição também é fortemente relacionada ao ganho de peso, problemas cardíacos (Azad et al., 2016) e ao abuso de substâncias, como o tabaco (Bhisnoi & Priyanka, 2023). Pessoas com a condição, tendem a apresentar uma menor expectativa de vida quando comparados à população em geral, podendo variar entre 64 a 67 anos, os quais apresentam uma média de 14 a 15 anos de vida perdida (Hjorthøj et al., 2017).

No que diz respeito a incidência desse espectro na população em geral, a cada 100 mil pessoas, 26 desenvolvem algum transtorno do espectro (Jongsma et al., 2019). Entretanto, esse índice sofre inúmeras variações devido as características geográficas, demográficas e sociais de cada território. Conforme dados relativos a internações em hospitais do Sistema Único de Saúde (período de 2008 a 2019), houve uma incidência média de 77,44 pessoas por cada 100 mil habitantes. Especificamente na região Nordeste, observa-se uma prevalência de 59,23 casos para cada 100 mil habitantes (Carteri et al., 2020).

Além de toda a problemática associada aos sintomas e déficits ocasionados pela condição, a dimensão da qualidade de vida é uma das mais afetadas em pessoas com algum transtorno do espectro. Sujeitos que apresentam a condição, tendem a apresentar níveis menores de qualidade de vida quando comparados à população em geral (Dong et al., 2019; Lim & Lee, 2018). A qualidade de vida trata-se de uma variável que está associada a uma maior efetividade de um tratamento (seja de cunho farmacológico, psicossocial ou psicoterapêutico) (Beaudoin et al., 2023), menores taxas de recaída (episódios agudos de crise), reinternações hospitalares e diminuição da sintomatologia em geral (Lim & Lee, 2018), sendo uma variável essencial a ser trabalhada dentro de um processo terapêutico.

A qualidade de vida é um conceito que possui diversas definições na literatura em saúde. Entretanto uma das mais adotadas, é a que se alinha às percepções do sujeito quanto à sua inserção na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995). Nesse sentido, trata-se de uma percepção global acerca das potencialidades, o quanto aquele sujeito percebe que sua vida está alinhada a metas, objetivos e o quanto este consegue aproveitar as oportunidades que surgem no contexto em que está imerso.

A aplicação desse conceito no campo da esquizofrenia, trata-se de uma discussão relativamente recente, tendo sido iniciada apenas ao final dos anos 90 (Awad et al., 1997), mas que se mostrou bastante profícua, visto a geração de vários instrumentos para a sua avaliação, mas que também gerou um vácuo conceitual acerca do que fazer com esse dado na prática (Awad & Voruganti, 2012). Uma das possibilidades de uso, trata-se da verificação da efetividade de uma intervenção, visto que os dados desse construto, são indicadores bastante válidos acerca de quais dimensões na vida do sujeito, estão sendo impactadas.

Entretanto, a investigação da qualidade de vida no espectro da esquizofrenia, é uma discussão complexa, visto que os usuários com a condição, geralmente apresentam níveis de *insight* reduzido e a depender do nível de deterioração cognitiva do usuário, a sua percepção de melhora e os impactos no funcionamento global, podem não ser relatados de forma precisa. A partir disso, também se aplica a esse público, uma definição objetiva de qualidade de vida, a qual se baseia em uma avaliação clínica (através de escalas preenchidas por um profissional) do nível de funcionamento global, de indicadores de saúde, moradia, e outras informações sociodemográficas (Brissos et al., 2016).

O uso de escalas e instrumentos quantitativos na prática em saúde mental, permite obter dados mais objetivos e confiáveis acerca de uma determinada característica, complementando o olhar clínico do profissional que está fornecendo apoio a um caso. Além disso, permitem também verificar a intensidade de determinados sintomas e o grau de funcionalidade, que diz respeito ao quanto os sintomas interferem na vida cotidiana, como no trabalho, nas relações familiares, com amigos e afins (Salum Junior et al., 2017).

