

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Ester Adonai Pereira

**QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19: um estudo em pacientes com esquizofrenia em
uso de antipsicóticos atípicos comparados à população geral, MG 2021-2022**

Belo Horizonte
2024

Ester Adonai Pereira

**QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19: um estudo em pacientes com esquizofrenia em
uso de antipsicóticos atípicos comparados à população geral, MG 2021-2022**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Mariano Ruas
Coorientadores: Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira
e Profa. Dra. Edna Afonso Reis

Belo Horizonte
2024

P436q Pereira, Ester Adonai.
Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade durante a pandemia da COVID-19 [recurso eletrônico] : um estudo em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos comparados à população geral, MG 2021-2022 / Ester Adonai Pereira. – 2024.
1 recurso eletrônico (107 f. : il.) : pdf

Orientadora: Cristina Mariano Ruas.
Coorientadores: Helian Nunes de Oliveira e Edna Afonso Reis.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Esquizofrenia – Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Qualidade de vida – Teses. 4. Ansiedade – Teses. 5. Depressão – Teses. 6. Antipsicóticos – Teses. 7. COVID-19. I. Ruas, Cristina Mariano. II. Oliveira, Helian Nunes de. III. Reis, Edna Afonso. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. V. Título.

CDD:616.898



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA COMPARADOS À POPULAÇÃO GERAL, MG 2021-2022

ESTER ADONAI PEREIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 05 de abril de 2024 pela banca constituída pelos membros:

Cristina Mariano Ruas - Orientadora (UFMG)
Edna Afonso Reis - Coorientadora (ICEX-UFMG)
Ronaldo Portela (Secretaria de Saúde do Distrito Federal)
Cristiane Aparecida Menezes de Padua (FAFAR-UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Mariano Ruas, Professor(a)**, em 05/04/2024, às 15:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edna Afonso Reis, Professora do Magistério Superior**, em 05/04/2024, às 18:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ronaldo Portela, Usuário Externo**, em 08/04/2024, às 08:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Aparecida Menezes de Padua, Professora do Magistério Superior**, em 08/04/2024, às 10:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3147350** e o código CRC **F95F3505**.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos participantes do estudo que com tamanha sensibilidade doaram um pouco de si no intuito de viabilizar a compreensão de aspectos tão importantes em saúde pública, sendo simultaneamente os protagonistas e alvos dos resultados dos estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro e soberanamente a Deus por ter guiado e permitido a conclusão de mais um objetivo em minha jornada acadêmica.

Agradeço especialmente à professora Cristina e aos professores Helian e Edna primeiramente pelo exemplo, mas também pela orientação, disponibilidade, flexibilidade e confiança, pois foram fatores essenciais para a construção do trabalho.

Agradeço aos meus pais e irmão pelo alicerce, incentivo, amor, compreensão e apoio e parceria.

Agradeço ao meu namorado, Paulo, pelo carinho apoio e compreensão nas ausências.

Aos parentes e amigos pelo incentivo.

Agradeço a instituição UFMG, parceiros e financiadores do projeto por toda a estrutura, condições e oportunidades propiciadas.

RESUMO

A pandemia gerou consequências para a saúde da população, que demandaram preocupação das instituições e dos profissionais de saúde, dentre as quais destaca-se o efeito negativo na saúde mental, sobretudo em populações mais vulneráveis. Assim, o objetivo deste estudo foi comparar a qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade durante a pandemia da COVID-19 em pacientes com esquizofrenia e a população geral. Foi realizado um estudo transversal comparativo, incluindo pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos atendidos pela farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e a população geral. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado e dos instrumentos EQ-5D-3L (para medir qualidade de vida), PHQ-9 (sintomas depressivos) e GAD-7 (sintomas de ansiedade). Dentre os principais resultados, o estudo demonstrou que os pacientes com esquizofrenia apresentaram maiores médias de escores de sintomas depressivos (10,2), ansiedade (8,7) e da qualidade de vida (7,6) em relação à população geral (6,9; 6,7 e 6,3, respectivamente; $p < 0,05$). Fatores associados a piores desfechos de sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida em pessoas que vivem com esquizofrenia foram identificados. Estes achados fornecem subsídios para embasar políticas públicas e programas de intervenção para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com esquizofrenia.

Palavras-chave: esquizofrenia; saúde mental; qualidade de vida; ansiedade; depressão; COVID-19; antipsicóticos.

ABSTRACT

The pandemic generated consequences for the population's health and prompted the attention of institutions and health professionals. One of the main adverse effects was on mental health, especially in more vulnerable populations. Therefore, this study aimed to compare the quality of life and the depressive and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in patients with schizophrenia and the general population. We conducted a comparative cross-sectional study including patients with schizophrenia using atypical antipsychotics treated by the pharmacy of the Specialized Component of Pharmaceutical Care and the general population. Data were collected using a semi-structured questionnaire and the instruments EQ-5D-3L (to measure quality of life), PHQ-9 (depressive symptoms), and GAD-7 (anxiety symptoms). Among the main results, the study showed that patients with schizophrenia had higher mean scores for depressive symptoms (10.2), anxiety (8.7), and quality of life (7.6) than the general population (6.9, 6.7, and 6.3, respectively; $p < 0.05$). Factors associated with worse outcomes of anxiety and depressive symptoms and quality of life in people living with schizophrenia have been identified. These findings support public policies and intervention programs to improve the quality of life of individuals with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia; mental health; quality of life; anxiety; depression; COVID-19; antipsychotic agents

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Marcos temporais da pandemia da COVID-19.....	29
Figura 2A -	Histograma da distribuição de densidade para os escores de qualidade de vida, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos em pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022.....	44
Figura 2B -	Ogiva da frequência empírica acumulada para os escores de qualidade de vida, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos em pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022.....	45
Quadro 1 -	Disciplinas cursadas para obtenção dos créditos exigidos.....	59
Quadro 2 -	Cronograma das tarefas e respectivos períodos de realização.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas de pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022.....	39
Tabela 2 -	Condições clínicas e hábitos de vida de pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022.....	41
Tabela 3 -	Qualidade de Vida, Sintomas de Ansiedade e Sintomas de Depressão entre pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e na população geral, 2021-2022.....	47
Tabela 4 -	Resultados dos modelos de regressão linear múltiplo finais para os escores de Qualidade de Vida, Sintomas de Ansiedade e Sintomas de Depressão.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BAI	<i>Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies Depression</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais
DP	Desvio padrão
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
Fapemig	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder 7-item scale</i> (Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7)
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAM-A	<i>Hamilton Anxiety Scale</i>
HAM-D ou HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
IDATE	<i>State Trait Anxiety Inventory</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGBE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHME	<i>Institute For Health Metrics and Evaluation</i>
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MG	Minas Gerais
MLDL	<i>Munich Quality of Life Dimensions List</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>

OMS (WHO)	Organização Mundial da Saúde (do inglês <i>World Health Organization</i>)
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDTs	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PHQ-4	<i>Patient Health Questionnaire-4</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i> (Questionário de Saúde do Paciente-9)
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
QVRS	Qualidade de vida relacionada a saúde
Rand HIS	<i>Rand Health Insurance Study</i>
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCHEEA	<i>SCHizophrenia Economics and Effectiveness Assessment</i>
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SF-36	<i>36-Item Short Form Health Survey</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SPIN	<i>Social Phobia Inventory</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-100	Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
YLD	<i>Years Lived with Disability</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Esquizofrenia.....	17
2.2 Dados epidemiológicos	17
2.3 Organização da Assistência Farmacêutica no Brasil	19
2.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica	20
2.3.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	20
2.4 Tratamento farmacológico da esquizofrenia	21
2.5 Conceituação e considerações sobre ansiedade, depressão e estresse	21
2.6 Saúde mental na pandemia da COVID-19.....	23
2.7 Instrumentos para avaliação de sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e qualidade de vida relacionada a saúde.....	25
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos.....	27
4 METODOLOGIA	28
4.1 Caracterização do estudo.....	28
4.1.1 Desenho do estudo	28
4.1.2 Cálculo amostral.....	30
4.1.3 Seleção dos pacientes e coleta de dados	31
4.1.4 Instrumentos de coleta de dados	32
4.1.4.1 <i>Generalized Anxiety Disorder 7-item scale – Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7 (GAD-7)</i>	32
4.1.4.2 <i>Patient Health Questionnaire-9 (Questionário de Saúde do Paciente-9) - PHQ-9</i>	32
4.1.4.3 <i>Instrumento EQ-5D-3L</i>	33

4.1.5 Variáveis.....	33
4.1.5.1 Variáveis dependentes	34
4.1.5.2 Variáveis independentes	34
4.2 Análise estatística	35
4.3 Aspectos éticos	36
5 RESULTADOS.....	38
5.1 Características da amostra.....	38
5.2 Qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão	43
6 DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÃO	58
8 DISCIPLINAS CURSADAS	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES	81
ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

A compreensão de indivíduos com transtornos mentais como grupos distintos da população geral é crucial em termos científicos, devido à fragilidade de sua saúde mental. Essa fragilidade se manifesta em diversos aspectos da vida diária, incluindo o enfrentamento frequente de estigma e discriminação, além de limitações nas esferas social, acadêmica e profissional, conforme destacado pela *World Health Organization* (WHO, 2010).

A esquizofrenia destaca-se, entre os transtornos mentais, pelo seu impacto no âmbito social, proveniente tanto de seus sintomas intrínsecos quanto das consequências socioeconômicas da doença. Os sintomas negativos, como isolamento social e a depressão pré-mórbida, contribuem para a dificuldade em construir e manter redes sociais, o que, por sua vez, retroalimenta a piora clínica, criando um ciclo vicioso (Fulford *et al.*, 2021; Mosolov; Yaltonkskaya, 2021; Degnan *et al.*, 2018). No campo profissional, a necessidade de adaptações, a redução da capacidade funcional e os obstáculos de interação limitam a inclusão de pessoas com esquizofrenia no mercado de trabalho (Harvey *et al.*, 2012).

Além do isolamento social e da depressão pré-mórbida, pessoas com esquizofrenia enfrentam o autoestigma, o estigma público e o preconceito (Bizumic; Cunningham; Christensen, 2022; Chiu *et al.*, 2022; Samari *et al.*, 2018). Essa realidade limita ainda mais as iniciativas e conexões sociais, mesmo que a maioria dos comportamentos tidos como "agressivos" sejam estereotipados e não representem a totalidade dos indivíduos com essa condição (Long *et al.*, 2022).

A soma dos fatores mencionados, como isolamento social, depressão pré-mórbida, autoestigma, estigma público e preconceito, configura um cenário de extrema vulnerabilidade para pessoas com esquizofrenia. Essa vulnerabilidade os coloca em um grupo de risco para o declínio da qualidade de vida quando comparados à população em geral (WHO, 2010; Wolfe *et al.*, 2022).

Baseado nesses argumentos, é notória a necessidade do desenvolvimento e do aprimoramento de iniciativas políticas e governamentais com estratégias que facilitem o acesso pelos indivíduos que vivem com transtornos mentais a recursos de promoção a saúde mental que sejam capazes de melhorar a capacidade funcional, a qualidade de vida, assim como o relacionamento dessas pessoas em ambiente coletivo, com o desincentivo a estigmatização (WHO, 2010; Samari *et al.* 2018).

No contexto da pandemia da COVID-19, iniciada em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um resumo científico de revisões com alto nível de evidência, destacando o seu impacto na saúde mental da população (WHO, 2022b). O estudo revelou que as regiões mais afetadas pela pandemia apresentaram aumento nas taxas de ansiedade, depressão e incapacidade. Além disso, foram observadas alterações nos índices de suicídio, mortalidade, internações e gravidade da doença em pessoas com transtornos mentais. Sabe-se que pessoas com esquizofrenia são mais vulneráveis a crises que a população geral (Costa *et al.* 2020a; Gunnell *et al.*, 2020; Jeong *et al.*, 2016).

Foram observadas modificações nos atendimentos de saúde durante a pandemia, devido às restrições, tais como: redução dos atendimentos presenciais, adaptação nas instalações psiquiátricas para reduzir a probabilidade de transmissão do vírus e realização de teleconsultas (Baumgart *et al.*, 2021; WHO, 2022b). Embora a telemedicina tenha permitido a redução de riscos desnecessários aos pacientes e o acompanhamento com respeito às medidas de prevenção, para alguns públicos, como os pacientes com transtornos mentais, essa alternativa pode ser um fator complicador. As dificuldades de contato/vínculo social, a necessidade de manejo dos recursos tecnológicos e o funcionamento cognitivo desses pacientes podem ser desafios (Datta; Vishwanath; Shenoy, 2022; Fulford *et al.*, 2021; Hincapié *et al.*, 2020).

Desse modo, nesta crise sanitária global, o panorama se torna ainda mais desafiador para pessoas com esquizofrenia. O período pandêmico coincidiu com o início de muitos casos de adoecimento em saúde mental, e a própria COVID-19 pode desencadear episódios psicóticos e agravar sintomas negativos da esquizofrenia (Hossain *et al.*, 2020; Melo; Cavazzana; Amaral, 2022; Strauss *et al.*, 2022). Adicionalmente, pacientes recuperados da COVID-19 têm demonstrado déficits

cognitivos em comparação com um grupo que não teve a doença (Hampshire *et al.*, 2024).

Diante da problemática exposta, surgem questionamentos sobre o impacto observado pela pandemia da COVID-19 quanto ao agravamento da saúde mental dos pacientes que já possuíam algum tipo de transtorno mental, bem como a questão dos possíveis fatores sociodemográficos, condições clínicas e hábitos de vida que poderiam estar associados a piores desfechos nesse grupo de indivíduos. Ademais, tais reflexões e estudos se fazem importantes, já que conforme corrobora Fiorillo; Gorwood (2020), as preocupações, momentos de solidão, as consequências das medidas de contenção e psicossociais da pandemia perdurarão por um longo período na sociedade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Esquizofrenia

Segundo a OMS, a esquizofrenia, por definição, é um transtorno mental grave que causa psicose e está associada a disfunções de caráter social, pessoal, familiar, entre outros; devido a incapacidades em diversas áreas da vida, percepção distorcida da realidade e mudanças comportamentais. Em adição a isso, é usual a presença do estigma e discriminação (WHO, 2022c).

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5), da *American Psychiatric Association* (APA) (2014), o espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos engloba uma série de transtornos com classificações que compreendem do F21 ao F29, da Classificação Internacional de Doenças (CID). A esquizofrenia pode ser definida como um conjunto distinto de sintomas que compõe, desse modo, uma síndrome; tais sintomas podem ser positivos, negativos, desorganizados e/ou cognitivos (Kahn *et al.*, 2015). De maneira geral, baseia-se em uma distorção pelo indivíduo, entre a realidade e a ficção e pode ser caracterizada pela presença de alucinações e delírios (APA, 2014; Victor, 2021).

A pessoa com esquizofrenia normalmente apresenta uma vida com alterações em diversas áreas, quais sejam pessoais ou sociais, haja vista a presença do embotamento afetivo dentre os principais sintomas (APA 2014; WHO, 2022c). Parte dos indivíduos com esquizofrenia consegue conduzir a vida de uma maneira funcional, entretanto, outra parte é substancialmente afetada no decorrer do tratamento (Marder; Cannon, 2019).

2.2 Dados epidemiológicos

De acordo com o Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (*Institute For Health Metrics and Evaluation* - IHME), a incidência mundial de esquizofrenia é 1,29 casos e a prevalência 23,6 casos a cada um milhão de pessoas (IHME, 2019). No Brasil, o número de pessoas afetadas (casos) pela esquizofrenia é de aproximadamente 1,6

milhões de brasileiros (Victor, 2021). Destaca-se uma observação encontrada por Charlson *et al.* (2016), na qual através de uma revisão sistemática com 129 fontes, foi encontrado que a contribuição da esquizofrenia para os anos vividos com incapacidade – YLD (do inglês *Years Lived with Disability*) é de aproximadamente 2 em 100 para a carga global de doenças (referente a 333 doenças e lesões), em 2016. Esse indicador é um importante preditor para os gestores na proposição de políticas de saúde em cenários não só de estudo do envelhecimento e transição demográfica, mas também relacionados à qualidade de vida (Bonadiman, 2020). Além disso, é reportado na literatura que a contribuição da esquizofrenia para os anos de vida ajustados por incapacidade DALY (do inglês *Disability-Adjusted Life Years*) aumentou 0,25% ao comparar os anos 2019 e 1990, dentre 369 doenças e lesões (Li *et al.*, 2023). O valor de DALY para esquizofrenia ocupa, portanto, o terceiro maior índice, sendo menor apenas do que as medidas para ansiedade e depressão (Li *et al.*, 2023).

Segundo dados da literatura, estima-se que a incidência da esquizofrenia seja maior em torno da faixa etária de início dos 20 anos (Kirkbride *et al.*, 2012). Estima-se que a faixa etária com maior prevalência de acometimento pela esquizofrenia está entre 30 e 40 anos, entretanto, não foram observadas diferenças entre os sexos (Charlson *et al.* 2016). Diferenças entre os sexos podem ser observadas com início da esquizofrenia mais tardio em mulheres e com melhor funcionamento pré-mórbido, ou seja, capacidade funcional anterior ao diagnóstico, quando comparadas aos homens. Além disso, há diferenças na gravidade dos sintomas negativos, que são menos graves entre as mulheres (Giordano *et al.*, 2021).

Além disso, pessoas com esquizofrenia têm uma expectativa de vida entre 19,0% e 31,0% a menos do que a população em geral, de acordo com uma reunião de estudos analisados por Laursen; Nordentoft; Mortensen (2014), mas tem aumentado nos últimos anos (Cohen; Meesters; Zhao, 2015). Com relação à incapacidade, a esquizofrenia é considerada altamente incapacitante, representando uma entre as quinze maiores causas a nível mundial (Akinsulore *et al.*, 2015; Charlson *et al.* 2016; Fakorede; Ogunwale; Akinhanmi, 2022; Vos *et al.*, 2017; Murray; Lopes, 1990).

Com relação às intervenções com medicamentos antipsicóticos e psicossociais, estudos mostram resultados importantes relativos aos sintomas e capacidade

funcional, sendo observada remissão da funcionalidade e dos sintomas em aproximadamente 45,4% e 60,3%, respectivamente (Lambert *et al.*, 2008; Marder; Cannon, 2019).

2.3 Organização da Assistência Farmacêutica no Brasil

Na Carta Magna, de 1946, promulgada pela OMS, o conceito de saúde está definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental, social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, p. 1). Além disso, a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) prevê que saúde e bem-estar devem fazer parte do modelo de vida de todos os seres humanos (ONU, 1948).

Segundo a Constituição Federal brasileira, a garantia da saúde é um direito de toda a população e também é um dever do Estado (BRASIL, 1988). Para contribuir com o cumprimento dessas premissas, surgem diversas políticas, dentre as quais a Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998, no âmbito da saúde em geral, inclusive a saúde mental.

No PNM foram estabelecidas algumas diretrizes, das quais podemos destacar a reorientação da assistência farmacêutica. Um dos principais objetivos dessa reorientação é a promoção do acesso aos medicamentos essenciais pela população e um dos seus fundamentos trata da distribuição eficaz desses medicamentos (Brasil, 1998).

Para a garantia desse pressuposto, na PNM estão estabelecidas as prioridades, as responsabilidades para as três esferas governamentais e os critérios de acompanhamento e avaliação (Brasil, 1998). Regulamentado pela Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, o financiamento dos recursos federais destinados a saúde é dado por blocos de financiamento (Brasil, 2017b). Dentro do bloco da assistência farmacêutica, subdivide-se: componentes básico, estratégico e especializado, ou de medicamentos de dispensação excepcional (Brasil, 2017b). O acesso a medicamentos para o manejo da esquizofrenia se dá através do componente básico e do componente especializado da assistência farmacêutica (Brasil, 2022).

2.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica tem suas diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, na qual estão descritas todas as normas que envolvem o financiamento e a execução do componente (Brasil, 2013b). Dentro da PNM o componente básico é destinado à promoção do acesso da população aos medicamentos para tratamento dos principais agravos dentro da atenção básica à saúde (Brasil, 2013b).

Os medicamentos contemplados estão dispostos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Sistema Único de Saúde (SUS) e o repasse orçamentário se dá por responsabilidade solidária entre os três entes federativos (Brasil, 2017b, 2022).

2.3.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

Dentre as estratégias do SUS para promover e garantir o acesso a medicamentos, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, foi criado o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2009). Esse componente pertence aos três componentes da Assistência farmacêutica: básico, estratégico e especializado (Brasil, 2017b). Atualmente, o CEAF é regulamentado conforme disposto nas Portarias vigentes nº 2 e 6 de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017a, 2017b).

Isso posto, os medicamentos que são contemplados pelo CEAF estão relacionados de acordo com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) e a execução do acesso a determinado tratamento é composta pelas etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação. Nos PCDTs também estão descritos todos os critérios para a execução do CEAF, bem como os documentos preconizados para a comprovação da necessidade do uso de um determinado medicamento presente na lista do componente (Brasil, 2013a, 2013c).

