



## **ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Isadora Veras Araújo Soares <sup>1</sup>, Marcela Rodrigues Nogueira Carvalho <sup>1</sup>, Alana Jessyca Costa Sipaubá <sup>2</sup>, Amanda Cristina Barcelos de Carvalho da Costa <sup>3</sup>, Juliana Régis Araújo Coutinho <sup>4</sup>, Andressa Aparecida Pereira Sobrinho <sup>5</sup>

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **RESUMO**

Apresenta-se uma revisão integrativa de literatura acerca do espectro da esquizofrenia, seus aspectos clínicos, epidemiológicos, bem como o impacto dessa condição na vida do indivíduo. A esquizofrenia é uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. É caracterizada por distorções do pensamento, da percepção de si e da realidade externa. É uma síndrome de longa duração e de início precoce, associada a uma série de sintomas e sinais como alucinações, apatia, isolamento social e até suicídio. Tem origem multifatorial onde os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença. Utilizam-se critérios diagnósticos para definir o quadro, que pode coexistir com outras comorbidades. Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir na melhoria e na qualidade de vida dos pacientes, assim como um tratamento voltado para os vários aspectos que esse transtorno apresenta.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia, clínica, epidemiologia.

# CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF SCHIZOPHRENIA: A LITERATURE REVIEW

## ABSTRACT

An integrative literature review is presented on the spectrum of schizophrenia, its clinical and epidemiological aspects, as well as the impact of this condition on the individual's life. Schizophrenia is a chronic idiopathic psychosis, appearing to be a set of different illnesses with similar and overlapping symptoms. It is characterized by distortions of thought, self-perception and external reality. It is a long-lasting syndrome with an early onset, associated with a series of symptoms and signs such as hallucinations, apathy, social isolation and even suicide. It has a multifactorial origin where genetic and environmental factors seem to be associated with an increased risk of developing the disease. Diagnostic criteria are used to define the condition, which can coexist with other comorbidities. There is a need for a multidisciplinary team to intervene to improve patients' quality of life, as well as treatment aimed at the various aspects of this disorder.

**Keywords:** Schizophrenia, clinical, epidemiology.

**Instituição afiliada** – 1- Centro Universitário Uninovafapi; 2- Centro Universitário UniFacid Wyden; 3- Universidade Unigranrio Afya; 4- Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; 5- Instituição de Educação Superior do Vale do Parnaíba.

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 10 de Abril e publicado em 30 de Maio de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p2448-2461>

**Autor correspondente:** Isadora Veras Araújo Soares [isadora.veras@hotmail.com](mailto:isadora.veras@hotmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia segundo a Organização Mundial de Saúde (2000) é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras e ainda por muito a ser estudada até hoje. Segundo a Classificação Internacional das Doenças é uma enfermidade complexa, caracterizada por distorções do pensamento, da percepção de si mesmo e da realidade externa, além de inadequação e embotamento do afeto.

O conceito moderno de Esquizofrenia foi formalizado pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin no final do século XIX, e o termo, criado por Eugenio Bleuler em 1911, a partir do grego schizo (dividir ou clivar) e phren (mente), significa literalmente mente desdobrada, ou seja, cisão das funções mentais, pensamento “separado” da realidade, dissociação entre o pensamento do doente e a realidade física do seu corpo e do ambiente (SILVA, et al, 2016).

Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta. Geralmente se inicia de maneira insidiosa, com sintomas prodrômicos pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Pode ser subdividida em três subtipos clássicos: paranóide, hebefrênica e catatônica.

Os aspectos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição. Alucinações e delírios são freqüentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos, e os delírios em mais de 90% deles (SILVA, 2006). Esse estudo, portanto, tem como objetivo revisar a literatura científica sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da esquizofrenia, bem como seu impacto na vida do indivíduo e da sua família.



## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de maio de 2024. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os descritores esquizofrenia, clínica, epidemiologia, aliados ao operador AND, que foram utilizados de forma combinada em buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, MedLine/Pubmed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos originais com textos completos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2000 a 2024. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, aqueles não disponíveis em texto completo e artigos de revisão.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **Definição e epidemiologia**

A esquizofrenia é uma psicose crônica idiopática causada por diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno. O indivíduo apresenta alguns sintomas característicos da esquizofrenia, conhecidos como sintomas positivos e sintomas negativos. Os sintomas positivos são aqueles em que ocorrem comportamentos adicionais nos momentos de crise psiquiátrica como delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento (catatonia, transtornos dos movimentos, entre outros). Os sintomas negativos, por sua vez, são aqueles em que ocorre perda da função, caracterizando-se por diminuição da atividade motora e psíquica, bem como das manifestações emocionais, exemplificados como afeto plano e anedonia (OLIVEIRA; FACINA; JÚNIOR, 2012).

É subdividida em tipos, na qual cada uma possui características próprias: a esquizofrenia paranoide caracteriza-se pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações e de perturbações das percepções. A Esquizofrenia hebefrênica caracteriza-se pela presença



proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível. A Esquizofrenia Catatônica é caracterizada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. A Esquizofrenia Residual é caracterizada pela presença persistente de sintomas “negativos” embora não forçosamente irreversíveis. A Esquizofrenia simples caracteriza-se pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Há ainda a esquizofrenia Indiferenciada, Depressão pós-esquizofrênica, outras e não especificadas.