Nesse sentido, é essencial que os profissionais conheçam esses instrumentos e os utilizem como ferramenta auxiliar na sua prática com o público com transtornos mentais graves, tais como os do espectro da esquizofrenia. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo, revisar a literatura com o intuito de encontrar e apresentar, quais são as escalas e demais instrumentos psicométricos, estão validados e sendo utilizados para avaliar a qualidade de vida de pacientes com algum transtorno do espectro da esquizofrenia no Brasil.

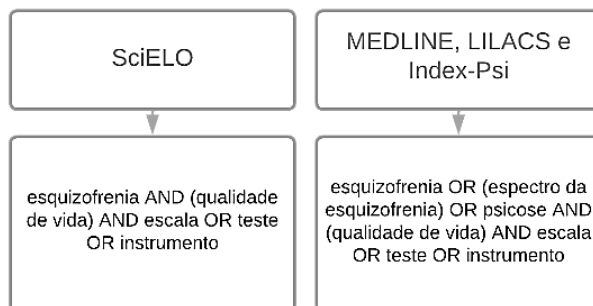
Método

Para a condução desta pesquisa, optou-se pela execução de uma revisão bibliográfica do tipo Revisão de Escopo ou *Scoping Review*. As revisões de escopo, tem o intuito de abranger e sintetizar informações acerca de conceitos e seus limites (Salvador et al., 2021), teorias, definições centrais, constitutivas, fatores relacionados, assim como sintetizar as intervenções e evidências relacionadas a um tópico ou condição. A pesquisa seguiu as orientações para a condução de revisões de escopo do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Tricco et al., 2016).

A partir da pergunta de pesquisa: “Quais são os instrumentos psicométricos validados e disponíveis no Brasil, para a avaliação da qualidade de vida de pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia?” houve a estruturação do processo de busca, no qual utilizou-se como base, a variação PCCS do acrônimo PICO para revisões de literatura, no qual P (População) – Pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia; C (conceito) – Qualidade de vida, C (contexto) – Brasil; S (delineamento do estudo – Instrumentos psicométricos).

A busca fora realizada no período de março a maio do ano de 2023, nas bases de dados da *Scientific Electronic Online Library – SCIELO*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS*, *Index Psicologia Periódicos Científicos e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE* (acessos via plataforma BVS-Salud), as quais indexam pesquisas diversas no campo da saúde e da psicologia. Para a seleção dos descritores, realizou-se uma consulta na base dos Descritores em Ciência da Saúde – DECS, com vias de obter o máximo de variações disponíveis de cada termo de busca. Posteriormente, a busca fora executada nas bases usando o algoritmo apresentado na figura 1 a seguir:

Figura 1



Combinações de descritores usada em cada base de dados

Em cada base, houve a utilização de filtros para restringir e refinar o processo de busca. Não houve restrição temporal quanto ao ano de publicação das pesquisas. Quanto ao idioma, houve restrição à língua portuguesa e inglesa. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: (1) pesquisas executadas no Brasil; (2) pesquisas que tivessem sido feitas com amostras de pacientes com algum transtorno do espectro da esquizofrenia e voltadas a avaliação da qualidade de vida desse público; (3) pesquisas de natureza quantitativa que utilizassem instrumentos psicométricos para a avaliação desse construto. As pesquisas que não se adequassem a esses critérios, foram excluídas do corpus de análise. Especificamente, estudos qualitativos, revisões de literatura (sistemática com e sem metanálise, integrativa e narrativa), resenhas e pesquisas eminentemente teóricas. Duplicatas e demais tipos de publicações acadêmicas, como teses, dissertações, resumos e afins também foram excluídas do escopo da pesquisa.