Os medicamentos tratados pela Portaria são divididos nos seguintes três grupos: Grupo 1, sendo pertencentes aqueles que possuem financiamento de incumbência do Ministério da Saúde; Grupo 2, formado por aqueles medicamentos cuja responsabilidade está a nível estadual e Distrito Federal e; Grupo 3, do qual fazem parte os medicamentos sob responsabilidade da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e municipal, a partir da etapa de aquisição. Para a definição dos grupos, também são considerados aspectos como complexidade, intolerância e refratariedade no tratamento das doenças, integralidade do cuidado, equilíbrio financeiro do sistema de saúde, entre outros (Brasil, 2013a, 2017b).

2.4 Tratamento farmacológico da esquizofrenia

O tratamento medicamentoso da esquizofrenia no Brasil disponibilizado pelo SUS é realizado com antipsicóticos. Por meio do componente básico são oportunizados os antipsicóticos de primeira geração (típicos): haloperidol comprimido de 1 e 5 mg e solução oral 2 mg/mL, decanoato de haloperidol solução injetável 50 mg/mL, clorpromazina comprimidos de 25 e 100 mg e solução oral de 40 mg/mL (Brasil, 2013c, 2022).

Existem também os antipsicóticos atípicos, conforme preconiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Essa oferta se dá por meio da implementação pelo CEAF. Fazem parte deste componente os medicamentos: risperidona comprimidos de 1, 2 e 3 mg, quetiapina comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg, ziprasidona cápsulas de 40 e 80 mg, olanzapina comprimidos de 5 e 10 mg e, para casos de refratariedade, clozapina comprimidos de 25 e 100 mg (Brasil, 2013c, 2022).

2.5 Conceituação e considerações sobre ansiedade, depressão e estresse

Apesar da ansiedade em níveis aceitáveis constituir uma emoção fisiológica, ou seja, natural do corpo humano, que permite antecipar ameaças iminentes, uma exacerbação dessa condição em patamares desproporcionais pode acarretar em prejuízos para a vida diária, o que configura os transtornos de ansiedade (Araujo, 2011).

Segundo a OMS, os transtornos de ansiedade podem ser definidos por demasiado medo e preocupação e alterações de comportamento relacionadas (WHO, 2022a). De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5), da *American Psychiatric Association* (2014), os transtornos de ansiedade podem ser definidos como um conjunto de transtornos que envolvem medos, ansiedade e perturbações; sendo a ansiedade, por sua vez, uma resposta emocional à previsão de algum risco iminente ou desconforto.

Conceitualmente, os transtornos depressivos são definidos como humor deprimido e alterações no desejo de realizar atividades que perduram ao menos a maior parte do dia (WHO, 2022a). O DSM-5, por sua vez, define os transtornos depressivos como um grupo de diversos transtornos com característica proeminente de humor com variações, por exemplo, o humor triste, e alterações que trazem prejuízos funcionais ao indivíduo (APA, 2014). O transtorno depressivo afeta negativamente diversas áreas da vida humana, incluindo as relações interpessoais e estima-se que a prevalência é de 3,8% no mundo. Dentre os casos, tem-se que 5 em cada 100 indivíduos sejam adultos (WHO, 2023).

Em paralelo a isso, os transtornos relacionados a trauma e a estressores incluem um conjunto de transtornos, como o transtorno de estresse pós-traumático, que ocorre com o aparecimento de uma série de sintomas associados, em sua maioria, a medo e ansiedade após a exposição a um evento de natureza traumática, sendo assim transtornos capazes de influenciar a qualidade de vida (APA, 2014; Emygdio *et al.*, 2019).

Embora a definição de qualidade de vida englobe uma série de termos e domínios que abrangem várias esferas na vida humana e haja divergências entre autores, alguns exemplos de termos importantes para sua definição são: bem-estar, realização pessoal e estado funcional (Brandão; Nascimento; Vianna, 2009; Minayo; Hartz; Buss, 2000). Dentre as inúmeras definições, a qualidade de vida compreende uma medida de desfecho em serviços de saúde importante para contribuir com a promoção da saúde, conforme definida pela OMS (Carr; Thompson; Kirwan, 1996; WHO, 1946).

2.6 Saúde mental na pandemia da COVID-19

A doença COVID-19, causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), surgiu em dezembro de 2019 e rapidamente se espalhou pelo mundo, tornando-se uma pandemia (WHO, 2020). Entre os diversos impactos gerados pela COVID-19 na saúde da população que demandam preocupação dos órgãos e profissionais de saúde, destaca-se os impactos na saúde mental dos indivíduos (Hossain *et al.*, 2020).

Nesse contexto, Pérez-Cano *et al.* (2020) realizaram um estudo sobre o estado de ansiedade, depressão e estresse durante a pandemia da COVID-19 na população residente no México e observaram que quase metade dos indivíduos apresentava algum grau de ansiedade e depressão e menos de 30,0% apresentaram estresse. Outro estudo, desenvolvido na China, demonstrou através de maneira transversal, prevalências de 35,1% e 20,1% para transtorno de ansiedade generalizada e depressão, respectivamente, durante a pandemia pelo novo Coronavírus (Huang; Zhao, 2020).

Em indivíduos que já possuem transtornos psiquiátricos, há uma maior vulnerabilidade para a ocorrência de sintomas depressivos e de ansiedade, assim como estresse e maiores índices de autorrelato do impacto psicológico negativo em relação a amostras saudáveis, conforme observações de estudo conduzido na China (Hao *et al.*, 2020).

Em um estudo conduzido com 75 pacientes com transtornos psicóticos noruegueses, utilizando o instrumento *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4), para avaliação da saúde mental, dentre outras medições; foram observadas sensações de bem-estar e satisfação com a vida reduzidos, com piores desfechos na pandemia da COVID-19. Porém, os pacientes experienciaram um aumento nos índices de ansiedade, depressão, perda de prazer e pensamentos distorcidos, assim como aumento do consumo de álcool e drogas ilícitas (Barrett *et al.*, 2022).

Uma revisão de literatura, realizada por Shanbehzadeh *et al.* (2021), com 34 estudos incluídos, demonstrou que ansiedade (6,5% a 63,0%), depressão (4,0% a 31,0%) e estresse (12,1% a 46,9%) foram as disfunções mentais mais prevalentes em até três

meses pós COVID-19. Também foi observada uma degeneração dos cuidados habituais, atividades diárias e da qualidade de vida.

A depressão (18,3%, IC 95,0% 13,3–23,8) e o transtorno de estresse pós-traumático (17,9%, IC 95,0% 11,6–25,3) foram apontados como um dos principais sintomas psiquiátricos dentre as sequelas a longo prazo da COVID-19, por uma revisão sistemática com metanálise, conduzida por Zeng *et al.* (2023), que compreendeu 151 estudos.

Em outro estudo, realizado na China, pacientes pós-internação pela COVID-19 apresentaram como consequências, quando comparados a controles saudáveis, maiores incidências de sintomas de depressão (32,2%) e ansiedade (33,3%) e redução na qualidade de vida psicológica (81,1%). As maiores incidências foram observadas para o sexo feminino (Hu *et al.*, 2021). Outro estudo realizado por Hasan *et al.* (2021) encontrou significativas prevalências de ansiedade (57,7%) e depressão (87,3%).

Alguns estudos sugerem uma exacerbação e até reaparecimento de sintomas dos transtornos psicóticos durante a pandemia, em pacientes com doenças mentais graves (Barrett *et al.*, 2022; Muruganandam *et al.*, 2020). Segundo Hofer *et al.* (2022), por meio de um estudo longitudinal durante a pandemia, realizado na Áustria e Itália, pacientes com doença mental grave (n=115) apresentaram maiores escores de depressão e psicoticismo quando comparados a controles saudáveis.

Cabe mencionar, também, que a COVID-19 pode estar associada à ocorrência do início de transtornos psicóticos em indivíduos anteriormente saudáveis, conforme achados da revisão de literatura conduzida por Łóś; Kulikowska; Waszkiewicz (2022), em que foram incluídos 5 estudos de coorte e 13 relatos de casos, sendo utilizados estudos publicados entre 2020 e o ano de publicação do referido artigo.

Além disso, pacientes com transtornos psicóticos que foram internados durante o isolamento, eram mais jovens quando comparados ao período anterior ao isolamento ($p < 0,05$), endossando mais uma das consequências da pandemia para a saúde mental. No entanto, houve uma redução de 29,76% ($p < 0,0001$) no número total de

internações ao comparar o período anterior e posterior ao confinamento. São prováveis explicações: relutância dos pacientes à hospitalização por medo após a pandemia e restrições nos critérios de admissão psiquiátrica (Dionisie, *et al.*, 2022).

2.7 Instrumentos para avaliação de sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e qualidade de vida relacionada a saúde

Na área de estudo e avaliação da depressão, encontram-se, na literatura, diversos instrumentos e escalas disponíveis aos profissionais, sendo exemplos: *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS ou HAM-D), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), e o *Beck Depression Inventory* (BDI), *Center for Epidemiological Studies Depression* (CES-D), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Aros; Yoshida, 2009; Baptista; Borges, 2016).

Um dos instrumentos utilizados na clínica para a avaliação de sintomas de depressão no contexto pandêmico foi o *Patient Health Questionnaire-9* (Questionário de Saúde do Paciente-9) – PHQ-9, que se trata de um instrumento derivado do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), para detectar e medir depressão e sua gravidade em indivíduos (Moura *et al.*, 2022; Smarr; Keefer, 2011).

O PHQ-9 pode ser definido como um teste de rastreamento/triagem, no qual a leitura de seus resultados é feita por uma escala utilizada em diversos países e que foi validada para aplicação na população brasileira por Santos *et al.* (2013) para o rastreamento de episódio depressivo maior, com sensibilidade de 77,5% (61,5-89,2) e especificidade de 86,7% (83,0-89,9) (Van Hees *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017).

Com relação à avaliação de pacientes quanto a sintomas de ansiedade, alguns instrumentos descritos na literatura são: *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A); *State Trait Anxiety Inventory* (IDATE); *Social Phobia Inventory* (SPIN) (Vanzeler, 2020).

Outro instrumento que tem sido amplamente utilizado é o *Generalized Anxiety Disorder 7-item scale* – Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7 (GAD-7) (Moreno *et al.*, 2016). O GAD-7 foi validado para a população brasileira e apresentou boa

evidência de confiabilidade (coeficiente alfa de Cronbach - $\alpha = 0,916$; rho coeficiente de confiabilidade composta - $\rho = 0,909$) (Moreno *et al.*, 2016).

Em se tratando da qualidade de vida, alguns instrumentos utilizados na avaliação dos pacientes são: *Sickness Impact Profile* (SIP), *Nottingham Health Profile* (NHP), *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS), *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) e *Munich Quality of Life Dimensions List* (MLDL) (Franke *et al.*, 2000; Neto; Ferreira, 2003).

Na Avaliação da Qualidade de Vida relacionada a saúde (QVRS), um instrumento extremamente útil é o EQ-5D-3L, visto que possui uma vasta aplicabilidade, podendo ser utilizado em estudos econômicos, clínicos, populacionais, em diversas áreas da saúde e para uma gama de doenças (EuroQol, 2018). Desenvolvido na década de 90, pelo grupo EuroQol, como uma versão derivada do EQ-5D, esse instrumento é validado nacionalmente, possui boa capacidade discriminatória para avaliações de indicadores em saúde e sociodemográficos e é adequado para aplicações por inquéritos telefônicos (EuroQol, 1990; Menezes *et al.*, 2015, Santos *et al.*, 2016; Shahedifar *et al.*, 2022).

Os instrumentos GAD-7 e PHQ-9 e/ou suas variações já foram utilizados para avaliação da saúde mental de indivíduos antes e durante a pandemia da COVID-19 em diversos estudos com aplicações tanto por questionário *online* quando por contato telefônico, devido as vantagens como adequação, leveza, facilidade de aplicação, tamanho relativamente curto, acessibilidade, entre outros (Hasan *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2020b, Zhao *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Realizar uma avaliação comparativa da QVRS, sintomas depressivos e sintomas de ansiedade em pacientes com esquizofrenia em relação à população geral durante a pandemia da COVID-19.

3.2 Objetivos específicos

- a) Comparar o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental dos pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos à população geral.
- b) Comparar a qualidade de vida, os sintomas depressivos e de ansiedade entre pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos e a população geral durante a pandemia da COVID-19.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

O estudo é parte do *SCHizophrenia Economics and Effectiveness Assessment* (SCHEEA Project) - Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia. Trata-se de um projeto desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais. O Projeto SCHEEA tem como objeto avaliar aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia, sendo uma coorte prospectiva, aberta, constituída por entrevistas presencial e remotas, conduzidas com pacientes atendidos em uma farmácia estadual do CEAF, que dispensa antipsicóticos atípicos no âmbito do SUS, localizada em Minas Gerais (MG) (SCHEEA, 2018).

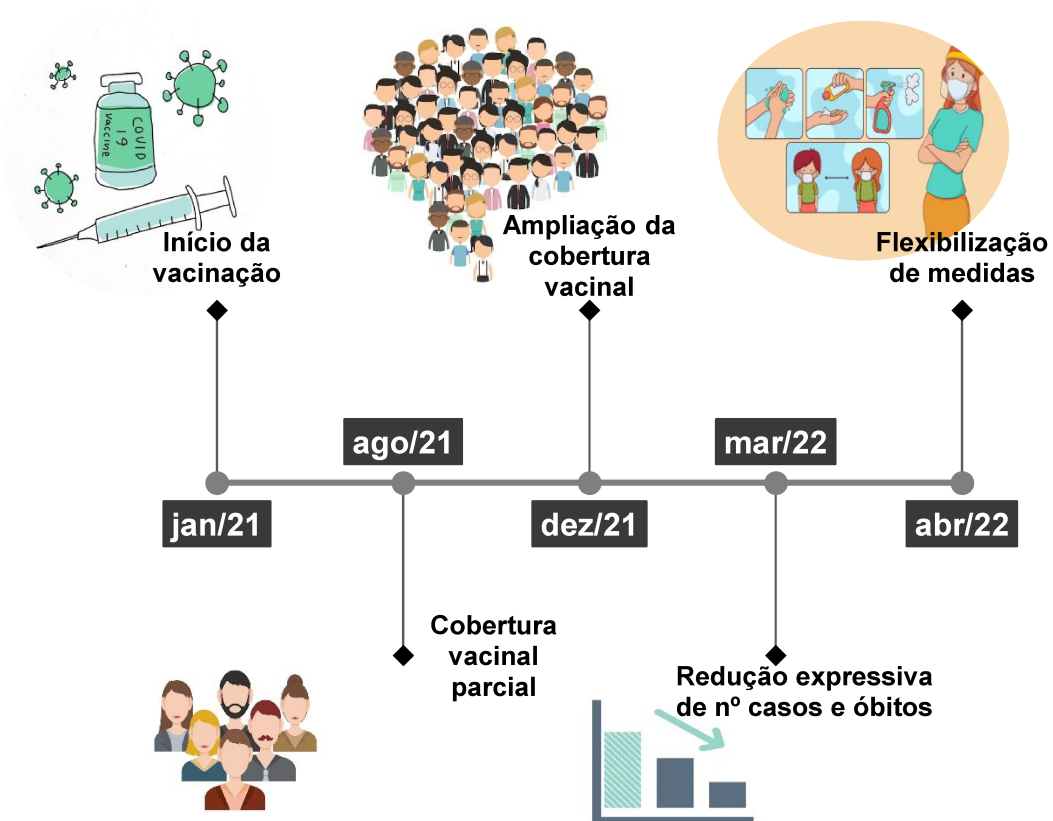
A coorte foi dividida em ondas, sendo uma coleta presencial e quatro ondas de inquéritos telefônicos. A coleta presencial ou entrevista basal ocorreu entre 09/2017 e 02/2018. Já a primeira, entre 01/2018 e 09/2018; a segunda entre 04/2018 e 05/2019; a terceira 01/2020 e 11/2020; e, a quarta, que compõe o presente estudo, entre agosto de 2021 e março de 2022.

4.1.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, comparativo, realizado com pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos obtidos pelo SUS, durante a pandemia da COVID-19, no período compreendido entre agosto/2021 e março/2022. O período próximo e de realização do estudo (Figura 1) pode ser caracterizado como um momento único e paradigmático em saúde pública vivenciado no Brasil, composto por várias fases marcantes no contexto pandêmico, tais como: início da vacinação em 17/01/2021, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2022); cobertura vacinal de 50% da população com pelo menos uma dose e 22% com esquema completo em agosto/2021; cobertura vacinal de 80% da população com duas doses em dezembro/2021 (Portal do Butantan, 2021); melhora no cenário epidemiológico com redução de média de casos e óbitos nas últimas 24 horas analisadas em março/2022 (Ministério da Saúde, 2022b); flexibilização das medidas

de prevenção e controle da COVID-19, possivelmente devido aos resultados vacinais em abril/2022 (Ministério da Saúde, 2022a).

Figura 1 – Marcos temporais da pandemia da COVID-19



Fonte: Adaptado de Anvisa (2022); Freep!k [2024?]; Ministério da Saúde (2022a, 2022b); Portal do Butantan (2021).

A população com esquizofrenia foi composta por pacientes atendidos na farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser residente em Minas Gerais. As entrevistas

foram realizadas por contato telefônico, diretamente com o paciente e, quando não foi possível, com os cuidadores, com duração média entre 15 e 20 minutos cada.

Considerou-se para comparação à população geral, composta por indivíduos maiores de 18 anos, residentes no estado de Minas Gerais. Minas Gerais é um estado do Brasil, localizado na região Sudeste, que possui cerca de 20 milhões de habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022a, 2023a). Está localizado geograficamente próximo ao centro do Brasil, tem o maior número de municípios do país, possui uma das três maiores participações sobre o Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (857.593 reais) e ocupa a terceira posição nacional quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), igual a 0,774 (IBGE, 2021, 2022a, 2022c, 2023a, 2023b). Desse modo, considera-se MG um estado bastante representativo nacionalmente. As entrevistas foram autoaplicáveis por meio de um questionário disponibilizado através de mídias virtuais. Portanto, a pesquisa teve caráter exploratório e a amostra não probabilística foi gerada pelo método bola de neve (Vinuto, 2014), no qual o questionário foi ofertado aos participantes através de mídias sociais: WhatsApp, Instagram, Facebook, e-mails, canais de comunicação da Universidade, entre outros.

O método de amostragem bola de neve apresenta vantagens, tais como a facilidade de execução e aplicação em populações de difícil acesso, sendo útil ao presente estudo por causa das restrições sociais implementadas devido ao período pandêmico, que limitavam inquéritos presenciais (Heckathorn, 2011).

4.1.2 Cálculo amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra da população geral, foi utilizada a metodologia para estimação de proporções para populações infinitas (Bolfarine; Bussab, 2005), considerando inicialmente uma prevalência de 50% de sintomas depressivos, de ansiedade e de perda da QVRS (considerada como o pior cenário hipotético na estimação estatística), um intervalo de confiança de 95%, na qual o tamanho amostral é dado por $n = \frac{1}{E^2}$, onde E é a margem de erro. Considerando uma margem de erro de 3% (E=0,03), o tamanho amostral ideal é de 1111 pacientes. Entretanto, o número

de entrevistas obtidas foi de 268, o que, nas condições acima, gera uma margem de erro de 6,1%.

Com relação ao tamanho da amostra dos pacientes com esquizofrenia foi adotado o cálculo realizado previamente no início da coorte do projeto SCHEEA. Na ocasião, o tamanho da amostra foi calculado para comparar a QVRS entre pacientes tratados com diferentes medicamentos. Em média, 5.800 pacientes faziam uso dos medicamentos selecionados na farmácia do CEAF por mês (conforme médias de junho e julho de 2017). O desfecho primário do estudo em questão era o escore de utilidade EQ-5D-3L, que varia de 0 a 1. Como 0 está relacionado à morte e 1 à melhor saúde, a amplitude foi considerada 0,9 (variação de 0,05 a 0,95). Considerando 6 desvios padrão (DP) (com distribuição normal), o DP da amostra foi de 0,15 (0,9/6). Esperava-se detectar uma diferença mínima entre os valores médios de utilidade entre os tratamentos de pelo menos 0,1, com nível de significância de 5% e poder de 90%. Usando análise de variância (ANOVA), foi calculado $n=71$ pacientes por tipo de tratamento.