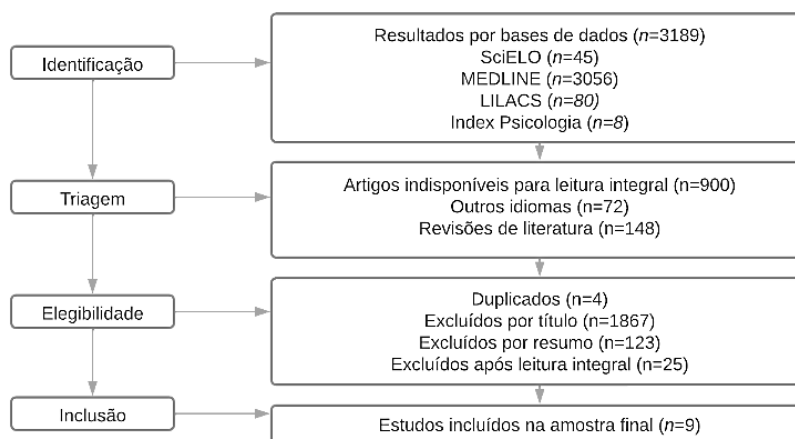
Para o processo inicial de triagem, houve a análise independente por ambos os autores dos títulos, palavras-chaves e resumos de cada pesquisa. Posteriormente, os autores discutiam entre si para fazer a verificação da inclusão dos artigos na amostra final da pesquisa. Caso a pesquisa se adequasse aos critérios definidos, partia-se para a leitura integral do artigo, no qual extraiu-se informações quanto à amostra utilizada, região do país no qual a pesquisa fora feita, quais os instrumentos foram utilizados para a avaliação da qualidade de vida da amostra e as suas propriedades psicométricas. No caso de discordância em qualquer etapa, um terceiro avaliador especialista não participante da pesquisa, dava o voto de Minerva quanto à inclusão ou não do artigo no corpus final. As pesquisas foram tabuladas utilizando o software *Microsoft Office Excel 365®* com vias de facilitar sua organização e gestão. Estas também foram incluídos no software de gestão de referências *Zotero Desktop*, com vias de padronizar as citações, referências e gerir as duplicatas.

Resultados

Na figura 2 a seguir, é apresentado o fluxograma com todo o processo de busca, triagem e elegibilidade para a construção do corpus de análise para a pesquisa.

Figura 2

Fluxograma do processo de seleção das pesquisas



Ao final da busca, obteve-se ao final, nove publicações ao todo. Dessas publicações, a mais antiga fora elaborada no ano de 2005, enquanto a mais recente, fora publicada no ano de 2021. No que diz respeito ao local de elaboração das pesquisas, oito pesquisas foram elaboradas na região sudeste do país, com maior concentração no estado de Minas Gerais, o qual figurou com seis ao todo. O estado de São Paulo registrou apenas uma pesquisa, assim como o Rio de Janeiro. Apenas uma pesquisa fora elaborada na região sul, especificamente no estado do Paraná.

No que diz respeito as amostras utilizadas, houve o total de 895 pacientes recrutados, com uma faixa de idade de 16 a 68 anos, tendo uma maior prevalência de pacientes do sexo masculino, o qual representaram 62,57% (n=560) do total, enquanto o sexo feminino, representou 37,43% (n=335). Os transtornos mais prevalentes do espectro em todas as amostras, foi a esquizofrenia.

Em relação aos instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida das amostras, oito pesquisas utilizaram a *Quality of Scale – QLS-BR*, elaborada por Heinrichs et al. (1984) e que foi adaptada e validada no Brasil por Cardoso (2001). Já uma pesquisa utilizou a versão reduzida da *World Health Organization Quality Of Life Assessment –WHOQOL-BREF*, elaborada pelo The Whoqol Group (1998), a qual fora adaptada e validada para o Brasil, por Fleck et al. (2000). Ambos têm como ponto em comum, avaliarem a dimensão da qualidade de vida subjetiva do paciente, sendo instrumentos de autorrelato.

Boa parte das pesquisas buscou investigar os níveis de impacto na qualidade de vida de pacientes e usuários com a condição e suas relações com outras variáveis de interesse. Especificamente a relação entre o nível de comprometimento psíquico e a qualidade de vida (Machado et al., 2021); A qualidade de vida – como variável para a validação de construtos relacionados

de uma nova escala (Silva et al., 2017); Verificar a qualidade de vida e os fatores relacionados de pacientes esquizofrênicos refratários em uso de clozapina (Freitas et al., 2016); Avaliar a qualidade de vida de usuários esquizofrênicos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (Silva et al., 2011); Investigar os fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia e sua relação com a percepção de mudança frente ao tratamento (Cesari & Bandeira, 2010); Avaliar a qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos que cumprem regime fechado em um hospital de custódia (Santana et al., 2009); Estabelecer a prevalência pontual da depressão na esquizofrenia, os fatores associados e a relação com a qualidade de vida (Cardoso et al., 2007); Investigar os fatores relacionados à baixa qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos no domínio ocupacional (Cardoso et al., 2006); Investigar os fatores clínicos e sociodemográficos relacionados à baixa qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (Cardoso et al., 2005).

A tabela 1 a seguir, apresenta todas as pesquisas recuperadas na busca e que compõe o corpus de análise.

Tabela 1

Descrição das pesquisas por autor, ano, local, amostra e instrumento usado para a avaliação da Qualidade de Vida.

Autor/Ano	Local	Amostra	Instrumento
Machado et al. (2021)	Paraná	119	QLS-BR
Silva et al. (2017)	São Paulo	116	WHOQOL-BREF
Freitas et al. (2016)	Minas Gerais	72	QLS-BR
Silva et al. (2011)	Rio de Janeiro	78	QLS-BR
Cesari & Bandeira (2010)	Minas Gerais	72	QLS-BR
Santana et al. (2009)	Minas Gerais	54	QLS-BR
Cardoso et al. (2007)	Minas Gerais	20	QLS-BR
Cardoso et al. (2006)	Minas Gerais	123	QLS-BR
Cardoso et al. (2005)	Minas Gerais	123	QLS-BR

Discussão

A parca quantidade de publicações e a concentração regional, apontam que a produção acerca da temática da qualidade de vida na esquizofrenia, ainda é bastante tímida e limitada no país. Aspectos culturais, sociais, econômicos e outras variáveis relacionadas à região e estado no qual os sujeitos com a condição estão inseridos, tendem a se relacionar ao construto. Nesse sentido, é necessário uma maior expansão e regionalização dessas pesquisas com públicos de outros estados do Brasil, visto a complexidade e características idiossincráticas de cada região. Uma maior pluralidade regional, permite fazer comparações transculturais mais robustas em relação ao construto de interesse, visto que este, varia conforme as especificidades da população, sendo necessário que o instrumento utilizado, leve em consideração essas particularidades (Pacico, 2017).

Pôde-se notar que os dois instrumentos encontrados na busca, tratam-se de adaptações transculturais de instrumentos estrangeiros, o que aponta uma lacuna no que diz respeito a instrumentos nacionais voltados para a avaliação da qualidade de vida do público com esquizofrenia, uma questão já trazida por Elkis (2016), o qual apontou que há uma ausência de instrumentos nacionais para a avaliação de aspectos diversos do espectro da esquizofrenia. Silva e Farias (no prelo), em outra revisão acerca dos instrumentos psicológicos utilizados no Brasil para o psicodiagnóstico das esquizofrenias, identificaram apenas um instrumento nacional em seus resultados, no qual os demais, eram frutos de adaptações de instrumentos estrangeiros. Os autores ressaltam que, por mais que os instrumentos apresentem evidências de validade e de precisão, estes muitas vezes, podem não conseguir captar de forma confiável, as características e nuances da população brasileira.