4.1.3 Seleção dos pacientes e coleta de dados

O recrutamento na população geral e as entrevistas com os pacientes com esquizofrenia atendidos pelo CEAF foram realizados de duas maneiras. Foram selecionados os indivíduos com esquizofrenia participantes das ondas anteriores do projeto SCHEEA. Utilizaram-se os contatos telefônicos presentes em um banco de dados atualizado de usuários de antipsicóticos atípicos atendidos no CEAF, fornecido pela SES-MG. Eles foram convidados a participar da pesquisa por telefone. Caso aceitassem, a entrevista era conduzida pelo entrevistador. Foi considerada anuência verbal e todos receberam a cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A segunda forma de recrutamento foi a divulgação de um questionário semiestruturado para a população geral através das mídias sociais (canais da comunicação da Universidade, e-mail, WhatsApp, redes sociais, entre outros), no qual os convidados a participarem inicialmente veiculam o questionário a outros indivíduos

e assim sucessivamente. No corpo do questionário foi disponibilizado o TCLE para leitura e anuência dos participantes, antes do início da pesquisa.

4.1.4 Instrumentos de coleta de dados

Foi empregado um questionário semiestruturado (APÊNDICE C) contendo questões sobre medicamentos utilizados, dados relacionados à pandemia da COVID-19, uma pergunta qualitativa e três instrumentos de avaliação de qualidade de vida, depressão e ansiedade (Instrumento EQ-5D-3L, *Patient Health Questionnaire-9* – PHQ-9 e *Generalized Anxiety Disorder - GAD-7*). As questões relacionadas à pandemia da COVID-19 foram formuladas com base nas variáveis/questões pré-formuladas mais pertinentes encontrados na literatura referentes ao tema, com adaptações pela equipe de pesquisadores do projeto SCHEEA (Alkhamees *et al.*, 2020; Gee *et al.*, 2020; Guo *et al.*, 2020; Hao *et al.*, 2020; Hossain; Sultana; Purohit, 2020; Lei *et al.*, 2020; Razai *et al.*, 2020; Solé *et al.*, 2021; Sun *et al.*, 2020; Tan *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020a; Wang *et al.*, 2020b).

4.1.4.1 *Generalized Anxiety Disorder 7-item scale – Transtorno de Ansiedade Generalizada - 7 (GAD-7)*

O instrumento GAD-7 (ANEXO A) foi utilizado para a avaliação de sintomas de ansiedade generalizada. É um instrumento composto por sete itens, no qual os participantes descrevem a frequência com a qual vivenciam cada uma das afirmações, em uma escala de 4 pontos (0-nenhuma vez, 1- vários dias, 2- mais da metade dos dias, 3-quase todos os dias) (Moreno *et al.*, 2016). A interpretação da escala é dada numa variação de 0 a 21 pontos, sendo o ponto de corte adotado na literatura para a presença de sintomas de ansiedade ≥ 10 , o mesmo que será utilizado nesse estudo (Civantos *et al.*, 2020; Choi; Hui; Wan, 2020; Kantor, B.; Kantor, J., 2020).

4.1.4.2 *Patient Health Questionnaire-9 (Questionário de Saúde do Paciente-9) - PHQ-9*

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizado o PHQ-9 (ANEXO B). Esse instrumento é constituído por uma escala com 4 pontos, no qual cada item é avaliado pelos respondentes com base em sua gravidade (0- nenhuma vez, 1- vários dias, 2- mais da metade dos dias ou 4 – quase todos os dias). Possui uma faixa de classificação no intervalo de 0 e 27, que é interpretada da seguinte maneira: sem depressão (0-4), depressão leve (5-9), depressão moderada (10-14), depressão moderadamente grave (15-19) e depressão severa (20-27) (Smarr; Keefer, 2011).

Na literatura, para esta escala, está sendo empregado um ponto de corte ≥ 9 (Van Hees *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017).

4.1.4.3 Instrumento EQ-5D-3L

O instrumento EQ-5D-3L (ANEXO C) foi empregado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, abordando as seguintes dimensões em sua medida qualitativa: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal estar e ansiedade/depressão. Essas dimensões são categorizadas por autorreferência dos participantes em um dos três níveis: sem problemas (1), alguns problemas (2) e problemas extremos (3) (EuroQol, 1990).

Dado o período pandêmico do estudo, caracterizado por restrições de contato, foi necessária à coleta remota dos dados via contato telefônico e mídias sociais. Essa condição restringiu a escolha dos instrumentos para aqueles não só robustos, mas também validados para aplicação remota e, para tais métodos de aplicação, as respostas podem sofrer influência involuntária do entrevistador durante a coleta. Para mitigar os efeitos do papel do entrevistador, foram feitas simulações prévias da entrevista com os integrantes do grupo de pesquisa e indivíduos saudáveis, de modo a padronizar e otimizar o modo de aplicação. Essa adaptação metodológica é importante para garantir a qualidade dos dados ao contribuir para aumentar a consistência e a confiabilidade e minimizar possíveis vieses introduzidos durante a entrevista, especialmente diante das restrições impostas pela pandemia.

4.1.5 Variáveis

4.1.5.1 Variáveis dependentes

Foram definidas as seguintes três variáveis qualitativas: sintomas depressivos, sintomas de ansiedade (escores para ambos sumarizados da seguinte maneira: 0-4 nenhuma ansiedade ou depressão, 5-9 leve, 10-14 moderado, 15-19 moderadamente grave, 20-27 grave) (Kroenke; Spitzer, 2002 *apud* PHQ Screeners [2023?]) e QVRS (baseado na pontuação das - sem problemas (1), alguns problemas (2) e problemas extremos (3) - o somatório gera um escore, sendo que quanto maior o escore, pior o desfecho em QVRS). Além disso, estas três variáveis foram definidas como quantitativas, pois também foram utilizadas em seus escores originais.

4.1.5.2 Variáveis independentes

Foram definidas as seguintes variáveis sociodemográficas para o estudo: faixa etária (18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e 70 ou mais anos), sexo (feminino ou masculino), estado civil (solteiro(a), casado/União estável, viúvo(a), separado/divorciado ou não respondeu), escolaridade (sem instrução ou ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, ensino médio completo ou ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação completo ou pós-graduação incompleto, não sabe ou não respondeu), cor de pele/raça (amarela, branca indígena, parda, preta ou não respondeu), ocupação (empregado, aposentado(a), trabalhador autônomo, estudante/estagiário, desempregado, afastado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (recebe auxílio-doença), pensionista ou não respondeu), renda [nenhuma renda; até 1 (< R\$ 1.100,00), de 1 a 3 (R\$ 1.100,01 a R\$ 3.300,00), de 3 a 6 (R\$ 3.300,01 a R\$ 6.600,00), de 6 a 9 (R\$ 6.600,01 a R\$ 9.900,00), de 9 a 12 (R\$ 9.900,01 a R\$ 13.200,00) e acima de 12 salários mínimos (> R\$ 13.200,00); não sabe ou não respondeu] e alteração de renda nos últimos 6 meses (sim, aumento; sim, redução; não houve alteração, sem renda, não sabe ou não respondeu).

As variáveis relacionadas a condições clínicas e hábitos foram as seguintes: COVID-19 atual (à época do estudo, a saber no período entre agosto/2021 e março/2022) (sim, não, talvez ou não sabe), COVID-19 recente (sim; não ou não sabe), sintomas físicos recentes (sem sintomas físicos, pelo menos um dos sintomas físicos ou não

respondeu), internação (não; sim, devido à COVID-19; sim, por outros motivos; sim, por motivos psiquiátricos ou não respondeu), familiares/pessoas próximas com COVID-19 (sim, não, não tem certeza ou não sabe), isolamento (sim, não ou não respondeu), medidas de proteção (uso de máscaras, lavagem das mãos com água e sabão, uso de álcool em gel, se evitou aglomerações), com as divisões: sempre, a maior parte do tempo, ocasionalmente, as vezes ou nunca; uso de álcool (sim, não ou não respondeu), cigarro (sim, não ou não respondeu), drogas ilícitas (sim, não ou não respondeu) e prática de atividades físicas (sim, não ou não respondeu) e, por último, a alteração do consumo de álcool, cigarro e drogas ilícitas, assim como da prática de atividades físicas nos últimos seis meses (com as divisões para ambas: inalterado, aumentou, diminuiu, interrompeu durante a pandemia, iniciou durante a pandemia, não se aplica ou não respondeu).

4.2 Análise estatística

A análise estatística foi realizada, inicialmente, com distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas foram calculados os valores de média, DP, mediana, Q1 (primeiro quartil), Q3 (quartil 3) e frequências absolutas e relativas para cada categoria.

Foram apresentados histogramas e ogivas da frequência empírica acumulada para a comparação dos escores de qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão entre as categorias das variáveis independentes. Para testar a normalidade, foi adotado o teste Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors. Para análise das variáveis qualitativas qualidade de vida, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão foram utilizados os testes T-Student, Mann-Whitney e o teste qui-Quadrado. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação entre medianas.

Na análise univariada da associação das variáveis independentes com cada uma das variáveis dependentes qualitativas, para comparação entre a população com esquizofrenia e geral, foi adotado o teste qui-Quadrado, com aplicação do teste exato de Fisher e do teste qui-Quadrado com valor-p calculado por simulação de Monte Carlo para os casos com frequências esperadas menores ou iguais a cinco. O teste de normalidade indicou que os dados experimentais não apresentam distribuição

normal. No entanto, considerou-se os testes paramétricos devido ao tamanho amostral.

Para avaliar como as variáveis independentes contribuem juntas para explicar a variação nos escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão, foi realizada a regressão linear múltipla. Foi adotado valor $p < 0,05$ para significância estatística e intervalo de confiança de 95,0% (IC 95,0%).

No processo de obtenção do modelo final de regressão linear múltipla, consideraram-se como as variáveis respostas, os escores de qualidade de vida, de sintomas de ansiedade e de sintomas de depressão. Inicialmente, foram incluídas todas as variáveis independentes. Posteriormente, as variáveis não significativas foram removidas gradualmente, resultando no modelo final composto pelas variáveis explicativas apresentadas na Tabela 4 na seção de resultados.

Para interpretação dos dados, escores mais altos de ansiedade, depressão e do EQ-5D-3L indicam piores desfechos em cada uma das variáveis.

Para as análises estatísticas e confecção das tabelas e gráficos foi empregado o Software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20, o Software estatístico RStudio e o Microsoft Excel 2019 Versão 2308.

4.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa “Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia” da Universidade Federal de Minas Gerais obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob os pareceres nº 1.691.265 (aprovação original) e 4.807.908 (emenda) para o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 57420616.9.0000.5149 (APÊNDICE B), tendo recebido apoio financeiro indireto da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A condução do estudo se deu após o esclarecimento aos participantes de informações sobre o estudo, objetivos, responsáveis e sigilo das informações, com posterior anuência dos participantes em assinarem o TCLE. O envio do TCLE para os pacientes com esquizofrenia se deu por e-mail ou pelos correios, de acordo com a preferência de cada participante. A população geral recebeu a cópia via e-mail. As legislações brasileiras foram atendidas, a saber as Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria Nº 2.201/11 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (Brasil, 2011a; 2011b, 2012).

5 RESULTADOS

5.1 Características da amostra

O presente estudo incluiu 133 pacientes com esquizofrenia e 268 indivíduos da população geral que preencheram os critérios de elegibilidade. A faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos em ambos os grupos (26,5% na população geral e 43,9% nos pacientes com esquizofrenia), com predomínio de mulheres. Em relação ao estado civil, a maioria dos indivíduos da população geral era casada ou em união estável (52,6%), enquanto na amostra com esquizofrenia predominavam os solteiros (60,2%). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes em ambas as amostras possuía ensino médio completo ou ensino superior incompleto (Tabela 1).

Grande parte da amostra da população geral e dos pacientes com esquizofrenia se autodeclarou parda (42,2% e 47,4%, respectivamente). Quanto à ocupação, observa-se proporções bastante diferentes entre os grupos: a população geral apresentou 54,9% de empregados e a amostra com esquizofrenia apresentou 10,5%; já em relação aos aposentados, eram 13,1% na população geral, enquanto que representavam 28,6% dos pacientes com esquizofrenia; os desempregados eram 6,3% na população geral, enquanto que representavam 27,8% dos pacientes com esquizofrenia. Quanto à renda, a maior parte da população geral (26,9%) declarou possuir entre 3 e 6 salários mínimos. Já na amostra de pacientes com esquizofrenia, a maioria declarou receber entre 1 e 3 salários mínimos (37,6%). E, por último, na amostra da população geral grande parte dos respondentes declarou ter havido redução em sua renda (40,3%) ou não ter havido alteração (39,2%). Já na amostra de pacientes com esquizofrenia, a maior parte relatou ausência de alteração (62,4%) (Tabela 1).

Na Tabela 1 verifica-se que há diferenças ($p < 0,05$) entre os grupos (população geral e pacientes com esquizofrenia) com relação as seguintes variáveis independentes: faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, renda e alteração de renda nos últimos seis meses.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022

Variáveis	Categorias	População geral (N=268)		População com esquizofrenia (N=133)		Valor-p
		N	%	N	%	
Faixa etária	18 a 29 anos	54	20,1	2	1,5	<0,001
	30 a 39 anos	55	20,5	26	19,7	
	40 a 49 anos	71	26,5	58	43,9	
	50 a 59 anos	47	17,5	22	16,7	
	60 a 69 anos	31	11,6	15	11,4	
	70 ou mais	10	3,7	9	6,8	
Sexo	Feminino	163	60,8	74	55,6	0,399
	Masculino	105	39,2	59	44,4	
Estado civil	Solteiro(a)	95	35,4	80	60,2	<0,001
	Casado(a)/União estável	141	52,6	37	27,8	
	Viúvo(a)	5	1,9	5	3,8	
	Separado(a)/Divorciado(a)	25	9,3	11	8,3	
	Não respondeu	2	0,7	0	0,0	
Escolaridade	Sem instrução ou ensino fundamental incompleto	11	4,1	32	24,1	<0,001
	Ensino fundamental completo ou médio incompleto	26	9,7	22	16,5	
	Ensino médio completo ou superior incompleto	99	36,9	55	41,4	
	Ensino superior completo	54	20,1	21	15,8	
	Pós-graduação incompleta ou completa	77	28,7	2	1,5	
	Não sabe	0	0,0	1	0,8	
	Não respondeu	1	0,4	0	0,0	
Cor de pele/raça	Amarela	7	2,6	1	0,8	0,821
	Branca	100	37,3	51	38,3	
	Indígena	0	0,0	1	0,8	
	Parda	113	42,2	63	47,4	
	Preta	39	14,6	16	12,0	
	Não sabe	4	1,5	1	0,8	
	Não respondeu	5	1,9	0	0,0	
Ocupação	Empregado(a)	147	54,9	14	10,5	<0,001
	Aposentado(a)	35	13,1	38	28,6	
	Trabalhador(a) autônomo(a)	33	12,3	7	5,3	
	Estudante/estagiário(a)	30	11,2	6	4,5	
	Desempregado(a)	17	6,3	37	27,8	
	Afastado(a) pelo INSS (recebe auxílio-doença)	2	0,7	25	18,8	
	Pensionista	2	0,7	6	4,5	
	Não respondeu	2	0,7	0	0,0	
Renda	Nenhuma renda	4	1,5	0	0,0	<0,001

	Até 1 salário mínimo	21	7,8	19	14,3	
	De 1 a 3 salários mínimos	68	25,4	50	37,6	
	De 3 a 6 salários mínimos	72	26,9	21	15,8	
	De 6 a 9 salários mínimos	33	12,3	2	1,5	
	De 9 a 12 salários mínimos	14	5,2	6	4,5	
	Acima de 12 salários mínimos	25	9,3	2	1,5	
	Não sabe	0	0,0	25	18,8	
	Não respondeu	31	11,6	8	6,0	
Alteração de renda nos últimos 6 meses	Sim, aumento	40	14,9	1	0,8	<0,001
	Sim, redução	108	40,3	41	30,8	
	Não houve alteração	105	39,2	83	62,4	
	Sem renda	4	1,5	0	0,0	
	Não sabe	0	0,0	7	5,3	
	Não respondeu	11	4,1	1	0,8	

Fonte: Elaboração da autora, com base no banco de dados da última onda do projeto Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia (SCHEEA, 2018).

Em relação às condições clínicas e hábitos de vida, a maioria dos participantes da população geral (95,1%) e da amostra de pacientes com esquizofrenia (98,5%) referiu não estar com COVID-19 no momento da resposta ao questionário. Entretanto, 40,3% da população geral e 14,3% dos pacientes com esquizofrenia relataram ter tido COVID-19 recente. Quanto à presença de sintomas físicos da COVID-19, 26,5% da amostra da população geral relatou ter apresentado pelo menos um sintoma, enquanto os 21,1% dos pacientes com esquizofrenia o relataram. No que se refere a internações, a maioria dos participantes relatou não ter sido internado, em ambas as amostras (91,8% e 91,7%, respectivamente) (Tabela 2).

Considerando as pessoas próximas (familiar/amigo/cuidador) ao participante do estudo que tiveram COVID-19 nos últimos 6 meses, na amostra da população geral a maioria relatou ter tido casos (79,5%). Em contraposição, na amostra de pacientes com esquizofrenia, grande parte (56,4%) relatou não ter tido nenhum contato próximo que apresentou a doença (Tabela 2).

Em relação ao isolamento, a maioria da amostra da população geral (56,3%) e dos pacientes com esquizofrenia (66,2%) relatou ter praticado. No que se refere às medidas protetivas (utilização de máscaras de proteção, lavagem das mãos com água e sabão, uso de álcool em gel e evitar aglomerações), a maioria dos respondentes em ambas as amostras referiu adotá-las sempre ou a maior parte do tempo (Tabela 2).

No que se refere aos hábitos, para a amostra da população geral a maioria dos indivíduos relatou não consumir álcool (49,6%), cigarro (89,2%) ou drogas ilícitas (96,3%), semelhante a amostra do CEAf: não consumo de álcool (89,5%); cigarro (74,4%) e drogas ilícitas (95,5%). Quanto às alterações desses hábitos, para os indivíduos que declaram fazer uso, a maior parte respondeu ter mantido o consumo inalterado durante a pandemia, em ambas as amostras. No entanto, observou-se resultados opostos para o uso de cigarro na população geral em que a maior parte relatou ter aumentado o consumo (4,9%) e para o consumo de drogas ilícitas, as quais, tanto na amostra da população geral (1,1%) quanto na população com esquizofrenia (3,0%) a maioria relatou aumento do consumo. Por fim, a maior parte da população geral (59,0%) e dos pacientes com esquizofrenia (66,9%) relatou não praticar exercícios físicos. Dentre os que praticavam, a maior parte em ambas as amostras relatou não ter modificado os hábitos. Ademais, 5,6% da população geral e 3,0% dos pacientes com esquizofrenia retratam ter iniciado a prática durante a pandemia (Tabela 2).