A avaliação da qualidade de vida na esquizofrenia, pode ter uma aplicação de cunho subjetivo (a partir da percepção do sujeito) ou objetiva (a partir da avaliação clínica de um profissional). Nos resultados encontrados, ambos os instrumentos partem de um caráter subjetivo da avaliação do construto, o que aponta outra lacuna quanto a instrumentos para a avaliação objetiva desse aspecto no país. Cabe ressaltar que as duas perspectivas não se anulam mutuamente, mas seu uso conjunto fomenta a obtenção de um panorama mais amplo sobre o construto, permitindo a construção de estratégias de cuidado mais orientadas para a melhoria desse aspecto. Esses diferentes panoramas de observação sobre a QV fornecem, na verdade, informações distintas e complementares sobre o mesmo indivíduo (Souza & Coutinho, 2006).

O instrumento mais citado foi a *Quality of Scale – QLS-BR*, o qual trata-se de uma escala de avaliação da qualidade de vida voltada especificamente ao público com Esquizofrenia, tendo o intuito de captar a qualidade de vida subjetiva desse público nas três semanas precedentes em relação à sua aplicação. Trata-se de uma escala do tipo Likert com 7 pontos, sendo dividida em 21 itens que abrangem três fatores que perpassam a dimensão psicopatológica do transtorno (funções intrapsíquicas e relações interpessoais) e aspectos do funcionamento cotidiano (nível ocupacional;

rede social). No que diz respeito às qualidades psicométricas do instrumento, este apresentou no seu primeiro estudo de validação, evidências de validade de construto e um nível moderado de correlação entre os itens da escala, no qual as correlações mais elevadas, estavam entre cada fator e a escala global, o que indicou a presença de um construto comum aos fatores (Cardoso et al., 2003). No que tange a validade concorrente, os escores da *QLS-BR*, foram correlacionados aos escores da *WHOQOL-BREF*, no qual a correlação não foi significativa. Em relação às evidências de fidedignidade, houve um alto nível de consistência interna entre os itens ($\alpha=0,94$), dado que se repetiu nas correlações entre os três fatores da escala (rede social, $\alpha=0,88$; nível ocupacional, $\alpha=0,93$; atividade intrapsíquicas e relações interpessoais, $\alpha=0,86$) e a escala geral.

O segundo instrumento encontrado na busca, fora a *WHOQOL-BREF*, o qual trata-se de uma versão reduzida da *WHOQOL-100*. Esse instrumento, trata-se de uma escala de avaliação global da qualidade de vida do tipo Likert com escores de 1 a 5, dividida em 26 itens, no qual 24, dizem respeito à quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os outros dois itens, dizem respeito à qualidade de vida global do sujeito. No que tange às qualidades psicométricas do instrumento, a escala apresentou evidências de validade concorrente com o Inventário Beck de Depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS), no qual houve a presença de correlações significativas com todos os fatores da *WHOQOL-BREF*. Também obteve-se evidências de validade de critério ($R^2=44\%$) e validade discriminante, no qual comparou-se os escores de uma amostra de pacientes ambulatoriais a um grupo controle sem condições médicas, tendo diferenças significativas nas dimensões física e psicológica ($p<0,05$), marginalmente significativa em meio ambiente ($p=0,06$) e não significativa em relações sociais ($p=0,66$) (Fleck et al., 2000). Além disso, apresentou evidências de fidedignidade teste-reteste ($p>0,05$) e consistência interna ($\alpha=0,91$ a $\alpha=0,69$).

Em sùmula, a disponibilidade dessas escalas e o seu uso, permite ao profissional que desenvolve um processo terapêutico com o público, avaliar a efetividade das intervenções propostas, assim como também adaptar-se frente às necessidades e características daquele sujeito. É necessário ressaltar que o atual modelo de cuidado voltados aos pacientes com esquizofrenia, não é restrito apenas à remissão de sintomas, mas sim voltado à recuperação funcional e integração comunitária e social, no qual foca-se em evitar recaídas (episódios de crise, no qual os sintomas positivos se expressam mais intensidade) e reinternações, além de promover um maior nível de funcionamento social e pessoal, assim como o do cultivo da qualidade de vida, buscando-se aproximar ao máximo possível da população em geral. Nesse sentido, deve-se ter um olhar global acerca das necessidades, déficits e potencialidades desse paciente, no qual os seus anseios, necessidades e desejos, devem ser levados em consideração no processo de cuidado a ser oferecido.