Tabela 2 – Condições clínicas e hábitos de vida de pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022

Variáveis	Categorias	População geral (N=268)		População com esquizofrenia (N=133)		Valor-p
		N	%	N	%	
Covid -19 atual	Sim	4	1,5	2	1,5	0,232
	Não	255	95,1	131	98,5	
	Talvez	4	1,5	0	0,0	
	Não sabe	5	1,9	0	0,0	
COVID-19 recente	Sim	108	40,3	19	14,3	<0,001
	Não	128	47,8	113	85,0	
	Não sabe	32	11,9	1	0,8	
Sintomas físicos recentes (*)	Sem sintomas físicos	89	33,2	86	64,7	<0,001
	Pelo menos um dos sintomas físicos	71	26,5	28	21,1	
	Não respondeu	108	40,3	19	14,3	
Internação	Não	246	91,8	122	91,7	0,006
	Sim, devido à COVID-19	3	1,1	2	1,5	
	Sim, por outros motivos	18	6,7	4	3,0	
	Sim, por problemas psiquiátricos	0	0,0	5	3,8	
	Não respondeu	1	0,4	0	0,0	
Alguém próximo com COVID-19 nos últimos 6 meses	Sim	213	79,5	58	43,6	<0,001
	Não	44	16,4	75	56,4	
	Não tem certeza	5	1,9	0	0,0	

	Não sabe	6	2,2	0	0,0	
Isolamento	Sim	151	56,3	88	66,2	0,143
	Não	111	41,4	44	33,1	
	Não respondeu	6	2,2	1	0,8	
Uso de máscaras de proteção	Sempre	103	38,4	101	75,9	<0,001
	A maior parte do tempo	117	43,7	11	8,3	
	Ocasionalmente	9	3,4	10	7,5	
	Às vezes	39	14,6	9	6,8	
	Nunca	0	0,0	2	1,5	
Lavagem das mãos com água e sabão	Sempre	159	59,3	99	74,4	<0,001
	A maior parte do tempo	74	27,6	13	9,8	
	Ocasionalmente	5	1,9	5	3,8	
	Às vezes	29	10,8	15	11,3	
	Nunca	1	0,4	1	0,8	
Uso de álcool em gel	Sempre	146	54,5	89	66,9	0,001
	A maior parte do tempo	71	26,5	17	12,8	
	Ocasionalmente	9	3,4	13	9,8	
	Às vezes	38	14,2	10	7,5	
	Nunca	4	1,5	4	3,0	
Evitação de aglomerações	Sempre	80	29,9	92	69,2	<0,001
	A maior parte do tempo	113	42,2	22	16,5	
	Ocasionalmente	14	5,2	6	4,5	
	Às vezes	57	21,3	7	5,3	
	Nunca	4	1,5	6	4,5	
Consumo de álcool	Sim	131	48,9	14	10,5	<0,001
	Não	133	49,6	119	89,5	
	Não respondeu	4	1,5	0	0,0	
Alteração do consumo de álcool nos últimos 6 meses	Inalterado	59	22,0	8	6,0	<0,001
	Aumentou	34	12,7	3	2,3	
	Diminuiu	32	11,9	3	2,3	
	Interrompeu durante a pandemia	3	1,1	0	0,0	
	Iniciou durante a pandemia	2	0,7	0	0,0	
	Não se aplica	137	51,1	0	0,0	
	Não respondeu	1	0,4	119	89,5	
Consumo de cigarro	Sim	28	10,4	34	25,6	<0,001
	Não	239	89,2	99	74,4	
	Não respondeu	1	0,4	0	0,0	
Alteração do consumo de cigarro nos últimos 6 meses	Inalterado	8	3,0	18	13,5	<0,001
	Aumentou	13	4,9	14	10,5	
	Diminuiu	3	1,1	2	1,5	
	Interrompeu durante a pandemia	2	0,7	0	0,0	
	Iniciou durante a pandemia	1	0,4	0	0,0	
	Não se aplica	240	89,6	0	0,0	
	Não respondeu	1	0,4	99	74,4	
Uso de drogas ilícitas	Sim	7	2,6	6	4,5	0,292
	Não	258	96,3	127	95,5	
	Não respondeu	3	1,1	0	0,0	
Alteração do uso de	Inalterado	0	0,0	1	0,8	<0,001

drogas ilícitas nos últimos 6 meses	Aumentou	3	1,1	4	3,0	
	Diminuiu	1	0,4	1	0,8	
	Interrompeu durante a pandemia	1	0,4	0	0,0	
	Iniciou durante a pandemia	2	0,7	0	0,0	
	Não se aplica	261	97,4	0	0,0	
	Não respondeu	0	0,0	127	95,5	
Atividades Físicas	Sim	108	40,3	44	33,1	0,255
	Não	158	59,0	89	66,9	
	Não respondeu	2	0,7	0	0,0	
Alteração da prática de atividades físicas nos últimos 6 meses	Inalterado	30	11,2	21	15,8	<0,001
	Aumentou	23	8,6	6	4,5	
	Diminuiu	29	10,8	11	8,3	
	Interrompeu durante a pandemia	15	5,6	4	3,0	
	Iniciou durante a pandemia	11	4,1	2	1,5	
	Não se aplica	160	59,7	0	0,0	
	Não respondeu	0	0,0	89	66,9	

Legenda: *1 Febre, calafrios, dor de cabeça, dor muscular, tosse, dificuldade em respirar, tontura, corrimento nasal, dor de garganta, náusea, vômito ou diarreia.

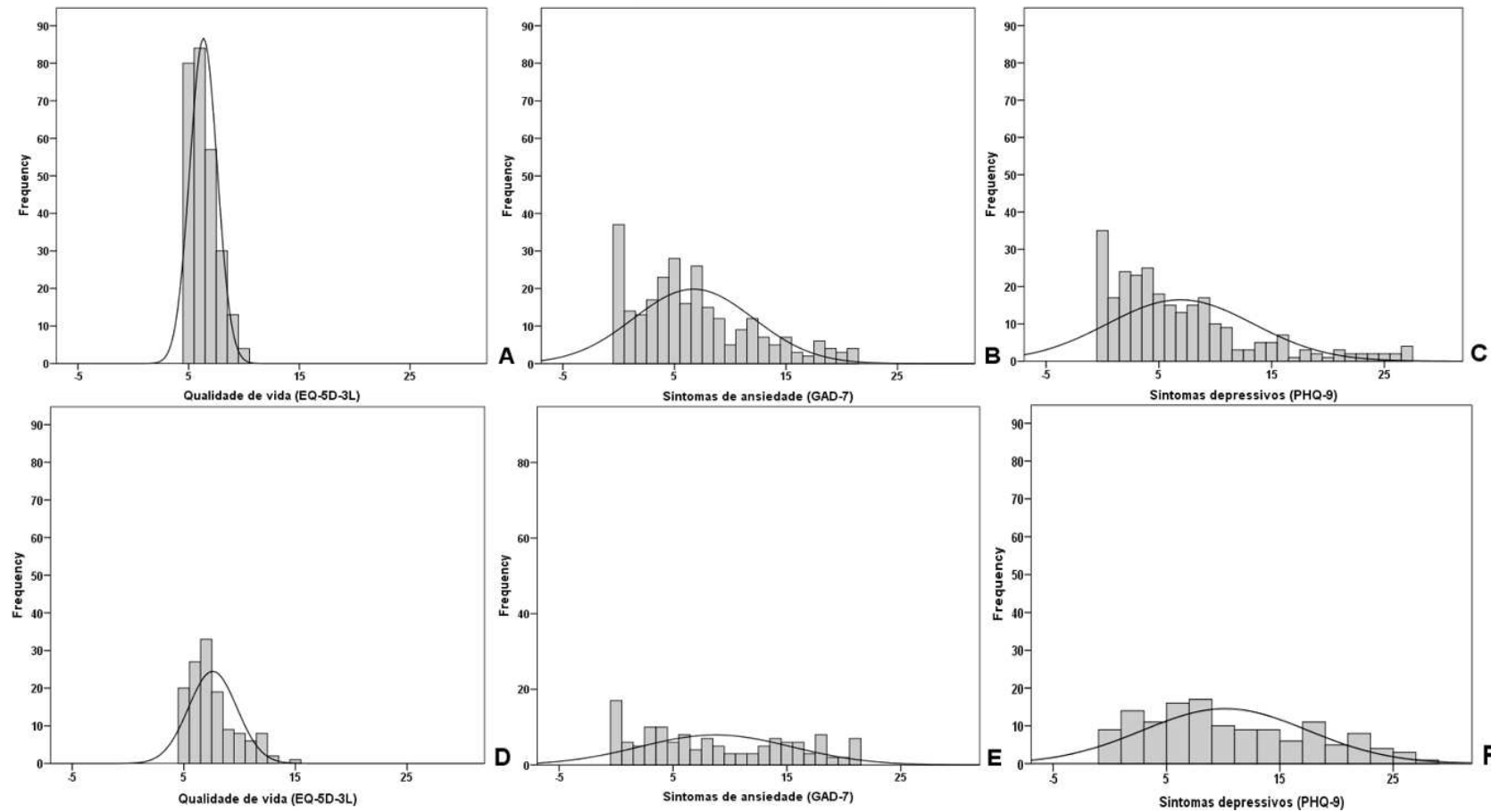
Fonte: Elaboração da autora, com base no banco de dados da última onda do projeto Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia (SCHEEA, 2018).

Na Tabela 2, verifica-se que há diferenças ($p < 0,05$) entre os dois grupos (população geral e pacientes com esquizofrenia) com relação as variáveis independentes: COVID-19 recente, sintomas físicos recentes, internação, alguém próximo com COVID-19 nos últimos 6 meses, uso de máscaras de proteção, lavagem das mãos com água e sabão, uso de álcool em gel, evitação de aglomerações, consumo de álcool, alteração do consumo de álcool nos últimos 6 meses, consumo de cigarro, alteração do consumo de cigarro nos últimos 6 meses, alteração do uso de drogas ilícitas nos últimos 6 meses, alteração da prática de atividades físicas nos últimos 6 meses.

5.2 Qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão

Nas Figuras 2A e 2B pode-se perceber que os escores das três variáveis têm uma distribuição mais à esquerda (valores menores) nos histogramas e mais acúmulo de frequências mais rápido (ogiva) na amostra da população geral quando comparada com a amostra dos pacientes com esquizofrenia. Desse modo, os pacientes com esquizofrenia possuem pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e de depressão.

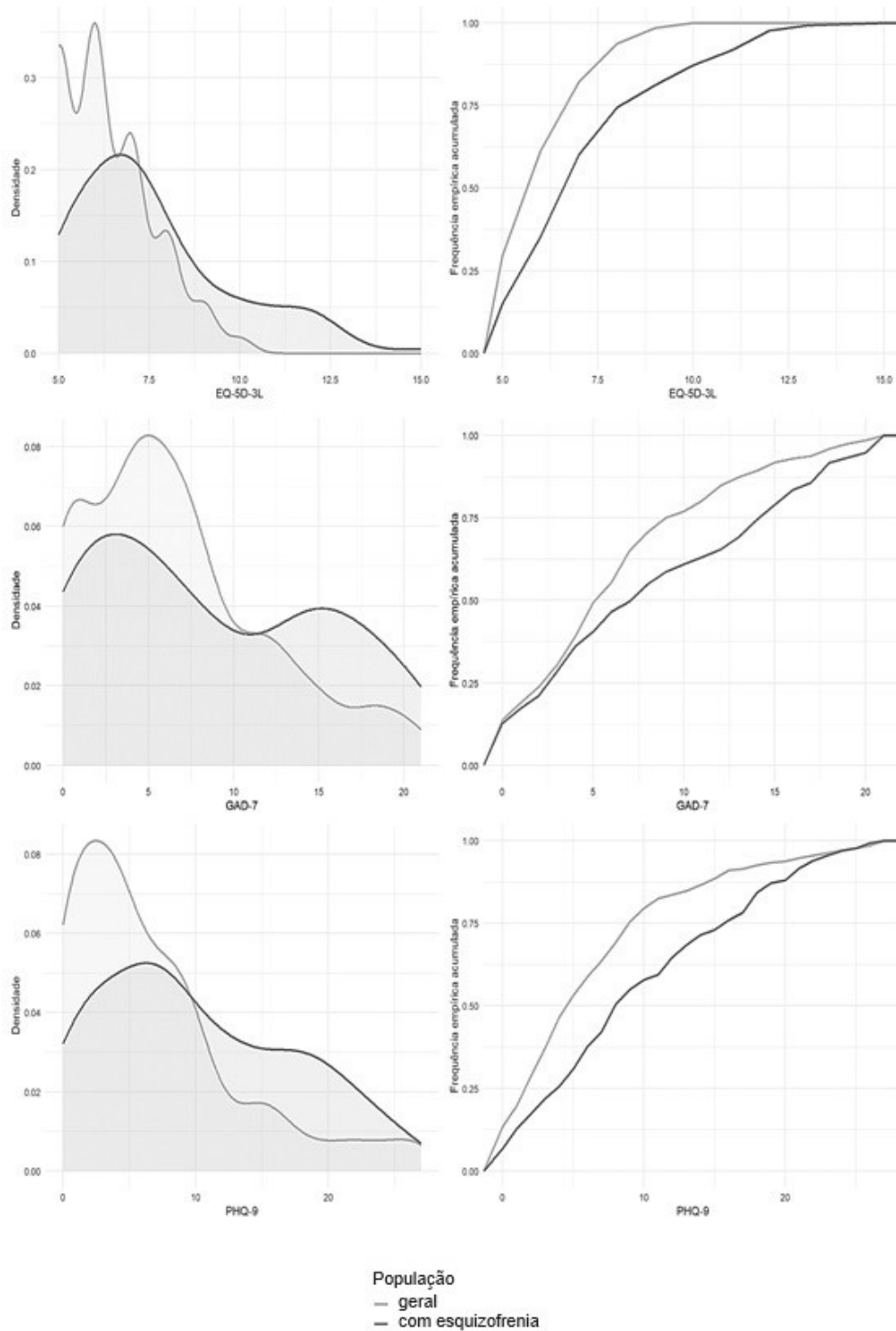
Figura 2A – Histograma da distribuição de densidade para os escores de qualidade de vida, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos em pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022



Legenda: A, B, C - Amostra da população geral; D, E, F – Amostra com esquizofrenia.

Fonte: Elaboração da autora, com base no banco de dados da última onda do projeto Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia (SCHEEA, 2018).

Figura 2B – Ogiva da frequência empírica acumulada para os escores de qualidade de vida, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos em pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e população geral, MG, 2021-2022



Fonte: Elaboração da autora, com base no banco de dados da última onda do projeto Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia (SCHEEA, 2018).

Os participantes com esquizofrenia apresentaram escores médios e medianos maiores do que a população geral nas três variáveis, mostrando pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão. Entretanto, a distribuição dos indivíduos nas categorias das variáveis dicotomizadas não se mostrou diferente entre as duas amostras em nenhuma das três variáveis (Tabela 3).

Tabela 3 – Qualidade de Vida, Sintomas de Ansiedade e Sintomas de Depressão entre pacientes com esquizofrenia usuários de antipsicóticos atípicos do SUS e na população geral, 2021-2022

Variável	Qualidade de vida (EQ-5D-3L)			Sintomas de ansiedade (GAD-7)			Sintomas de depressão (PHQ-9)		
	Escore ⁽¹⁾	Categorias ⁽²⁾		Escore ⁽¹⁾	Categorias ⁽²⁾		Escore ⁽¹⁾	Categorias ⁽²⁾	
Valores ou categorias		< 9	≥ 9		< 10	≥ 10		< 9	≥ 9
População geral (N=268)	6,3 (1,2)	251	17	6,7 (5,4)	201	67	6,9 (6,5)	185	83
	6 (5;7)	(93,7)	(6,3)	6 (3;10)	(75,0)	(25,0)	5 (2;9)	(69,0)	(31,0)
População com esquizofrenia (N=133)	7,6 (2,2)	99	34	8,7 (6,7)	78	55	10,2 (7,3)	67	66
	7 (6;9)	(74,4)	(25,6)	8 (3;15)	(58,6)	(41,4)	8 (4;16)	(50,4)	(49,6)
Valor-p	<0,001* / <0,001& /0,569@			0,003* / 0,012& /0,788@			<0,001* / <0,001& /0,915@		

Legenda: ⁽¹⁾ Média (DP) e mediana (Q₁; Q₃). ⁽²⁾ N (%). *Teste T-Student. &Teste de Mann-Whitney. @Teste Qui-Quadrado Teste Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors: valor-p= <0,001 para todas as variáveis.

Fonte: Elaboração da autora, com base no banco de dados da última onda do projeto Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia (SCHEEA, 2018).

O modelo de regressão linear múltipla para a qualidade de vida mostra que maiores escores de PHQ-9 e GAD-7 levam a maiores escores do EQ-5D-3L, assim como ter maior escolaridade e ser viúvo. A menor média dos escores do EQ-5D-3L na população geral se manteve mesmo com o ajuste pelas demais variáveis (Tabela 4).

Com relação aos sintomas de ansiedade, o modelo de regressão linear múltipla mostra que o aumento da idade e da renda leva à redução dos escores do GAD-7, enquanto os fumantes têm escores médios maiores. As populações geral e com esquizofrenia não se mostram diferentes nos sintomas de ansiedade na presença destas variáveis de ajuste (Tabela 4).

Da mesma forma, para os sintomas de depressão, o modelo de regressão linear múltipla mostra que o aumento da idade e da escolaridade leva à redução dos escores do PHQ-9, sendo que a média na população geral é inferior à dos pacientes com esquizofrenia (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados dos modelos de regressão linear múltiplo finais para os escores de Qualidade de Vida, Sintomas de Ansiedade e Sintomas de Depressão

Termo	Coefficiente	Erro padrão	Valor-p
Qualidade de Vida (EQ-5D-3L)			
<i>(Intercepto)</i>	6,92615	0,26090	<0,001
População			
Com esquizofrenia	-	-	-
Geral	-0,65915	0,16118	<0,001
PHQ-9 (escore)	0,07289	0,01745	<0,001
GAD-7 (escore)	0,06203	0,02023	0,002
Estado civil			
Casado(a)/União Estável	-	-	-
Separado(a)/Divorciado(a)	0,10915	0,24885	0,661
Solteiro(a)	-0,08692	0,15261	0,569
Viúvo(a)	1,23948	0,45080	0,006
Escolaridade			
Sem instrução ou ensino fundamental incompleto	-	-	-
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	-0,55038	0,29061	0,059
Ensino médio completo ou ensino superior incompleto	-0,89103	0,24833	<0,001
Ensino superior completo ou mais	-0,92584	0,25711	<0,001
Sintomas de Ansiedade (GAD-7)			
<i>(Intercepto)</i>	14,6047	1,5815	<0,001
Idade (anos)	-0,1299	0,0265	<0,001

Renda			
Nenhuma ou até 1 salário mínimo	-	-	-
De 1 a 3 salários mínimos	-1,4789	1,0307	0,152
De 3 a 6 salários mínimos	-3,1433	1,0814	0,004
Consumo de cigarro			
Não	-	-	-
Sim	2,9973	0,9286	0,001
Sintomas de Depressão (PHQ-9)			
<i>(Intercepto)</i>	20,64173	1,73579	<0,001
População			
Com esquizofrenia	-	-	-
Geral	-3,42102	0,74907	<0,001
Idade (anos)	-0,15269	0,02456	<0,001
Escolaridade			
Sem instrução ou ensino fundamental incompleto	-	-	-
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	-4,44648	1,36676	0,001
Ensino médio completo ou ensino superior incompleto	-3,39008	1,19525	0,005
Ensino superior completo ou mais	-4,17897	1,21044	<0,001

Legenda: - (traço): categorias de referência das variáveis.

Fonte: Elaboração da autora, com base no banco de dados da última onda do projeto Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia (SCHEEA, 2018).

6 DISCUSSÃO

Este estudo comparativo é de grande relevância para a área de saúde mental, pois fornece informações importantes sobre pacientes com esquizofrenia. Os resultados apontam as disparidades socioeconômicas e de saúde mental que afetam essa população. O estudo realiza uma comparação detalhada entre pacientes com esquizofrenia e a população geral em diversos aspectos, incluindo características sociodemográficas, condições clínicas, hábitos de vida e saúde mental; oferece resultados robustos, com base em uma amostra significativa de pacientes, que podem ser utilizados para embasar políticas públicas e programas de intervenção.

A caracterização sociodemográfica dos participantes revela similaridades e diferenças importantes entre a população geral e os pacientes com esquizofrenia. Ambos os grupos apresentam predomínio de indivíduos na faixa etária de 40 a 49 anos e do sexo feminino. Essa faixa etária pode estar relacionada ao período de maior pico de incidência da doença, como observado em um estudo retrospectivo e comparativo a estudos da OMS encontrados na literatura, em que se observa um pico de esquizofrenia entre 15-30 anos, em seguida um decaimento e outro pico final entre 40-49 anos, para mulheres. Os homens, por sua vez, iniciam os sintomas psicóticos aos 15 anos, com pico entre 15-24 anos, com posterior declínio e um platô final em torno de 40-60 anos. A diferença entre os sexos foi atribuída, possivelmente, a fatores hormonais femininos (Häfner, 2019). A esquizofrenia normalmente se inicia em torno dos 20,5 anos de idade (Solmi *et al.*, 2022), porém mulheres acima de 45 anos apresentam maior risco de apresentarem transtornos psicóticos (Jongsma *et al.*, 2018).

A diferença no estado civil, com maior proporção de solteiros no grupo com esquizofrenia e de casados ou em união estável na população geral, pode ser explicada por diversos fatores. Estudos como os de Grant; Beck (2009) e Green *et al.* (2018), sugerem que a esquizofrenia pode afetar negativamente as relações sociais e a vida familiar, dificultando o estabelecimento de relacionamentos e a formação de família, tendo em vista a desconexão social observada nos indivíduos com esquizofrenia, relacionada por exemplo ao estigma, medo de rejeição ou a anedonia que envolve o transtorno. Além disso, o processo de ajustamento familiar após o

diagnóstico da esquizofrenia entre os núcleos familiares previamente formados, perpassa por uma série de longas fases (percepção da mudança, diagnóstico, tratamento até o convívio duradouro), repleta de sentimentos de sofrimento e cansaço pelos familiares e pacientes, o que permite destacar os prejuízos interpessoais associados à esquizofrenia para o estado civil (Giacon; Galera, 2013). Salienta-se que a solidão é um fator que influencia negativamente o prognóstico da esquizofrenia (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

A similaridade na escolaridade, com a maioria dos participantes em ambos os grupos possuindo ensino médio completo ou superior incompleto, pode estar relacionada à característica da amostra selecionada, devido ao desenho do estudo. No entanto, alguns estudos e revisões indicam que a esquizofrenia pode estar associada a um menor nível educacional, possivelmente devido ao impacto da doença na trajetória escolar e profissional dos indivíduos e do comprometimento cognitivo (Assis, 2020; Dickson *et al.*, 2020; Gebreegziabhere *et al.*, 2022; Onur, 2023; Souza; Coutinho, 2006; Tesli *et al.*, 2022).

As diferenças mais marcantes entre os grupos se manifestam na ocupação, renda e impacto da pandemia. A população geral apresenta maior proporção de empregados, enquanto os pacientes com esquizofrenia têm maior prevalência de aposentados e desempregados. A renda média também é significativamente menor entre os pacientes com esquizofrenia. Em relação ao impacto da pandemia, observa-se maior diferença de indivíduos na população geral que relataram redução de renda, enquanto na amostra de pacientes com esquizofrenia, a maioria relatou ausência de alteração.

As diferenças na ocupação entre os grupos, com maior proporção de empregados na população geral e de aposentados e desempregados com esquizofrenia, corroboram com achados de estudos como os de Hakulinen *et al.* (2019), em que a doença foi associada a maiores chances de não estar empregado. A esquizofrenia pode gerar dificuldades no desempenho profissional, levando à perda de emprego, aposentadoria precoce ou dificuldade em encontrar trabalho, principalmente devido às deficiências sociais de integração e adaptação (Carmona; Gómez-Benito; Rojo-Rodes, 2019). Destaca-se o papel social positivo do trabalho e da capacidade de influenciar no bem estar do indivíduo e na resistência ao estigma (Martini *et al.*, 2019; Sum *et al.*, 2021),

sendo que medidas sociais devem ser encorajadas para permitir melhor acesso ao mercado de trabalho.

A menor renda média entre os pacientes com esquizofrenia está de acordo com a literatura (Cesari; Bandeira, 2010; Moraes; Cordeiro, 2013). Essa diferença pode ser explicada por diversos fatores, como a dificuldade de manter um emprego, a necessidade de acompanhamento médico e psicológico frequente e o prognóstico da doença (Fernandes *et al.*, 2018; Carmona; Gómez-Benito; Rojo-Rodes, 2019).

A maior diferença de indivíduos na população geral que relataram redução de renda durante a pandemia pode estar relacionada ao impacto geral da crise econômica (Costa, 2020b; IBGE, 2022b). No entanto, a menor diferença de pacientes com esquizofrenia que relataram alteração na renda pode ser explicada pela maior estabilidade proporcionada por benefícios sociais como auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e Benefício de Prestação Continuada (BPC), além de programas de apoio (Daltio; Mari; Ferraz, 2007; Xavier, 2022). Destaca-se a importância desses benefícios, uma vez que a redução da renda é um dos fatores correlacionados ao adoecimento mental na pandemia da COVID-19 (Almeida *et al.*, 2020).

A maioria dos participantes em ambas as amostras não apresentava COVID-19 no momento da pesquisa. No entanto, a prevalência da COVID-19 recente e de sintomas físicos da doença foi significativamente maior na população geral. Em relação ao isolamento social e medidas de proteção, a maioria dos participantes em ambas as amostras relatou ter praticado isolamento e adotar medidas de proteção sempre ou a maior parte do tempo, embora na população com esquizofrenia tenha sido maior.

A menor prevalência da COVID-19 recente e de sintomas físicos da doença entre os pacientes com esquizofrenia pode ser explicada por diversos fatores. Estudos sugerem que as medidas de isolamento social e proteção individual podem ter sido mais rigorosamente seguidas por essa população devido à maior vulnerabilidade a infecções e ao desenvolvimento de formas graves da COVID-19 e à percepção subjetiva do maior risco ao qual estavam expostas (Fond *et al.*, 2021; Hofer *et al.*, 2022; Luo *et al.*, 2022; Siebenhofer *et al.*, 2022; Ygnatios *et al.*, 2021). Além disso, o

atendimento de pacientes com transtornos mentais concomitantes à infecção pela COVID-19 é um desafio para os profissionais de saúde, devido à necessidade de minimizar possíveis interações entre antipsicóticos, antivirais, anti-inflamatórios e outros medicamentos (Orsini *et al.*, 2020). Nesse cenário, até mesmo os serviços de saúde precisaram ser adaptados à realidade da pandemia, com a implementação da telemedicina para garantir o acompanhamento dos pacientes, respeitando as medidas de isolamento protetivo (Link *et al.*, 2023).

A prevalência de consumo de álcool foi significativamente menor entre os pacientes com esquizofrenia em comparação à população geral, sendo uma atitude positiva no contexto pandêmico, visto que o abuso de álcool pode estar associado ao maior risco de progressão para formas mais graves da COVID-19 em pacientes psiquiátricos (Haddadi *et al.*, 2020). Porém, observou-se relação inversa na comparação dos grupos em uso de cigarro, ou seja, maior para o grupo com esquizofrenia. Para Peckham *et al.* (2021), o aumento do hábito de fumar pode ser atribuído a uma resposta comportamental às restrições pandêmicas. A maioria dos participantes em ambas as amostras relatou não ter modificado seus hábitos de consumo de substâncias durante a pandemia. No que diz respeito ao consumo de álcool, embora dados relatados por outros autores sugiram uma maior prevalência entre pacientes com esquizofrenia, os resultados deste estudo apresentam uma realidade diferente (Hartz *et al.*, 2014; Hunt *et al.*, 2018). Uma possível explicação para essa divergência pode estar nas características específicas da amostra utilizada. Essa amostra é composta por pessoas que fazem uso de antipsicóticos atípicos e, portanto, estão sob rigoroso monitoramento devido aos critérios de dispensação desses medicamentos (Brasil, 2013c). Além disso, essas pessoas podem ter um perfil socioeconômico diferenciado em comparação com outros estudos, o que pode influenciar os padrões de consumo de álcool.

Os pacientes com esquizofrenia apresentaram escores significativamente piores em todas as três variáveis: qualidade de vida, ansiedade e depressão. O presente estudo corrobora com a literatura ao indicar a comorbidade entre esquizofrenia, ansiedade e depressão, como um importante fator que impacta negativamente a qualidade de vida (Bergmann *et al.*, 2021; Fusar-Poli *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2021; Makara-Studzińska; Wołyniak; Kryś, 2012; Moritz *et al.*, 2019). Isso posto, é

importante enfatizar a necessidade de intervenções multidisciplinares que abordem tanto os sintomas da esquizofrenia quanto os sintomas de ansiedade e depressão.

Os modelos de regressão linear múltipla revelaram que maiores escores de ansiedade e depressão, maior escolaridade e ser viúvo estavam associados a pior qualidade de vida. A população geral apresentou melhor qualidade de vida mesmo após ajuste pelas demais variáveis. Esses resultados ratificam com os estudos de outros autores, no qual associam ansiedade, depressão, escolaridade e solidão à pior qualidade de vida (Culbreth; Barch; Moran, 2021; Li *et al.*, 2021; Skantze *et al.*, 1992). A associação entre ser viúvo e pior qualidade de vida pode ser explicada por diversos fatores, como o isolamento social, a perda de apoio social, pelo luto, sentimento de solidão e pela perda de satisfação com a vida (Chen *et al.*, 2022; Culbreth; Barch; Moran, 2021; Mason *et al.* 2022; Salokangas *et al.*, 2001; Stickley *et al.* 2013; Wang; Zhang; Luan, 2023). Tais observações indicam a necessidade de atenção especial para pessoas com esquizofrenia que são viúvas, com o objetivo de oferecer apoio social e prevenir o declínio da qualidade de vida. Sugere-se que a melhor qualidade de vida encontrada para a população geral, possa ser explicada, em partes, pelo período de coleta de dados. Trata-se de período de redução da desesperança e medo na pandemia, tendo em vista as melhorias nos índices de casos e mortes, promovidas pelas estratégias vacinais (Chaudhuri; Howley, 2022). Também pode estar associada a flexibilizações permitindo ao retorno parcial ao modo de vida anterior a pandemia (Mertens *et al.*, 2022; Ministério da Saúde, 2022a, 2022b; Portal do Butantan, 2021).

Outros autores demonstraram associação entre maiores níveis de escolaridade e pior qualidade de vida, corroborando com os achados do presente estudo: no primeiro estudo uma média de 15% dos pacientes apresentaram alterações em domínios para avaliação da qualidade de vida, dentre os 61 participantes (Skantze *et al.*, 1992). Um segundo estudo, realizado com 96 pacientes com esquizofrenia, da Alemanha, submetidos a diferentes ambientes de tratamento (comunitário/hospitalar), mostrou associação entre maior nível educacional e pior qualidade de vida, independente do ambiente (Rössler *et al.*, 1999). A relação da escolaridade com pior qualidade de vida pode ser atribuída, em parte, às consequências gerais/cronicidade da própria esquizofrenia e com a frustração da expectativa dos pacientes ao ter dificuldades de

nivelar seus objetivos alcançado com aqueles esperados/compatíveis ao seu alto nível educacional (Rössler *et al.*, 1999; Souza; Coutinho, 2006).

Idade e renda mais elevadas estavam associadas a menores escores de ansiedade, enquanto fumantes apresentam escores mais altos. Não houve diferença significativa entre as populações geral e com esquizofrenia nos escores de ansiedade após ajuste pelas variáveis de controle. Esse resultado pode ser explicado por diversos fatores, como a maior experiência de vida, o desenvolvimento de mecanismos de *coping* mais eficazes, elevado apoio social e a menor probabilidade de eventos de vida estressantes (Jané-Llopis *et al.*, 2021; Liu *et al.* 2023; Shah *et al.*, 2021). A idade pode ser um fator protetor contra o desenvolvimento de sintomas de ansiedade em pessoas com esquizofrenia. Com relação ao papel da estabilidade financeira na ansiedade, é notória a importância de políticas públicas que combatam a pobreza e promovam a inclusão social, principalmente laboral, de pessoas com esquizofrenia. Não obstante a isso, essa pesquisa corrobora com a literatura que indica a associação entre tabagismo e transtornos de ansiedade (Fluharty *et al.*, 2017). Soma-se as consequências cardiovasculares (Bobes *et al.*, 2010; Olfson *et al.*, 2015), que justificam a necessidade da promoção de intervenções efetivas para cessação do tabagismo entre pessoas com esquizofrenia.

Idade e escolaridade mais elevadas estão associadas a menores escores de depressão. Similarmente ao observado para a ansiedade, estes achados podem ser explicados pelos mesmos fatores, somados ao impacto positivo da educação na geração de emprego e renda. Além disso, pessoas com níveis mais elevados de educação têm mais facilidade de comunicação, o que facilitaria a troca de informações com profissionais da saúde, auxiliando na identificação e manejo de doenças (Acurcio *et al.*, 2009; Jané-Llopis *et al.*, 2021; Shah *et al.*, 2021). Assim como para a ansiedade, os menores escores de depressão podem estar relacionados à maior capacidade de acesso a recursos materiais e sociais que podem ajudar a lidar com o estresse, ansiedade e a depressão (Liu *et al.*, 2023). Além disso, a população geral apresentou menores escores de depressão do que a população com esquizofrenia após ajuste pelas variáveis de controle. Isso pode ser explicado pela própria característica da esquizofrenia, na qual a própria doença apresenta sintomas de depressão (Gozdzik-Zelazny; Borecki; Pokorski, 2011).

É importante considerar que o estudo tem limitações típicas do desenho, que é transversal e não permite inferir relações causais. Utilizamos duas amostras não probabilísticas, por isso os resultados podem não ser generalizáveis para toda a população ou para todos os pacientes com esquizofrenia. A amostra de pacientes com esquizofrenia foi obtida por conveniência, pois consistiu em pacientes atendidos pela farmácia do CEAF. No caso da amostra da população em geral, é possível que contenha um viés devido ao método de recrutamento bola de neve, que tende a atrair indivíduos com características semelhantes. No entanto, para reduzir esse viés, foi realizado um pareamento por sexo, idade e escolaridade, com o objetivo de manter a mesma proporção em cada um desses critérios. O método bola de neve, para coleta de dados pode estar sujeito a viés de amostragem, tendo em vista a possibilidade dos respondentes serem mais saudáveis e restringe àqueles com acesso aos recursos de internet e mídias sociais. Os instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida, ansiedade e depressão são autoaplicáveis e podem estar sujeitos a vieses de resposta. Ademais, a presença de diagnósticos como esquizofrenia, transtornos de ansiedade e depressão em participantes da população geral pode ser um fator de confusão. Além disso, a própria esquizofrenia como um transtorno sindrômico possui uma gama de sintomas negativos, que podem se confundir com a depressão e limitar a capacidade de detecção isolada dos sintomas depressivos pelos instrumentos utilizados. No entanto, essa limitação não interfere na capacidade do instrumento de permitir avaliar a exacerbação e a autopercepção dessas manifestações, tendo em vista que a detecção por si só não é objeto do estudo. Outra limitação está relacionada à coleta de dados, na qual não foram criadas subcategorias para pensionista e aposentado(a) na variável ocupação, como no caso do recebimento do BPC. Isso dificulta inferir se os benefícios recebidos estão ligados à esquizofrenia ou a outros motivos, comprometendo a formulação de possíveis explicações a esse respeito. Por outro lado, para acrescentar essas informações na coleta de dados, seria preciso conduzir futuramente um estudo mais aprofundado, adotando um método de abordagem que garanta o máximo de conforto aos participantes. Isso é essencial porque as questões abordadas podem ser sensíveis, e existe o risco de que os indivíduos possam suspeitar, equivocadamente, que as respostas que fornecerem ou seus dados socioeconômicos possam resultar na interrupção do fornecimento de seus medicamentos.

Os resultados do estudo indicam que os pacientes com esquizofrenia apresentam pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão do que a população geral. Essas diferenças podem ser explicadas por diversos fatores, como características socioeconômicas, condições clínicas e acesso a serviços de saúde. Entretanto, são necessários estudos longitudinais para investigar relações causais entre as variáveis. Intervenções multidisciplinares podem ser úteis para melhorar a qualidade de vida e reduzir os sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com esquizofrenia.

Cabe destacar que a população de estudo, compreendida por pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos distribuídos pelo CEAF, é mais assistida quando comparada àqueles pacientes que usam antipsicóticos típicos, devido aos critérios de dispensação definidos nos PCDTs (Brasil, 2013c).

O estudo enfatiza a importância da avaliação multidimensional da saúde mental, considerando aspectos socioeconômicos, clínicos e psicossociais. Destaca a necessidade de intervenções psicossociais abrangentes que promovam a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes com esquizofrenia. Reforça a importância de políticas públicas que combatam as desigualdades sociais e de saúde que afetam essa população.

Este estudo é um importante recurso para profissionais de saúde mental, gestores de políticas públicas e a sociedade em geral, podendo contribuir para discussão de ações que melhorem a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia.

7 CONCLUSÃO

O estudo fornece importantes informações sobre as características sociodemográficas, condições clínicas, hábitos de vida e saúde mental de pacientes com esquizofrenia em comparação com a população geral. Os resultados destacam a necessidade de ações para melhorar a qualidade de vida e a saúde mental dessa população.

Tendo em vista que os escores de sintomas de depressão e de qualidade de vida foram maiores em pacientes com esquizofrenia em relação à população geral e que esses prejuízos tendem a permanecer por um longo prazo, conclui-se que esses indivíduos demandam atenção especial por parte dos profissionais da saúde e dos órgãos governamentais. Além disso, os resultados em situação pandêmica e a vulnerabilidade reforçam ainda mais a necessidade de preocupação com os pacientes que têm esquizofrenia.

Ademais, infere-se a necessidade de estudos mais aprofundados dentro do escopo da saúde mental para melhor compreensão dos fatores de risco associados e desenvolvimento de estratégias contingenciais.

8 DISCIPLINAS CURSADAS

Durante o desenvolvimento do projeto de Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica foram cursadas oito disciplinas, sendo 4 obrigatórias e 3 optativas e 1 eletiva, totalizando 20 créditos (Quadro 1).

Quadro 1 – Disciplinas cursadas para obtenção dos créditos exigidos

Código	Disciplina	Tipo	Créditos
FAS817	Políticas de medicamentos e assistência farmacêutica	Obrigatória	03
FAS819	Seminários em saúde coletiva e assistência farmacêutica I	Obrigatória	02
ACT841	Tópicos especiais em análises clínicas e toxicológicas I	Eletiva	01
EST814	Princípios de bioestatística	Optativa	04
FAS806	Bases da saúde coletiva	Obrigatória	04
FAS820	Seminários em saúde coletiva e assistência farmacêutica II	Obrigatória	02
FAS825	Estágio em docência	Optativa	01
FAS822	Tópicos em saúde coletiva e assistência farmacêutica II	Optativa	02

Fonte: Elaboração da autora.

Total de créditos cursados: 20 / Total de créditos exigidos: 18

9 CRONOGRAMA

Segue abaixo a apresentação completa do cronograma do mestrado (Quadro 2).

Quadro 2 – Cronograma das tarefas e respectivos períodos de realização

Atividade / ano	2020	2021		2022		2023		2024
	2	1	2	1	2	1	2	1
Definição do projeto	■							
Formulação do questionário	■	■						
Submissão da emenda ao COEP/UFMG		■						
Curso das disciplinas	■	■	■					
Coleta de dados			■	■				
Trancamento total				■	■			
Análise preliminar dos dados						■		
Qualificação							■	
Análise final dos dados e discussão dos resultados							■	■
Redação do artigo e da dissertação							■	■
Defesa								■

Fonte: Elaboração da autora.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis *et al.* Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. estud. popul.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/zDNWnTBNfhTW7GSZB3nMcfs/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 05 mar. 2024.
- AKINSULORE, Adesanmi *et al.* Disability assessment as an outcome measure: a comparative study of Nigerian outpatients with schizophrenia and healthy control. **Annals of general psychiatry**, [s. l.], v. 14, n. 40, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26600866/>. Acesso em: 25 fev. 2024.
- ALKHAMEES, Abdulmajeed A. *et al.* The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. **Comprehensive Psychiatry**, [s. l.], v. 102, n. 152192, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32688022/>. Acesso em: 21 out. 2023.
- ALMEIDA, Vanessa da Silva de *et al.* Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Rev Bras Epidemiol**, [s. l.], v. 23, n. e200105, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1272/version/1364>. Acesso em: 14 fev. 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Linha do tempo. Publicado em 21 set. 2020. Atualizado em 12 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/linha-do-tempo>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- ARAUJO, Neuraci G. de. Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000200007. Acesso em: 1 out. 2023.
- AROS, Marcelo S.; YOSHIDA, Elisa M. P. Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. **Bol. Psicol**, São Paulo, v. 59, n. 130, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v59n130/v59n130a06.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.
- ASSIS, Cristiane Sousa de. A inclusão de estudantes com o transtorno da esquizofrenia: um estudo de caso realizado em uma escola municipal do Recife. **Anais IV CINTEDI**, Campina Grande: Realize Editora, v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/72346>. Acesso em: 25 fev. 2024.

- BAPTISTA, Makilim N.; BORGES, Lisandra. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 15, n. spe, ago. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000300004. Acesso em: 29 out. 2023.
- BARRETT, Elizabeth. A. *et al.* The COVID-19 pandemic impact on wellbeing and mental health in people with psychotic and bipolar disorders. **Brain and behavior**, [s. l.], v. 12, n. 5, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/brb3.2559>. Acesso em: 15 out. 2023.
- BAUMGART, Jade G. *et al.* The early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health facilities and psychiatric professionals. **Int J Environ Res Public Health**, [s. l.], v. 18(15), n. 8034, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/brb3.2559>. Acesso em: 12 jan. 2024.
- BERGMANN, Niklas *et al.* The Relationship Between Mindfulness, Depression, Anxiety, and Quality of Life in Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders. **Frontiers in psychology**, [s. l.], v. 12, n. 708808, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34531796/>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- BIZUMIC, Boris; GUNNINGHAM, Beth; CHRISTENSEN, Bruce K. Prejudice towards people with mental illness, schizophrenia, and depression among mental health professionals and the general population. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 317, n. 114817, 2022. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178122004103?dgcid=api_sd_search-api-endpoint. Acesso em: 15 fev. 2024.
- BOBES, Júlio *et al.* Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. **Schizophr Res**, [s. l.], v. 119, n. 1-3, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20219322/>. Acesso em: 03 mar. 2024.
- BOLFARINE, Heleno; BUSSAB, Wilton O. **Elementos de amostragem**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2005. 290 p.
- BONADIMAN, Cecília Silva Costa. **A carga dos transtornos mentais e do suicídio no estudo de Carga Global de Doença no Brasil**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/37572/1/Tese.vers%c3%a3ofinal.cec%c3%adlia.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2024.
- BRANDÃO, Dênis M. da S.; NASCIMENTO, Joanna L. da S.; VIANNA, Lucy G. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. **Rev. Rev Assoc Med Bras**, [s. l.], v. 55, n. 6, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000600020>. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 11 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 441, de 12 de maio de 2011. Brasília, DF, 12 mai. 2011a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 set. 2017a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf. Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 set. 2017b. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 19 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jul. 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 jul. 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 27 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.201, de 14 de setembro de 2011. Estabelece as Diretrizes Nacionais para Biorrepositório e Biobanco de Material Biológico Humano com Finalidade de Pesquisa. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 14 set. 2011b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS->

RESOLUCOES/Portaria_MS_n%C2%BA_2.201_de_2011.pdf. Acesso em: 17 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 nov. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022. Brasília, Ministério da Saúde, 2022. 181 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. 30 out. 1998. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Esquizofrenia. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/PROTOCOLO-CL%C3%84DNICO-E-DIRETRIZES-TERAP%C3%84AUTICAS-ESQUIZOFRENIA.pdf>. Acesso em: 2 set. 2023

CARMONA, Viviana. R.; GÓMEZ-BENITO, Juana.; ROJO-RODES, J. Emilio. Employment Support Needs of People with Schizophrenia: A Scoping Study. **Journal of occupational rehabilitation**, [s. l.], v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29680909/>. Acesso em 25 fev. 2024.