Considerações finais

A pesquisa teve como intuito, revisar a literatura e apresentar, quais eram as escalas e demais instrumentos psicométricos, que estivessem validados e sendo utilizados para avaliar a qualidade de vida de pacientes com algum transtorno do espectro da esquizofrenia no Brasil. Pôde-se observar que a maioria das pesquisas utilizou a *Quality of Scale – QLS-BR* com esse intuito, tendo uma presença tímida do uso da *WHOQOL-BREF*. Entretanto, é necessário ressaltar a parca quantidade de publicações encontradas, em que se encontrou apenas nove publicações sobre o tema, as quais foram elaboradas nos últimos dezesseis anos, além da baixa pluralidade de pesquisas em outras regiões do país. Esse baixo quantitativo, indica que a produção nacional acerca da temática da qualidade de vida aplicada ao espectro da esquizofrenia, ainda é um tema incipiente e que necessita ser explorado.

A baixa quantidade de instrumentos encontrados, indica uma lacuna de pesquisa a ser preenchida, algo que é reforçado pelo fato dos dois instrumentos encontrados, serem instrumentos estrangeiros adaptados para o contexto nacional e validados com amostras de apenas uma região do país. Nesse sentido, é essencial que haja mais pesquisas relacionadas ao tema, assim como mais instrumentos construídos e validados em solo nacional, visto que as características do País e as inúmeras variações regionais se imiscuem na expressão do traço latente a ser avaliado, o qual necessita ser levado em consideração na criação de qualquer instrumento.

Quanto às limitações da pesquisa, ressalta-se o uso exclusivo de descritores em língua portuguesa e a restrição a pesquisas publicadas no país, o qual pode ter limitado o escopo de alcance da busca, visto que alguns autores, preferem publicar os resultados de suas pesquisas, em periódicos internacionais e na língua inglesa. Entretanto, essas limitações não anulam os resultados encontrados, mas sim fomentam a necessidade de discussão da temática no contexto nacional, assim como a necessidade de mais pesquisas com esse público.

Referências

- Awad, A. G., Voruganti, L. N., & Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 6(1), 21–26. <https://doi.org/10.1023/a:1026409326690>
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: An update. *Pharmacoeconomics*, 30(3), 183–195. <https://doi.org/10.2165/11594470-000000000-00000>

- Azad, M. C., Shoesmith, W. D., Al Mamun, M., Abdullah, A. F., Naing, D. K. S., Phanindranath, M., & Turin, T. C. (2016). Cardiovascular diseases among patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry, 19*, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.11.012>
- Beaudoin, M., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2023). Changes in Quality of Life in Treatment-Resistant Schizophrenia Patients Undergoing Avatar Therapy: A Content Analysis. *Journal of Personalized Medicine, 13*(3), 522. <https://doi.org/10.3390/jpm13030522>
- Bhisnoi, D., & Priyanka, B. (2023). How does tobacco affect quality of life of patients of schizophrenia and bipolar affective disorder: A comparative study. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 9*(7), 9335–9341.
- Cardoso, C. S. (2001). *Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS*. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 1338–1340. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500005>
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: Uma comparação por sexo. *Cadernos de Saúde Pública, 22*, 1303–1314. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600019>
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Fonseca, I. K., & Fonseca, J. O. P. (2003). Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS-BR. [Psychometric qualities of the quality of life scale for schizophrenic patients: Scale QLS-BR.]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 52*, 211–222.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Silva, J. T. da, & Fonseca, J. O. P. (2007). Depressão na esquizofrenia: Prevalência e relação com a qualidade de vida.

Cadernos de Saúde Pública, 23, 2035–2048. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900012>

Carteri, R. B., Oses, J. P., Cardoso, T. D. A., Moreira, F. P., Jansen, K., & Silva, R. A. D. (2020). A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil.