CARR, A. J.; THOMPSON P. W.; KIRWAN, J. R. Quality of life measures. **Br J Rheumatol**, [s. l.], v. 35, n. 1, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8620304/>. Acesso em: 16 out. 2023.

CESARI, Luciana; BANDEIRA, Marina. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **J. bras. psiquiatr**, [s. l.], MG, v. 59, n. 4, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/cJjqT6D3Kk7NY9fmw69MJhC/?lang=pt#>. Acesso em: 25 fev. 2024.

CHARLSON, Fiona J. *et al.* Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. **Schizophr Bull**, [s. l.] v. 44; n.6, 17 out. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29762765/>. Acesso em: 17 out. 2023.

CHAUDHURI, Kausik; HOWLEY, Peter. The impact of COVID-19 vaccination for mental well-being. **Eur Econ Rev**, [s. l.], v. 150, n. 104293, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9514003/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

CHEN, Jinliang *et al.* Social support and quality of life among chronically homeless patients with schizophrenia. **Front. Psychiatry**, China, v. 13, n. 1, 2022. Disponível em:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.928960/full>. Acesso em: 25 fev. 2024.

CHIU, Yi-Hang *et al.* Renaming Schizophrenia and Stigma Reduction: A Cross-Sectional Study of Nursing Students in Taiwan. **Int J Environ Res Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 6, 2022. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8954196/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

CHOI, Edmond P. H.; HUI, Bryant P. H.; WAN, Eric Y. F. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. **Int J Environ Res Public Health**, Hong Kong, China, v. 17, n. 3740, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277420/pdf/ijerph-17-03740.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

COHEN, Carl I; MEESTERS, Paul D.; ZHAO, Jingna. New perspectives on schizophrenia in later life: implications for treatment, policy, and research. **Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 2, n. 4, 2015. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26360087/>. Acesso em: 29 abr. 2024.

COSTA, Mark *et al.* COVID-19 Concerns Among Persons With Mental Illness. **Psychiatric services**, [s. l.], v. 71, n. 11, 2020a. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32878542/>. Acesso em: 03 mar. 2024.

COSTA, Simone da Silva. Pandemia e desemprego no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, 2020b. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/#>. Acesso em: 24 fev. 2024.

CIVANTOS, Alyssa M. *et al.* Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: A national study. **Am J Otolaryngol**, [s. l.], v. 41, n. 102694, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442010/pdf/main.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CULBRETH, Adam J.; BARCH, Deanna M.; MORAN, Erin K. An ecological examination of loneliness and social functioning in people with schizophrenia.

Journal of abnormal psychology, [s. l.], v. 130, n. 8, 2021. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34553952/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

DALTIO, Claudiane Salles; MARI, Jair de Jesus; FERRAZ, Marcos Bosi. Overview about pharmacoconomics analysis and burden-of-illness in schizophrenia. **Arch. Clin. Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/yXFJMBXgWC3pqjyBJFWVbKC/?lang=pt#>. Acesso em: 25 fev. 2024.

DATTA, Reetobaan; VISHWANATH, Rashmi; SHENOY, Sonia. Are remote psychotherapy/remediation efforts accessible and feasible in patients with schizophrenia? A narrative review. **Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg**, [s. l.], v. 58, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9673189/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

DEGNAN, Amy *et al.* Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. **Social psychiatry and psychiatric epidemiolog**, [s. l.], v. 53, n. 9, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29951929/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

DICKSON, Hannah *et al.* Academic achievement and schizophrenia: a systematic meta-analysis. **Psychological Medicine**, [s. l.], v. 50, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/academic-achievement-and-schizophrenia-a-systematic-metaanalysis/FDB57AA5FC6BCB9A9FCDCE051BE9CB51>. Acesso em: 20 fev. 2024.

DIONISIE, Vlad *et al.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Inpatient Admissions for Psychotic and Affective Disorders: The Experience of a Large Psychiatric Teaching Hospital in Romania. **Healthcare**, Basel, Switzerland, v. 10, n. 1570, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9407826/>. Acesso em: 4 set. 2023.

EMYGDIO, Nathalia B. Efeitos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático na Memória. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 39, n. e174817, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003174817>. Acesso em: 4 out. 2023.

EUROQOL. EQ-5D3L. [20--?]. Disponível em: <https://euroqol.org/>. Acesso em: 1 de jun. 2021.

EUROQOL Research Foundation. EQ-5D-3L User Guide, The Netherlands, 2018. Disponível em: <https://euroqol.org/publications/user-guides>. Acesso em: 15 out. 2023.

EUROQOL, Group. EuroQol - a new facility for the measurement of healthrelated quality of life. **Health Policy**, [s. l.] v. 16, n. 3, dez. 1990. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0168851090904219?via%3DiHub>. Acesso em: 15 ago. 2023.

FAKOREDE, Omokehinde O.; OGUNWALE, Adegboyega; AKINHANMI, Akinwande O. Disability and premorbid adjustment in schizophrenia: A retrospective analysis. **The South African journal of psychiatry**, [s. l.], v. 28, n. 1853, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9773004/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

FERNANDES, Márcia Astrês *et al.* Transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores: estudo sobre os afastamentos laborais. **Rev. esc. enferm**, [s. l.], v. 52, n. 1, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vxYwNTZwvpWTf6ZFM9RnY3k/#>. Acesso em: 25 fev. 2024.

FIORILLO, Andrea; GORWOOD, Philip. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. **European Psychiatry**, [s. l.], v. 63, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156565/>. Acesso em: 26 out 2023.

FLUHARTY, Meg *et al.* The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. **Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, [s. l.], v. 19, n. 1, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27199385/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

FOND, Guillaume *et al.* Association Between Mental Health Disorders and Mortality Among Patients With COVID-19 in 7 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA psychiatry**, [s. l.], v. 78, n. 11, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8317055/>. Acesso em: 25 fev. 2024.

FRANKE, Gabriele Helga *et al.* Quality of life in patients before and after kidney transplantation. **Psychology & Health**, [s. l.], v. 14, n. 6, 2000. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440008407365>. Acesso em: 05 fev. 2024.

FREEP!K. Recursos (imagens). [2024?]. Disponível em: <https://br.freepik.com/>. Acesso em: 02 mar. 2024.

FULFORD, Daniel *et al.* Smartphone sensing of social interactions in people with and without schizophrenia. **Journal of psychiatric research**, [s. l.], v. 137, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8084875/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FUSAR-POLI, Paolo *et al.* Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. **Schizophr Bull**, [s. l.], v. 40, n.1, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23180756/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

GEBREEGZIABHERE, Yohannes *et al.* Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella review. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, [s. l.], v. 272, n. 7, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9508017/>. Acesso em: 21 fev. 2024.

GEE, Siobhan *et al.* Management of clozapine treatment during the COVID-19 pandemic. **Ther Adv Psychopharmacol**, [s. l.], v. 27, n. mai 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32542111/>. Acesso em: 1 out. 2023.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 66, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xy6nthPxTSRLmMt6gTbzTyM/#>. Acesso em: 18 fev. 2024.

GIORDANO, Giulia M. *et al.* Gender Differences in Clinical and Psychosocial Features Among Persons With Schizophrenia: A Mini Review. **Front Psychiatry**, [s. l.], v. 12, n. 789179. 22 dez. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8727372/>. Acesso em: 20 out. 2023.

GUNNELL, David *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 7, n. 6, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32330430/>. Acesso em: 03 mar. 2024.

GOZDZIK-ZELAZNY, A.; BORECKI, L.; POKORSKI, M. Depressive symptoms in schizophrenic patients. **Eur J Med Res**, [s. l.], v. 16, n. 12, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351899/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

GRANT, P. M.; BECK, A. T. Evaluation sensitivity as a moderator of communication disorder in schizophrenia. **Psychol Med**, [s. l.], v. 39, n. 7, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19379529/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

GREEN, Michael F. *et al.* Social Disconnection in Schizophrenia and the General Community, **Schizophrenia Bulletin**, [s. l.], v. 44, n. 2, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/44/2/242/3873531>. Acesso em: 20 fev. 2024.

GUO, Qian *et al.* Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: A mixed-method study. **Brain Behav Immun**, [s. l.], v. 88, n. 1, ago. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32416290/>. Acesso em: 21 out. 2023

HADDADI, Sara *et al.* COVID-19: Risk of alcohol abuse and psychiatric disorders. **Respiratory medicine case reports**, [s. l.], v. 31, n. 101222, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7487518/>. Acesso em: 25 fev. 2024.

HÄFNER, Heinz. From Onset and Prodromal Stage to a Life-Long Course of Schizophrenia and Its Symptom Dimensions: How Sex, Age, and Other Risk Factors Influence Incidence and Course of Illness. **Psychiatry journal**, [s. l.], v. 2019, n. 9804836, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6500669/>. Acesso em: 18 fev. 2024.

HAKULINEN, Christian *et al.* The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [s. l.], v. 54, n. 11, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01756-0>. Acesso em: 25 fev. 2024.

HAMPSHIRE, Adam *et al.* Cognition and Memory after Covid-19 in a Large Community Sample. **N Engl J Med**, [s. l.], v. 390, n. 1, 2024. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2311330?query=psychiatry&cid=DM2328383_Non_Subscriber&bid=2130856077. Acesso em: 05 mar. 2024.

HAO, Fengyi, *et al.* Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and

research implications for immunopsychiatry. **Brain, behavior, and immunity**, [s. l.], v. 87, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>. Acesso em: 08 out. 2023.

HARTZ, Sarah M. *et al.* Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 71, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060740/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

HARVEY, Philip D. *et al.* Functional impairment in people with schizophrenia: focus on employability and eligibility for disability compensation. **Schizophrenia research**, [s. l.], v. 140, n. 1-3, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22503642/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

HASAN, Mohammad J. *et al.* Mental Health of the COVID-19 Patients in Bangladesh. **Mymensingh Med J.** [s. l.], v. 30, n. 1, jan. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33397873/#full-view-affiliation-1>. Acesso em: 2 out. 2023.

HECKATHORN, Douglas D. Snowball versus respondent-driven sampling. **Sociol Methodol**, [s. l.], 2011, v. 41, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3250988/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

VAN HEES, Stijn V. *et al.* Access to healthcare and prevalence of anxiety and depression in persons with epilepsy during the COVID-19 pandemic: A multicountry online survey. **Epilepsy Behav**, [s. l.] v. 112, n. 107350, nov. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7481834/?report=reader>. Acesso em: 15 ago. 2023.

HINCAPIÉ, Maria Alejandra *et al.* Implementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. **Journal of primary care & community health**, [s. l.], v. 11, n. 2150132720980612, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33300414/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

HOFER, Alex *et al.* Mental health in individuals with severe mental disorders during the COVID-19 pandemic: a longitudinal investigation. **Schizophrenia**, Heidelberg, Germany, v. 8, n. 17, 8 mar. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8903129/>. Acesso em: 4 set. 2023.

HOSSAIN, Md Mahbub *et al.* Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. **F1000Res**, [s. l.], v. 9, n. 636. 23 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7549174/#ref-11>. Acesso em: 2 set. 2023.

HOSSAIN, Md Mahbub; SULTANA, Abida; PUROHIT, Neetu. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. **Epidemiology and Health**, [s. l.], v. 42, n. e2020038, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7644933/pdf/epih-42-e2020038.pdf>. Acesso em: 23 out. 2023.

HU, Jinzhuo *et al.* Early Mental Health and Quality of Life in Discharged Patients With COVID-19. **Frontiers in Public Health**, China, v. 9, n. 725505, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725505>. Acesso em: 20 out. 2023.

HUANG, Yeen; ZHAO, Ning. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry research**, [s. l.], v. 288, n. 112954, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>. Acesso em: 2 set. 2023.

HUNT, Glenn E. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. **Drug Alcohol Depend**, [s. l.], v. 191, n. 1, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30153606/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil/Minas Gerais. Projeção da população. BRASÍLIA – DF, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pesquisa/53/49645?ano=2022>. Acesso em: 13 fev. 2024.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Índice de Desenvolvimento Humano, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>. Acesso em: 13 fev. 2024.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Primeiro Trimestre de 2022. BRASÍLIA – DF, 2022b. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/2022/pnadc_202201_trimestre_caderno.pdf. Acesso em: 13 fev. 2024.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Download Geociências. 2023a. Disponível em: https://geofp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/estrutura_territorial/divisao_territorial/2022/. Acesso em: 03 mar. 2024.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores IBGE: Produto Interno Bruto - PIB. 2023b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>. Acesso em: 03 mar. 2024.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Minas Gerais. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. 2022c. Acesso em: 05 mar. 2024.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). Schizophrenia - Level 3 cause. Global Health Metrics. Seattle, Washington, 2019. Disponível em: https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/schizophrenia-level-3-cause. Acesso: 1 set. 2023.

INSTRUCTION MANUAL. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. **PHQ SCREENERS**. [2023?] Disponível em: <https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

JANÉ-LLOPIS, Eva *et al.* Mental ill-health during COVID-19 confinement. **BMC psychiatry**, [s. l.], v. 21,1, n. 194, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853562/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

JEONG, Hyunsuk *et al.* Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. **Epidemiology and health**, [s. l.], v. 38, n. e2016048, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5177805/>. Acesso em: 03 mar. 2024

JONGSMA, HANNAH E. *et al.* Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 75, n. 1, 2018. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2664479>. Acesso em: 13 fev. 2024.

KAHN, René., S. *et al.* Schizophrenia. **Nat Rev Dis Primers**, [s. l.], v. 1, n. 15067, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>. Acesso em: 20 ago. 2023.

KANTOR, Bella. N.; KANTOR, Jonathan. Mental Health Outcomes and Associations During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Population-Based Study in the United States. **Front Psychiatry**, United Kingdom, v. 11, n. 569083, dez. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7793873/pdf/fpsy-11-569083.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

KIRKBRIDE, James. B. *et al.* Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 7, n. 3, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031660>. Acesso em: 20 out. 2023.

LAMBERT, Martin *et al.* Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand**, [s. l.], v. 118, n. 3, set. 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0447.2008.01213.x>. Acesso em: 16 out. 2023.

LAURSEN, Thomas M.; NORDENTOFT, M.; MORTENSEN, Preben B. Excess early mortality in schizophrenia. **Annu Rev Clin Psychol**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24313570/>. Acesso em: 16 out. 2023.

LEI, Lei *et al.* Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. **Med Sci Monit**, [s. l.], v. 26, n. e924609, 26 abr. 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199435/pdf/medscimonit-26-e924609.pdf>. Acesso em: 23 out. 2023.

LI, Wen *et al.* The prevalence of depressive and anxiety symptoms and their associations with quality of life among clinically stable older patients with psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic. **Transl Psychiatry**, [s. l.], v. 11, n. 75, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7835649/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

LI, Xuanxuan *et al.* The global burden of schizophrenia and the impact of urbanization during 1990–2019: An analysis of the global burden of disease study 2019. **Environmental Research**, [s. l.], v. 232, n. 116305, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001393512301109X>. Acesso em: 03 mar. 2024.

LINK, Karsten *et al.* Telemedicine treatment of patients with mental disorders during and after the first COVID-19 pandemic lockdown in Germany - an observational study on feasibility and patient satisfaction. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 23(1), n. 654. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37670236/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

LIU, Guangyan *et al.* The higher the household income, the lower the possibility of depression and anxiety disorder: evidence from a bidirectional Mendelian randomization study. **Frontiers in psychiatry**, [s. l.], v. 14, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10694246/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

LONG, Yixiang *et al.* Violence, runaway, and suicide attempts among people living with schizophrenia in China: Prevalence and correlates. **PeerJ**, [s. l.], v. 10, n. e13033, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8896021/>. Acesso em: 01 fev. 2024.

ŁOŚ, Kacper; KULIKOWSKA, Joanna; WASZKIEWICZ, Napoleon. The Impact of the COVID-19 Virus Pandemic on the Incidence of First Psychotic Spectrum Disorders. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, Switzerland, v. 19, n. 7, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19073781>. Acesso em: 20 out. 2023.

LUO, Shan *et al.* Identifying factors contributing to increased susceptibility to COVID-19 risk: a systematic review of Mendelian randomization studies. **International journal of epidemiology**, [s. l.], v. 51, n. 4, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9047195/>. Acesso em: 25 fev. 2024.

MAKARA-STUDZIŃSKA, Marta; WOŁYNIAK, Malgorzata; KRYŚ, Karolina. Influence of anxiety and depression on quality of life of people with schizophrenia in the eastern region of poland. **ISRN Psychiatry**, [s. l.], v. 2012, n. 839324, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3658571/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

MARDER, Stephen. R.; CANNON, Tyrone. D. Schizophrenia. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 381, n. 18, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31665579/>. Acesso em: 16 out. 2023.

MARTINI, LARISSA CAMPAGNA *et al.* Experiência laboral e inclusão social de indivíduos com esquizofrenia. **Rev. bras. saúde ocup**, [s. l.], v. 44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/PB5pNM3p3SX8z5s3rTk553c/#>. Acesso em: 13 fev. 2024.

MASON, Tina M. *et al.* Quality of Life of Older Adults With Complicated Grief: A Mixed Methods Exploration. **Journal of gerontological nursing**, [s. l.], v. 48, n. 5, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35511060/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

MELO, Fellipe Oliveira; CAVAZZANA, Juliane Souza; AMARAL, Vivian Fernanda. Relato de caso: primeiro episódio psicótico após infecção por SARS-COV-2. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2022. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/400>. Acesso em: 17 jan. 2024.

MENEZES, Renata de Miranda *et al.* EQ-5D-3L as a health measure of Brazilian adult population. **Qual Life Res**, [s. l.], v. 24, n.1, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-015-0994-7#Sec5>. Acesso em: 03 mar. 2024.

MERTENS, Gaëtan *et al.* Fear of COVID-19 predicts vaccination willingness 14 months later. **J Anxiety Disord**, [s. l.], v. 88, n. 102574, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9047433/>. Acesso em: 18 dez. 2023.

MORAES, Déborah Grasyella; CORDEIRO, Eliana Lessa. Qualidade de vida dos usuários com esquizofrenia atendidos por centros de atenção psicossocial. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12248/14871>. Acesso em: 25 fev. 2024.

MORITZ, Steffen *et al.* Post-psychotic depression: Paranoia and the damage done. **Schizophrenia research**, [s. l.], v. 211, n. 1, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331785/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

MOSOLOV, Sergey N.; YALTONSKAYA, Polina A. Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia. **Frontiers in psychiatry**, [s. l.], v. 12, n. 766692, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8761803/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

MINAYO, Maria C. de S.; HARTZ, Zulmira M. de A.; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MGNbP3WcnM3p8KKmLSZVddn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial atualiza medidas de prevenção e controle contra a COVID-19 em ambientes de trabalho. Publicado em 01 abr. 2022. Atualizado em 03 nov. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/portaria-interministerial-atualiza-medidas-de-prevencao-e-controle-contra-a-covid-19-em-ambientes-de-trabalho>. Acesso em: 19 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Seis estados não registraram óbitos por COVID-19 nas últimas 24 horas. Publicado em 31 mar. 2022. Atualizado em 03 nov. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/seis-estados-nao-registraram-obitos-por-covid-19-nas-ultimas-24-horas>. Acesso em: 19 fev. 2024.

MORENO, André. L. *et al.* Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, [s. l.], v. 24, n. 1, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/180311>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MOURA, Adaene A. M. de *et al.* Is social isolation during the COVID-19 pandemic a risk factor for depression? **Rev. Bras. Enferm**, [s. l.], v. 75, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wmrZZ7ffTLFyz69csX38Nhc/?lang=en#>. Acesso em: 21 out. 2023.

MURRAY, Christopher J. L.; LOPEZ, Alan D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996. *E-book*. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/195443>. Acesso em: 15 out. 2023.

MURUGANANDAM, Partheeban *et al.* COVID-19 and Severe Mental Illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 291, n. 113265, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32763536/>. Acesso em: 15 out. 2023.

NETO, João F. R.; FERREIRA, Cleber G. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 13, n. 1, 2003. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1566#:~:text=Os%20mais%20freq%C3%BCentemnte%20utilizados%20s%C3%A3o,da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20>. Acesso em: 18 set. 2023.

OLFSON, Mark *et al.* Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 72, n. 12, 2015. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2466831>. Acesso em: 03 mar. 2024.