Dementia & Neuropsychologia, 14(3), 283–289. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-030009>

Cesari, L., & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 59(4), 293–301.

<https://doi.org/10.1590/s0047-20852010000400005>

Dalgallarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.

Dellazizzo, L., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2020). Exploring the Benefits of Virtual Reality-Assisted Therapy Following Cognitive-Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations in Patients with Treatment-Resistant Schizophrenia: A Proof of Concept.

Journal of Clinical Medicine, 9(10). <https://doi.org/10.3390/jcm9103169>

Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Li, G., Meng, X., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative

Studies. *The Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519–532. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09633-4>

Elkis, H. (2016). Instrumentos de avaliação de sintomas psicóticos. In C. Gorenstein, Y-P. Wang, & I. Hungerbühler. (Orgs.). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V.

(2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178–183.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

- Freitas, P. H. B. D., Pinto, J. A. F., Nunes, F. D. D., Silva E Souza, A. R., & Machado, R. M. (2016). Esquizofrenia refratária: Qualidade de vida e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 60–68. <https://doi.org/10.1590/19820194201600009>
- Gebreegziabhere, Y., Habatmu, K., Mihretu, A., Cella, M., & Alem, A. (2022). Cognitive impairment in people with schizophrenia: An umbrella review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(7), 1139–1155. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01416-6>
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388–398. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.3.388>
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Jongsma, H. E., Turner, C., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2019). International incidence of psychotic disorders, 2002–17: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(5), e229–e244. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30056-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30056-8)
- Lim, M. W. Z., & Lee, J. (2018). Determinants of Health-Related Quality of Life in Schizophrenia: Beyond the Medical Model. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 712. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00712>
- Machado, F. P., Soares, M. H., Francisquini, P. D., Luis, M. A. V., & Martins, J. T. (2021). Factors related to psychological impairment and quality of life in patients with schizophrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(5), e20190060. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0060>
- Pacico, J. C. (2017). Como é feito um teste? Produção de itens. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini. *Psicometria*. Artmed.

- Salvador, P. T. C. D. O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. D., Lopes, R. H., Oliveira, L. V. E., & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: Reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Salum Junior, G. A., DeSousa, D. A. Hoffmann, M. S. (2017). Escalas de uso clínico. In B. F. Damásio & J. C. Borsa. (Orgs.) *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*. Vetor.
- Sánchez-Balsa, A., & Sobrido-Prieto, M. (2023). Efetividade de intervenções voltadas à participação social em pessoas com esquizofrenia: Revisão sistemática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31. <http://www.scielo.br/j/cadbto/a/8YGC76yV9dwXsc5TXykNkLv/abstract/?lang=pt>
- Santana, A. F. F. de A., Chianca, T. C. M., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 187–194. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300008>
- Seeman, M. V. (2016). Schizophrenia and its sequelae. In A. G. Awad, & L. N. P. Vorunganti. *Beyond Assessment of Quality of Life in Schizophrenia*.
- Silva, A. G. L., & Farias, M. G. (no prelo). Instrumentos para a Avaliação da Esquizofrenia no Brasil: Revisão de Literatura. *Avaliação Psicológica*.
- Silva, T. F. C. da, Mason, V., Abelha, L., Lovisi, G. M., & Cavalcanti, M. T. (2011). Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from Psychosocial Care Centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60, 91–98. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000200004>
- Silva, T. R., Berberian, A. A., Gadelha, A., Villares, C. C., Martini, L. C., & Bressan, R. A. (2017). Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000144>

Souza, L. A. de, & Coutinho, E. S. F. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 50–58.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000100011>

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* (1982), 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

The WHOQOL GROUP. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Sharpe, J. P., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H. T., & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>

Winter, L. de, Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Hasson-Ohayon, I., Vermeulen, J. M., Mulder, C. L., Boonstra, N., Klaver, K. M., Oud, M., de Haan, L., & Veling, W. (2022). Changes in social functioning over the course of psychotic disorders-A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 239, 55–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.010>