ONUR, Durmaz *et al.* Attitudes toward COVID-19 pandemic measures and clinical symptom severity in schizophrenia patients: a preliminary cross-sectional study. **The Journal of international medical research**, [s. l.], v. 51, n. 9, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10498707/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Palais de Chaillot, Paris, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org>. Acesso em: 29 out 2023.

ORSINI, Alessandro *et al.* Challenges and management of neurological and psychiatric manifestations in SARS-CoV-2 (COVID-19) patients. **Neurol Sci**, [s. l.], v. 41, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7410516/#CR7>. Acesso em: 20 abr. 2024.

PECKHAM, Emily *et al.* Investigating smoking and nicotine dependence among people with severe mental illness during the COVID-19 pandemic: analysis of linked data from a UK Closing the Gap cohort. **BJPsych open**, [s. l.], v. 7,3, n. e86, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8082119/>. Acesso em: 25 fev. 2024.

PÉREZ-CANO, Héctor J. *et al.* Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. **Cirurgia y Cirujanos (Eng)**, [s. l.], v. 88, n. 5, 2020. Disponível em: https://cirugiaycirujanos.com/frame_eng.php?id=357&l=en. Acesso em: 04 dez. 2023.

PHQ SCREENERS. Screener Overview. GAD-7 – Portuguese for Brazil. [20--a?] Disponível em: https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/GAD7_Portuguese%20for%20Brazil.pdf. Acesso em: 5 jun. 2021.

PHQ SCREENERS. Screener Overview. PHQ-9 – Portuguese for Brazil. [20--b?] Disponível em: https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9_Portuguese%20for%20Brazil.pdf. Acesso em: 5 jun. 2021.

PORTAL DO BUTANTAN. Retrospectiva 2021: segundo ano da pandemia é marcado pelo avanço da vacinação contra COVID-19 no Brasil. 31 dez. 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/retrospectiva-2021-segundo-ano-da-pandemia-e-marcado-pelo-avanco-da-vacinacao-contra-COVID-19-no-brasil>. Acesso em: 20 jan. 2024.

RAZAI, Mohammad S. *et al.* Mitigating the psychological effects of social isolation during the COVID-19 pandemic. **BMJ**, [s. l.], v. 369, n. m1904, mai. 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1904>. Acesso em: 1 out. 2023.

RÖSSLER, W. *et al.* Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? **Acta Psychiatrica Scand**, [s. l.], v. 100, n. 2, 1999. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10835.x>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em:

<https://oitavaturmadepsicofm.files.wordpress.com/2019/03/compecc82ndio-de-psiQUIATRIA-kaplan-e-sadock-2017.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SALOKANGAS, R. K. *et al.* To be or not to be married--that is the question of quality of life in men with schizophrenia. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [s. l.], v. 36, n. 8, 2001. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s001270170028#preview>. Acesso em: 25 fev. 2024.

SAMARI, Ellaisha *et al.* Stigma towards people with mental disorders: Perspectives of nursing students. **Archives of Psychiatric Nursing**, [s. l.], v.32, n. 6, 2018. Disponível em: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30287-X/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30287-X/fulltext). Acesso em: 15 fev. 2024.

SANTOS, Iná. S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w8cGvWXdk4xzLzPTwYVt3Pr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SANTOS, Marisa *et al.* Brazilian valuation of EQ-5D-3L health states: results from a saturation study. **Med Decis Making**, [s. l.], v. 36, n. 2, fev. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26492896/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SCHIZOPHRENIA ECONOMICS AND EFFECTIVENESS ASSESSMENT (SCHEEA). Base de dados. **Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia**. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia/ UFMG. 2018.

SHAH, Syed Mustafa Ali *et al.* Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. **Community mental health journal**, [s. l.], v. 57, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7590908/>. Acesso em: 26 fev. 2024

SHANBEHZADEH, Sanaz *et al.* Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. **Journal of Psychosomatic Research**, [s. l.], v. 147, n. 110525, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>. Acesso em: 20 out. 2023.

SHAHEDIFAR, Nasrin *et al.* Psychometric Properties of EQ-5D-3L Applied through Phone Follow-Ups: An Experience in PERSIAN Traffic Cohort. **Bull Emerg Trauma**, [s. l.], v.10, n. 4, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36568715/>. Acesso em: 03 mar. 2024.

SIEBENHOFER, Andrea *et al.* Predictors for adherent behavior in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional telephone survey. **Frontiers in public health**, [s. l.], v. 10, n. 894128, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9632415/>. Acesso em: 25 fev. 2024.

SILVA, Marcus. T. *et al.* Prevalence and correlates of depressive symptoms among adults living in the Amazon, Brazil: A population-based study. **J Affect Disord**, [s. l.], v. 222, nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28709023/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SKANTZE, Kerstin *et al.* Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic patients. **Ir J Psiquiatria**, [s. l.], v. 161, 1992. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/21672886_Comparison_of_quality_of_life_with_standard_of_living_in_schizophrenic_patients. Acesso em: 20 fev. 2024.

SMARR, Karen. L.; KEEFER, Autumn. L. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). **Arthritis Care & Research**, [s. l.], v. 63, n. 11, 2011. Disponível em: <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acr.20556>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SOLÉ, Brisa *et al.* Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. **J Affect Disord**, [s. l.], v. 281, n. 1, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33279864/>. Acesso em: 21 out. 2023.

SOLMI, MARCO *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. **Molecular psychiatry**, [s. l.], v. 27, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8960395/>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SOUZA, Leonardo Araújo de; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Braz. J. Psychiatry**, [s. l.], v. 28, n. 1, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/NnqthbpPYkb9QjdVm8sT4GH/?lang=pt#>. Acesso em: 18 fev. 2024.

STICKLEY, Andrew *et al.* Loneliness: its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former Soviet Union. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 8,7, n. e67978, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701665/>. Acesso em: 25 fev. 2024.

STRAUSS, Gregory P. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on negative symptoms in individuals at clinical high-risk for psychosis and outpatients with chronic schizophrenia. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, Germany, v. 272, n. 1, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33881621/>. Acesso em: 04 fev. 2024.

SUM, Min Yi *et al.* Internalized stigma as an independent predictor of employment status in patients with schizophrenia. **Psychiatric rehabilitation journal**, [s. l.], v. 44, n. 3, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33570980/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SUN, Yan *et al.* Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. **The American Journal on Addictions**, [s. l.], v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32500608/>. Acesso em: 1 out. 2023.

TAN, Wanqiu *et al.* Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. **Brain, Behavior, and Immunity**, [s. l.], v. 87, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120306036>. Acesso em: 24 out. 2023.

TESLI, Martin *et al.* Educational attainment and mortality in schizophrenia. **Acta psychiatrica Scandinavica**, [s. l.], v. 145, n. 5, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9305099/>. Acesso em: 21 fev. 2024.

VANZELER, Maria L. A. Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: instrumentos utilizados no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. [s. l.], v. 13, n. 1, 22 out. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados>. Acesso em: 18 out. 2023.

VICTOR, Nathan. Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia: cercada de tabus, doença tem tratamento no SUS. **Ministério da Saúde**, Saúde e Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/dia-nacional-da-pessoa-com-esquizofrenia-cercada-de-tabus-doenca-tem-tratamento-no-sus>. Acesso em: 20 ago. 2023.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 20 mar. 2021.

VOS, Theo *et al.* Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, London, England, v. 390, n. 10106, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605509/>. Acesso em: 01 fev. 2024.

WANG, Cuiyan *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 5, 6 mar. 2020a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>. Acesso em: 13 out. 2023.

WANG, Shu *et al.* Psychological distress and sleep problems when people are under interpersonal isolation during an epidemic: A nationwide multicenter cross-sectional study. **Eur Psychiatry**, [s. l.], v. 63, n. e77, 28 ago. 2020b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32854786/>. Acesso em: 24 out. 2023.

WANG, Xinxin; ZHANG, Chengrui; LUAN, Wei. Social isolation, depression, nutritional status and quality of life during COVID-19 among Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study. **BMJ open**, [s. l.], v.13, n. 9, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10510871>. Acesso em: 26 fev. 2024.

WOLFE, Rebecca M. *et al.* Domains of Vulnerability, Resilience, Health Habits, and Mental and Physical Health for Health Disparities Research. **Behav. Sci**, [s. l.], v. 12, n. 7, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-328X/12/7/240>. Acesso em: 01 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). New York, 1946. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 11 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 05 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depressive disorder (depression). [s. l.], 31 mar. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 11 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental disorders. [s. l.], 08 jun. 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 15 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. [s. l.], 2 mar. 2022b. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO, 2010. *E-book*. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=OvCT0PqdkaMC&oi=fnd&pg=PP2&ots=dnKwggkJQ3&sig=SatG_LwOOVtKSmQPCwTjZ2fWd6c&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 03 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Schizophrenia. [s. l.], 10 jan. 2022c. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. Acesso em: 1 set 2023.

XAVIER, Joao Paulo Vieira. Jusbrasil. 3 benefícios previdenciários que a pessoa com esquizofrenia tem direito de receber do INSS. 2022. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/3-beneficios-previdenciarios-que-a-pessoa-com-esquizofrenia-tem-direito-de-receber-do-inss/1518543647#:~:text=Existem%20tr%C3%AAs%20benef%C3%ADcios%20que%20a,conhecido%20como%20BPC%20ou%20LOAS>. Acesso em: 25 fev. 2024.

YGNATIOS, Nair Tavares Milhem *et al.* Predisposição a formas graves de COVID-19 e adesão às medidas de prevenção: o papel do apoio social. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mRQm5BMJhmtWQQ7MRzRW5fg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2024.

ZENG, Na *et al.* A systematic review and meta-analysis of long term physical and mental sequelae of COVID-19 pandemic: call for research priority and action. **Molecular Psychiatry**, [s. l.], v. 28, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01614-7>. Acesso em: 23 out. 2023.

ZHAO, Sheng Z. *et al.* Mental health crisis under COVID-19 pandemic in Hong Kong, China. **Int J Infect Dis**, [s. l.], v. 100, n. 1, nov. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32947051/>. Acesso em: 15 out. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TCLE

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em Esquizofrenia**”. A pesquisa tem como objetivo inicial “Realizar uma análise de efetividade e custo-efetividade do tratamento da esquizofrenia, satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde e relação subjetiva dos pacientes quanto ao uso de medicamentos antipsicóticos”. Nesta etapa da pesquisa pretendemos “avaliar o impacto da pandemia em pacientes usuários de medicamentos para o tratamento da esquizofrenia em comparação à população geral”. Você será questionado sobre medicamentos utilizados, dados relacionados a pandemia pela COVID-19 e também será aplicada uma pergunta qualitativa e três escalas (Instrumento EQ-5D-3L, *Patient Health Questionnaire-9* – PHQ-9 e *Generalized Anxiety Disorder* - GAD-7). Para esta última etapa de entrevistas, realizaremos o contato por telefone ou através de divulgação do questionário por meio de mídias sociais. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem no desconforto em responder algumas perguntas, porém os entrevistadores foram treinados para lidar com a situação e ajuda-los na entrevista. Caso sejam detectadas alterações importantes de saúde durante a entrevista, o Sr.(a) será encaminhado(a) para atenção em um serviço de saúde. A pesquisa tem contribuído para conhecer a efetividade e qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia e trará contribuições no entendimento do impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental de usuários de medicamentos antipsicóticos em comparação à população em geral.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido (a) pela farmácia e pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Este termo de consentimento encontra-se em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a) por e-mail, WhatsApp, carta via correios ou em anexo ao questionário no formato online. Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 4126 da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais e, após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “**Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em Esquizofrenia**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() Concordo que os meus dados sejam utilizados somente para esta pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Responsável: Cristina Mariano Ruas
 Endereço: Avenida Pres. Antônio Carlos, 6627. Faculdade de Farmácia
 CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG
 Telefones: (31) 34096906
 E-mail: crisruas@ufmg.br



04/08/2021

Assinatura do pesquisador responsável

Data

Nome completo do Pesquisador: Ester Adonai Pereira
 Endereço: Avenida Pres. Antônio Carlos, 6627. Faculdade de Farmácia
 CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG
 Telefones: (31) 34096906
 E-mail: projetoscheea@gmail.com



04/08/2021

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG
 Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.
 Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.
 E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.




**APÊNDICE B – Pareceres para o Certificado de Apresentação para Apreciação
Ética (CAAE)
Aprovação original**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia

Pesquisador: Cristina Mariano Ruas Brandão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57420616.9.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.691.265

Apresentação do Projeto:

A esquizofrenia é responsável por um sofrimento mental crônico e debilitante com um impacto econômico significativo para a sociedade. Acomete entre 0,3 a 1% da população. O tratamento da esquizofrenia é realizado com medicamentos de uma classe denominada como antipsicóticos. No Brasil, o Ministério da Saúde padronizou os medicamentos haloperidol, clorpromazina, risperidona, ziprasidona, olanzapina, quetiapina e clozapina para o tratamento dos pacientes com esquizofrenia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos que mediram a relação de custo-efetividade entre os antipsicóticos de segunda geração padronizados demonstraram haver dúvida entre risperidona e olanzapina quanto ao medicamento mais custo-efetivo no Brasil. Este estudo propõe uma análise de efetividade e custo-efetividade do tratamento da esquizofrenia, satisfação dos usuários do SUS e relação subjetiva dos pacientes quanto ao uso de medicamentos antipsicóticos. Inicialmente, será realizada uma coorte aberta, prospectiva, de pacientes em uso de risperidona ou olanzapina, atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). A coorte será conduzida em cinco entrevistas: uma entrevista para coleta de dados de baseline e quatro entrevistas seguintes, realizadas a cada três meses, via telefone, com a aplicação da escala EQ-5D-3L e coleta de dados para avaliação de custo e fatores de risco. O tempo de seguimento da coorte será de um ano. A avaliação econômica será realizada a partir dos dados da

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.691.265

coorte prospectiva, sob a perspectiva do SUS. Será desenvolvido ainda um estudo qualitativo com o objetivo de descrever como formam e se diferem as percepções, opiniões e atitudes acerca do uso de medicamentos antipsicóticos em pacientes portadores de esquizofrenia. O estudo terá como sujeitos portadores de esquizofrenia atendidos pela Farmácia do Ceaf e também aqueles pacientes que estão em residência terapêutica que estejam em uso de qualquer medicamento antipsicótico para esquizofrenia. O projeto é uma proposta original, inovadora, transdisciplinar e brasileira para aprofundar o conhecimento e produzir novas informações a respeito da esquizofrenia no contexto do país, ao agregar diferentes marcos teóricos e metodologias na avaliação em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Realizar uma análise de efetividade e custo-efetividade do tratamento da esquizofrenia, satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde e relação subjetiva dos pacientes quanto ao uso de medicamentos antipsicóticos.

Objetivo Secundário:

- Realizar uma análise da efetividade de tratamentos padronizados no Sistema Único de Saúde para a esquizofrenia através de uma coorte concorrente;
- Descrever o custo de internação hospitalar em pacientes com esquizofrenia;
- Realizar uma análise de custo-efetividade do tratamento com olanzapina ou risperidona para esquizofrenia no Sistema Único de Saúde;
- Descrever a experiência subjetiva do paciente em relação ao uso de medicamentos;
- Avaliar a satisfação dos usuários em relação ao serviço de acompanhamento em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem no desconforto em responder algumas perguntas, porém os entrevistadores serão treinados para lidar com a situação e ajuda os participantes durante a entrevista.

- Benefícios:

Geração de novo conhecimento sobre o tratamento da esquizofrenia no Brasil, podendo gerar melhorias para o atendimento dos pacientes.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.691.265

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta uma temática relevante e está bem delineada. Seu mérito científico já foi aprovado pelo Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG. Quanto aos aspectos éticos, sugiro incluir a FHEMIG como instituição coparticipante do estudo. Além disso, no TCLE, versão da pesquisa qualitativa, os autores apresentam os contatos do CONSET – Conselho de Ética Pública da FHEMIG, não repetindo tal procedimento no TCLE, versão da pesquisa quantitativa. Sugiro que a informação seja incluída também nesta última versão de TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Informações básicas do projeto de pesquisa;
- Projeto de pesquisa na íntegra;
- Folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador responsável e pela Vice-Diretora da Faculdade de Farmácia da UFMG;
- Parecer consubstanciado do Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG aprovando o projeto de pesquisa;
- Duas versões de TCLE, sendo uma para o estudo quantitativo e outro para o estudo qualitativo;
- Troca de correspondência com o responsável pela Assistência Farmacêutica da SES/MG sobre a anuência de realização da pesquisa.

Recomendações:

Descritas acima.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, sou, salvo melhor juízo dos demais membros, pela aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.691.265

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_701198.pdf	29/06/2016 13:35:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEQLFinal.docx	29/06/2016 13:30:29	André Soares Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEQTFinal.docx	29/06/2016 13:30:10	André Soares Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaoCDScheea.pdf	29/06/2016 13:26:02	André Soares Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMG.pdf	29/06/2016 13:24:54	André Soares Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SCHEEAProject.docx	29/06/2016 13:24:05	André Soares Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.PDF	29/06/2016 13:22:53	André Soares Santos	Aceito
Outros	574206169aprovacao.pdf	23/08/2016 14:48:00	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Agosto de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

EMENDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia

Pesquisador: Cristina Mariano Ruas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57420616.9.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.807.908

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa conduzido pela pesquisadora Cristina Mariano Ruas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais que tem como objetivo analisar a efetividade e custo-efetividade do tratamento da esquizofrenia, além de verificar a satisfação e a relação subjetiva dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde quanto ao uso de medicamentos antipsicóticos. Para realização da pesquisa foi conduzido estudo de coorte aberta, prospectiva, de pacientes em uso de risperidona ou olanzapina, atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). As etapas da pesquisa incluem cinco entrevistas, a primeira foi o baseline (realizado em 2017) e as quatro seguintes foram programadas para serem realizadas, via telefone, a cada três meses e consistiam na aplicação da escala EQ-5D-3L e levantamento de dados sobre custo e fatores de risco. Foi previsto um ano para o tempo de seguimento da coorte. Contudo, houve atrasos, por parte da agência de fomento, da liberação e dificuldades para identificação do contato telefônico da população de estudo e quanto aos recursos humanos para realizar as ligações telefônicas. Atualmente, a pesquisa está na fase de planejamento da última onda de entrevistas nas quais pretende-se coletar os dados já informados e aprovados pelo COEP e acrescentar a coleta de informações sobre a influência da pandemia nestes pacientes. Assim, a pesquisadora solicita emenda para alteração nos seguintes pontos do Projeto:

1) Cronograma, a ser prorrogado até 2022;

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/J 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.807.908

2) Inclusão do seguinte objetivo específico: “avaliar o impacto da pandemia em pacientes usuários de medicamentos para o tratamento da esquizofrenia em comparação a população geral”

3) utilização de dados atuais, a saber números de telefones, de pacientes usuários de medicamentos para o tratamento da esquizofrenia.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito pelos pesquisadores o objetivo primário do estudo é “realizar uma análise de efetividade e custo-efetividade do tratamento da esquizofrenia, satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e relação subjetiva dos pacientes quanto ao uso de medicamentos antipsicóticos” e os objetivos secundários são: “realizar uma análise da efetividade de tratamentos padronizados no SUS para a esquizofrenia através de uma coorte concorrente; descrever o custo de internação hospitalar em pacientes com esquizofrenia; realizar uma análise de custo-efetividade do tratamento com olanzapina ou risperidona para esquizofrenia no SUS; descrever a experiência subjetiva do paciente em relação ao uso de medicamentos; avaliar a satisfação dos usuários em relação ao serviço de acompanhamento em saúde mental”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da participação na pesquisa consiste na possibilidade de desconforto ao responder algumas perguntas do questionário e para amenizá-lo os entrevistadores serão treinados para ajudar os participantes durante as entrevistas. Não foram identificados benefícios diretos para os participantes, mas indiretamente poderá resultar nas melhorias do atendimento oferecidos aos pacientes com esquizofrenia no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As documentações de aprovação da pesquisa pelo COEP e Departamento da UFMG, bem como de comprovante de contato feito com a Superintendência de Assistência Farmacêutica Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, datam de 2016. Portanto, informa-se que a aprovação do COEP da emenda atual, não exige o pesquisador de atualizar as aprovações e obter outros documentos, como o TCUD, conforme exigências dos demais órgãos aos quais o Projeto de pesquisa está vinculado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos enviados pelos pesquisadores:

- Informações básicas do projeto na qual o novo objetivo proposto na emenda não foi incluído na seção de objetivos.
- Carta da pesquisadora com a solicitação e justificativa para a Emenda.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.807.908

- Questionário da Entrevista a ser realizada por telefone com o paciente com esquizofrenia e no qual contam as perguntas para cumprir o novo objetivo relacionado o impacto da pandemia de COVID-19.
- Questionário da Entrevista para população em geral. Para o qual cabe esclarecimento sobre os procedimentos e TCLE para esta população. Observar que nas informações básicas do projeto foi informado que serão incluídos apenas "pacientes de 18 a 60 anos de idade, diagnosticados com esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme ou transtorno esquizoafetivo como definida pela CID-10 (WHO, 1997). Os pacientes devem estar em uso de risperidona ou olanzapina, por via oral", faltando detalhar sobre inclusão de população geral no estudo.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participantes dos procedimentos presencial do baseline e as quatro entrevistas por telefone enviado em 2016. Não consta versão atualizada deste TCLE, incluindo as informações com o novo objetivo específico: "avaliar o impacto da pandemia em pacientes usuários de medicamentos para o tratamento da esquizofrenia em comparação a população geral"
- Projeto Detalhado, enviado em 2016
- Cópia de documento, de 19 de agosto de 2016, contendo a decisão e aprovação do COEP-UFMG para a pesquisa.
- Cópia de um E-mail, enviado a pesquisadora, em 25 de maio de 2016, pela Assessoria da Diretoria de Medicamentos de Alto Custo da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais contendo informações sobre a solicitação de dados para pesquisas científicas na área da saúde mental
- Parecer e Aprovação, em 08/06/2016, do Projeto pela Assembleia departamental da Faculdade de Farmácia da UFMG.

Recomendações:

Foi informado na carta de encaminhamento de emenda que "a atual coordenadora da Farmácia do CEAF foi convidada para compor o grupo de pesquisas e a mesma mostrou-se interessada" e que "relatório parcial da pesquisa esta sendo confeccionado e assim que possível, encaminharemos ao COEP". Recomenda-se que novas alterações, como inclusão de novos pesquisadores, seja enviadas no formato de emendas e que relatórios de pesquisa sejam enviados via notificação com regularidade para o COEP.

- Atualizar cronograma - detalhar a data da coleta que ainda será realizada a qual se refere a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 4.807.908

emenda. Na carta referente a emenda, a pesquisadora informa que a última etapa da coleta de dados será prorrogada até 2022, mas o cronograma disponibilizado no projeto e nas informações básicas incluídas na Plataforma Brasil apresentam coletas somente até 2018.

- Esclarecer os procedimentos que envolvem a aplicação do Questionário da entrevista para população geral (Documento com título "Inquérito 4 – Onda pós COVID-19 – População em geral"). É necessária atualização das informações sobre os procedimentos para captação desta população no estudo, o que ainda não informado nos documentos enviados ao CEP.
- TCLE - recomenda-se sejam acrescentadas as seguintes informações:
 - ampliação dos objetivos da pesquisa, explicando sobre os temas que serão contemplados nesta última etapa de entrevistas;
 - informar como o participante receberá a sua via do TCLE, uma vez que a entrevista será por telefone;
 - numeração de páginas;
 - rubricas nas páginas, exceto a página final com assinaturas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada na condição de se atender as recomendações descritas acima, via notificação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1753791_E1.pdf	12/05/2021 19:27:51		Aceito
Outros	EMENDA.pdf	12/05/2021 19:26:45	Cristina Mariano Ruas	Aceito
Outros	Q_PAC.pdf	12/05/2021 19:26:29	Cristina Mariano Ruas	Aceito
Outros	Q_POP.pdf	12/05/2021 19:25:35	Cristina Mariano Ruas	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.807.908

Outros	574206169aprovacao.pdf	23/08/2016 14:48:00	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEQLFinal.docx	29/06/2016 13:30:29	André Soares Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEQTFinal.docx	29/06/2016 13:30:10	André Soares Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaoCDScheea.pdf	29/06/2016 13:26:02	André Soares Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMG.pdf	29/06/2016 13:24:54	André Soares Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SCHEEAProject.docx	29/06/2016 13:24:05	André Soares Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.PDF	29/06/2016 13:22:53	André Soares Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 25 de Junho de 2021

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE C - Questionários semiestruturados para os pacientes com esquizofrenia e para a população geral

INQUÉRITO – PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA

- 1) ID _____
- 2) Data _____
- 3) Horário de início __: __
- 4) Quem respondeu ao inquérito:
 - Paciente
 - Cuidador
 - Outro: _____
- 5) Data de nascimento/Idade:
- 6) Sexo:
 - Feminino
 - Masculino

Dados sociodemográficos

- 7) Qual o seu estado civil?
 - Solteiro
 - Casado/União estável
 - Viúvo (a)
 - Separado/Divorciado
 - Não respondeu
- 8) Qual a sua escolaridade?
 - Sem instrução ou ensino fundamental incompleto
 - Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto
 - Ensino médio completo ou ensino superior incompleto
 - Ensino superior completo
 - Pós-graduação completo ou pós-graduação incompleto
 - Não sabe
 - Não respondeu
- 9) Como você define sua cor de pele/raça?
 - Branca
 - Preta
 - Parda
 - Amarelo
 - Indígena
 - Não sabe
 - Não respondeu

Dados dos medicamentos

- 10) Quais medicamentos (antipsicóticos) você está utilizando e quantas vezes ao dia? Caso o (a) paciente não se lembre, perguntar se não pode pegar a receita. Se tiver dificuldades para relatar, sugerir que envie por e-mail/ WhatsApp, etc.
- Haloperidol 1 mg (1) (2) (3) (Outro)
 - Haloperidol 5 mg (1) (2) (3) (Outro)
 - Haloperidol solução oral 2 mg/mL (1) (2) (3) (Outro)
 - Clorpromazina 25 mg (1) (2) (3) (Outro)
 - Clorpromazina 100 mg (1) (2) (3) (Outro)
 - Clorpromazina solução oral 40 mg/mL (1) (2) (3) (Outro)
 - Olanzapina 5 mg (1) (2) (3) (Outro)
 - Olanzapina 10 mg (1) (2) (3) (Outro)

- Clozapina 25 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Clozapina 100 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Quetiapina 25 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Quetiapina 100 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Quetiapina 200 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Quetiapina 300 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Risperidona 1 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Risperidona 2 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Risperidona 3 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Ziprasidona 40 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Ziprasidona 80 mg (1) (2) (3) (Outro)
- Não usa
- Não sabe

11) Se 4 ou mais, colocar o nome do medicamento e a quantidade diária. Se outros medicamentos colocar aqui. _____

12) Quantos comprimidos por dose?

Medicamento 1 1 2 3 4

Medicamento 2 1 2 3 4

Medicamento 3 1 2 3 4

Medicamento 4 1 2 3 4

Não faz uso de antipsicóticos 1 2 3 4

13) Observações (Especificar nos casos > 4 medicamentos e/ou comprimidos por dose ou outras apresentações, como por exemplo líquidas) Se não for o caso, escrever: não se aplica.

14) Há quanto tempo está utilizando o medicamento antipsicótico?

Haloperidol Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Clorpromazina Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Olanzapina Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Clozapina Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Quetiapina Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Risperidona Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Ziprasidona Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Não usa Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

Não sabe Até 6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses Não sabe

15) Observações. Se não for o caso, escrever: NA (não se aplica)

16) (Para pacientes em uso de clozapina). Com qual periodicidade você tem realizado os hemogramas (exames de sangue)? Se não for o caso, escrever: NA (não se aplica).

17) Se não utiliza os medicamentos antipsicóticos, qual o motivo da suspensão?

Reações adversas ao medicamento (Exemplos: sonolência, tremores, ganho de peso, tontura, etc)

Melhora do quadro clínico

Questões religiosas

Questões econômicas

Pandemia da COVID-19

Não se aplica

Outro: _____

18) Se não utiliza medicamentos antipsicóticos, quem foi o responsável por suspender?

Médico psiquiatra

Outro médico

Próprio paciente

Parentes

Não se aplica

Outro: _____

19) Quais medicamentos você utiliza, além do antipsicótico? (Indicar nome, dosagem, quantidade diária e quantos comprimidos por dose/mililitros)

Dados relacionados a pandemia da COVID-19

20) Você está com COVID-19?

- Sim
- Não
- Talvez
- Não sei

21) Você teve COVID-19 nos últimos 6 (seis) meses?

- Sim
- Não
- Tive COVID-19 há mais de 6 meses
- Talvez
- Não sei

22) O diagnóstico foi confirmado por exames laboratoriais?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

23) Apresentou algum sintoma físico recente? (Febre, calafrios, dor de cabeça, mialgia, tosse, dificuldade em respirar, tontura, coriza, dor de garganta, náusea, vômito ou diarreia)

- Sem sintomas físicos
- Pelo menos um dos sintomas físicos.

24) Precisou ficar internado, nos últimos 6 meses?

- Sim, devido a infecção pela COVID-19
- Não
- Precisou ficar internado, mas por problemas psiquiátricos.
- Precisou ficar internado, mas por outros motivos.

25) Alguém próximo (familiar/amigo/cuidador) teve COVID-19 nos últimos 6 (seis) meses?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza
- Não sei

26) Caso seja um familiar a pessoa próxima que teve COVID-19 nos últimos 6 (seis) meses, qual o grau de parentesco?

27) Você fez isolamento nos últimos 6 (seis) meses? Se sim, por quanto tempo?

- Sim, por < 1 mês
- Sim, entre 1-2 meses
- Sim, entre 2-3 meses
- Sim, entre 3-4 meses
- Sim, entre 4-5 meses
- Sim, entre 5-6 meses
- Sim, por > meses
- Sim, mas não sei por quanto tempo
- Não

28) Sobre as medidas de proteção para COVID-19 nos últimos 6 (seis) meses, com qual frequência você tem utilizado máscaras de proteção?

- Sempre
- A maior parte do tempo

- Às vezes
- Ocasionalmente
- Nunca

29) Ainda sobre as medidas de proteção para COVID-19 nos últimos 6 (seis) meses, com qual frequência você tem realizado a lavagem das mãos com água e sabão?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Às vezes
- Ocasionalmente
- Nunca

30) Ainda sobre as medidas de proteção para COVID-19 nos últimos 6 (seis) meses, com qual frequência você tem utilizado álcool em gel?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Às vezes
- Ocasionalmente
- Nunca

31) Ainda sobre as medidas de proteção para COVID-19 nos últimos 6 (seis) meses, com qual frequência você tem evitado aglomerações?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Às vezes
- Ocasionalmente
- Nunca

32) Você trabalha atualmente?

- Empregado
- Desempregado
- Estudante
- Aposentado(a)
- Trabalhador autônomo
- Afastado pelo INSS (recebe auxílio doença)
- Pensionista

33) Quantas pessoas moram com você, considerando os últimos 6 (seis) meses?

34) (Se mais de uma pessoa mora com você) Elas têm passado mais tempo em casa durante a pandemia, nos últimos 6 (seis) meses?

- Sim
- Não
- Não houve alteração
- Moro sozinho (a)
- Não sei

35) Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? Lembrar de reforçar que o(a) estudo, não afetará o fornecimento dos medicamentos ou quaisquer serviços prestados ao paciente.

- Nenhuma renda
- Até 1 salário mínimo (< R\$ 1.100,00)
- De 1 a 3 salários mínimos (R\$ 1.100,01 a R\$ 3.300,00)
- De 3 a 6 salários mínimos (R\$ 3.300,01 a R\$ 6.600,00)
- De 6 a 9 salários mínimos (R\$ 6.600,01 a R\$ 9.900,00)
- De 9 a 12 salários mínimos (R\$ 9.900,01 a R\$ 13.200,00)
- Acima de 12 salários mínimos (> R\$ 13.200,00)

36) Sua renda familiar sofreu alteração durante a pandemia nos últimos 6 (seis) meses?

- Sim, aumento.
- Sim, redução.
- Não houve alteração.
- Sem renda.

37) Como têm sido realizadas suas consultas com o psiquiatra nos últimos 6 (seis) meses?

- Presencialmente
- Remotamente
- Fui apenas trocar receita médica
- Parentes e/ou cuidadores têm ido somente trocar a receita médica.
- Não fiz consultas.

38) Você faz uso de bebida alcoólica?

- Sim
- Não

39) Como tem sido o consumo durante a pandemia, nos últimos 6 (seis) meses?

- Aumentou
- Diminuiu
- Inalterado
- Iniciou durante a pandemia
- Interrompeu o uso durante a pandemia

40) Você fuma cigarro?

- Sim
- Não

41) Como tem sido o consumo durante a pandemia, nos últimos 6 (seis) meses?

- Aumentou
- Diminuiu
- Inalterado
- Iniciou durante a pandemia
- Interrompeu o uso durante a pandemia

42) Você faz uso de drogas ilícitas (Exemplos: cocaína, maconha, crack...?)

- Sim
- Não

43) Como tem sido o uso durante a pandemia, nos últimos 6 (seis) meses?

- Aumentou
- Diminuiu
- Inalterado
- Iniciou durante a pandemia
- Interrompeu a prática durante a pandemia

44) Você pratica atividades físicas?

- Sim
- Não

43) Se sim, como tem sido a prática durante a pandemia, nos últimos 6 (seis) meses?

- Aumentou
- Diminuiu
- Inalterado
- Iniciou durante a pandemia
- Interrompeu a prática durante a pandemia

46) Houve alguma situação marcante nos últimos 6 (seis) meses (acidente, roubo, morte, gravidez, etc)?

Questão qualitativa

47) Pergunta aberta: como você se sente na atual pandemia da COVID-19, em poucas palavras?

INQUÉRITO – POPULAÇÃO GERAL DE MG

- 1) Você tem mais de 18 (dezoito) anos?
- 2) Qual a sua idade?
- 3) Sexo:
 - Feminino
 - Masculino
- 4) Algum médico já diagnosticou você com esquizofrenia ou algum outro transtorno mental?
 - Sim
 - Não
 - Prefiro não responder
- 5) Em qual estado você reside?
- 6) Em qual município de Minas Gerais você reside?

Dados sociodemográficos

- 7) Qual o seu estado civil?
 - Solteiro
 - Casado/União estável
 - Viúvo (a)
 - Separado/Divorciado
 - Não respondeu
- 8) Qual a sua escolaridade?
 - Sem instrução ou ensino fundamental incompleto
 - Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto
 - Ensino médio completo ou ensino superior incompleto
 - Ensino superior completo
 - Pós-graduação completo ou pós-graduação incompleto
 - Não sabe
 - Não respondeu
- 9) Como você define sua cor de pele/raça?
 - Branca
 - Preta
 - Parda
 - Amarelo
 - Indígena
 - Não sabe
 - Não respondeu

Uso de medicamentos

- 10) Você faz uso de medicamentos controlados (medicamentos vendidos com retenção de receita)?
 - Sim
 - Não

Dados relacionados a pandemia da COVID-19

- 11) Você está com COVID-19?
 - Sim
 - Não
 - Talvez
 - Não sei
- 12) Você teve COVID-19 nos últimos 12 (seis) meses?
 - Sim

- Não
- Sim, tive COVID-19 há mais de 12 meses
- Talvez
- Não sei

13) O diagnóstico foi confirmado por exames laboratoriais?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

14) Apresentou pelo menos três dos seguintes sintomas físicos recentemente? (Febre, calafrios, dor de cabeça, dor muscular, tosse, dificuldade em respirar, tontura, corrimento nasal, dor de garganta, náusea, vômito ou diarreia)

- Sem sintomas físicos
- Pelo menos um dos sintomas físicos.

15) Você precisou ficar internado, nos últimos 12 (doze) meses?

- Sim, devido a infecção pela COVID-19
- Não
- Precisou ficar internado, mas por problemas psiquiátricos.
- Precisou ficar internado, mas por outros motivos.

16) Alguém próximo (familiar/amigo/cuidador) teve COVID-19 nos últimos 12 (doze) meses?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza
- Não sei

17) Você fez isolamento nos últimos 12 (doze) meses? Se sim, por quanto tempo?

- Sim, por < 1 mês
- Sim, entre 1-2 meses
- Sim, entre 2-3 meses
- Sim, entre 3-4 meses
- Sim, entre 4-5 meses
- Sim, entre 5-6 meses
- Sim, por > meses
- Sim, mas não sei por quanto tempo
- Não

18) Nos últimos 12 (doze) meses, com qual frequência você tem utilizado máscaras de proteção?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Às vezes
- Ocasionalmente
- Nunca

19) Nos últimos 12 (doze) meses, com qual frequência você tem realizado a lavagem das mãos com água e sabão?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Às vezes
- Ocasionalmente
- Nunca

20) Nos últimos 12 (doze) meses, com qual frequência você tem utilizado álcool em gel?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Às vezes
- Ocasionalmente

Nunca

21) Nos últimos 12 (doze) meses, com qual frequência você tem evitado aglomerações?

Sempre

A maior parte do tempo

Às vezes

Ocasionalmente

Nunca

22) Você trabalha atualmente?

Empregado

Desempregado

Estudante

Aposentado(a)

Trabalhador autônomo

Afastado pelo INSS (recebe auxílio doença)

Pensionista

23) Quantas pessoas moram com você, considerando os últimos 12 (doze) meses?

24) (Se mais de uma pessoa mora com você) Elas têm passado mais tempo em casa durante a pandemia, nos últimos 12 (doze) meses?

Sim

Não

Não houve alteração

Moro sozinho (a)

Não sei

25) Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

Nenhuma renda

Até 1 salário mínimo (< R\$ 1.100,00)

De 1 a 3 salários mínimos (R\$ 1.100,01 a R\$ 3.300,00)

De 3 a 6 salários mínimos (R\$ 3.300,01 a R\$ 6.600,00)

De 6 a 9 salários mínimos (R\$ 6.600,01 a R\$ 9.900,00)

De 9 a 12 salários mínimos (R\$ 9.900,01 a R\$ 13.200,00)

Acima de 12 salários mínimos (> R\$ 13.200,00)

26) Sua renda familiar sofreu alteração durante a pandemia nos últimos 12 (doze) meses?

Sim, aumento.

Sim, redução.

Não houve alteração.

Sem renda.

27) Você faz uso de bebida alcoólica?

Sim

Não

28) Como tem sido o consumo durante a pandemia, nos últimos 12 (doze) meses?

Aumentou

Diminuiu

Inalterado

Iniciou durante a pandemia

Interrompeu o uso durante a pandemia

29) Você fuma cigarro?

Sim

Não

30) Como tem sido o consumo durante a pandemia, nos últimos 12 (doze) meses?

- Aumentou
- Diminuiu
- Inalterado
- Iniciou durante a pandemia
- Interrompeu o uso durante a pandemia

31) Você faz uso de drogas ilícitas (Exemplos: cocaína, maconha, crack...?)

- Sim
- Não

32) Como tem sido o uso durante a pandemia, nos últimos 12 (doze) meses?

- Aumentou
- Diminuiu
- Inalterado
- Iniciou durante a pandemia
- Interrompeu a prática durante a pandemia

33) Você pratica atividades físicas? Considerar apenas atividade(s) que somem no mínimo 150 minutos por semana.

- Sim
- Não

34) Se sim, como tem sido a prática durante a pandemia, nos últimos 12 (doze) meses?

- Aumentou
- Diminuiu
- Inalterado
- Iniciou durante a pandemia
- Interrompeu a prática durante a pandemia

35) Houve alguma situação marcante nos últimos 12 (doze) meses (acidente, morte, gravidez, casamento, etc)?

Questão qualitativa

36) Pergunta aberta: como você se sente na atual pandemia da COVID-19?

Fonte: Elaboração própria do SCHEEA.

ANEXOS**ANEXO A - Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7)**

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?

(Marque sua resposta com “√”)

1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

3. Preocupar-se muito com diversas coisas

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

4. Dificuldade para relaxar

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

Fonte: PHQ SCREENERS [20--a?]

ANEXO B - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

(Marque sua resposta com “✓”)

1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia

() Nenhuma vez

() Vários dias

() Mais da metade dos dias

() Quase todos os dias

5. Falta de apetite ou comendo demais

() Nenhuma vez

() Vários dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a

Nenhuma vez

Vários dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão

Nenhuma vez

Vários dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume

Nenhuma vez

Vários dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a

Nenhuma vez

Vários dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma dificuldade

Alguma dificuldade

Muita dificuldade

Extrema dificuldade

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

Fonte: PHQ SCREENERS, [20--b?]

ANEXO C – Questionário EQ-5D-3L

Agora, nós vamos falar sobre questões como mobilidade, cuidados pessoais e alguns sintomas.

A1. Mobilidade (Você tem algum problema para andar ou se locomover?)

1. Não tenho problemas em andar
2. Tenho alguns problemas em andar
3. Estou limitado a ficar na cama

A2. Cuidados pessoais (Você consegue realizar cuidados pessoais sozinho, como se lavar ou se vestir?)

1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
2. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho.

A3. Atividades habituais (Você tem problemas para desempenhar atividades habituais como trabalho, estudos, atividades domésticas, em família ou de lazer?)

1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

A4. Dor / Mal-estar (Você sente alguma dor ou mal estar? Se sim em qual intensidade?)

1. Não tenho dores ou mal-estar
2. Tenho dores ou mal-estar moderadas
3. Tenho dores ou mal-estar extremos

A5. Ansiedade / Depressão (Você tem se sentido ansioso ou deprimido?)

1. Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
2. Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)

3. Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

Fonte: EuroQol [20--?]