É um transtorno de longa duração no qual o indivíduo experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família, causa diversos danos e perdas nas habilidades de todo grupo: diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, para trabalhar, para se relacionar individual e socialmente e para manter pensamentos completos (SILVA, et al, 2016).

As revisões dos estudos de prevalência de esquizofrenia originam uma estimativa aproximada de 0,5%. Os estudos de prevalência realizados nos últimos anos sugerem uma prevalência aproximada de esquizofrenia na ordem de 1%. As diferentes estimativas de incidência da esquizofrenia sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes. A incidência real deve estar entre 1 e 7 casos novos para 10.000 habitantes por ano, dependendo do critério diagnóstico adotado na estimativa.

Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil originam estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas em outros países. Não há consistência de possíveis diferenças na prevalência da esquizofrenia entre sexos, independentemente da metodologia empregada nos diferentes levantamentos epidemiológicos.

O começo da doença é mais precoce no homem do que na mulher. Entretanto, na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade de início é mais precoce para homens e para mulheres. Além disso, casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 50 anos e as mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social (MARI; LEITÃO, 2000).

## Fatores de risco

Segundo o DSM-V, fatores ambientais, como a estação do ano no nascimento é associada à incidência da esquizofrenia, incluindo fim do inverno/início da primavera em alguns locais e verão para a forma da doença com déficits. Ademais, a incidência de esquizofrenia e transtornos relacionados é mais alta em crianças que crescem em ambiente urbano e em alguns grupos étnicos minoritários.

Fatores genéticos e fisiológicos também estão implicados. Existe forte contribuição dos fatores genéticos na determinação do risco para esquizofrenia, embora a maioria dos indivíduos com diagnóstico do transtorno não tenha história familiar de psicose. Essa tendência é atribuída a um espectro de alelos de risco, comuns e raros, com cada um contribuindo somente com uma pequena parcela para a variância total da população. Os alelos de risco identificados até agora são também associados a outros transtornos mentais, incluindo transtorno bipolar, depressão e transtorno do espectro autista.

Complicações na gestação e no nascimento, como hipóxia e idade avançada dos pais estão associadas a maior risco de esquizofrenia para o feto. Além disso, outras adversidades no pré-natal e no perinatal, incluindo estresse, infecções, desnutrição, diabetes materno e outras condições médicas, têm ligação com a esquizofrenia. A grande maioria dos bebês com esses fatores de risco, entretanto, não desenvolve a doença.

## Quadro clínico e diagnóstico

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, os critérios diagnósticos baseiam-se em critérios elencados de A a F, sendo cada um detalhado abaixo:

A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado.



4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
  5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).
- B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).
- C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).
- D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.
- E. A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.
- F. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Algumas características apoiam o diagnóstico como exibir afeto inadequado (p. ex., rir na ausência de um estímulo apropriado); humor disfórico que pode assumir a forma

de depressão, ansiedade ou raiva; padrão de sono perturbado (p. ex., sono durante o dia e atividade durante a noite); e falta de interesse em alimentar-se ou recusa da comida.

Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e por vezes atingem proporções delirantes. Ansiedade e fobias são comuns. Déficits cognitivos na esquizofrenia são comuns e fortemente associados a prejuízos profissionais e funcionais. Alguns indivíduos com psicose podem carecer de insight ou consciência de seu transtorno (i.e., anosognosia). Essa falta de insight inclui não perceber os sintomas de esquizofrenia, podendo estar presente em todo o curso da doença. Não perceber a doença costuma ser um sintoma da própria esquizofrenia em vez de uma estratégia de enfrentamento.

Hostilidade e agressão podem estar associadas a esquizofrenia, embora agressão espontânea ou aleatória não seja comum. A agressão é mais frequente em indivíduos do sexo masculino mais jovens e em pessoas com história anterior de violência, não adesão ao tratamento, abuso de substância e impulsividade.

Além dos critérios diagnósticos, o DSM-V traz diagnósticos diferenciais que cursam com características semelhantes, porém com algumas peculiaridades como o transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas. Se delírios ou alucinações ocorrem exclusivamente durante um episódio depressivo maior ou maníaco, o diagnóstico é transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas.

Com relação ao transtorno esquizoafetivo, o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo exige que um episódio depressivo maior ou maníaco ocorra ao mesmo tempo em que ocorrem os sintomas da fase ativa e que os sintomas de humor estejam presentes na maior parte do tempo da duração total dos períodos ativos.

Os transtornos esquizofreniforme e psicótico breve têm duração menor que a esquizofrenia, conforme especificado no Critério C, que exige seis meses de sintomas. No transtorno esquizofreniforme, a perturbação está presente durante menos de seis meses, enquanto no transtorno psicótico breve os sintomas estão presentes durante pelo menos um dia, porém em tempo inferior a um mês.

O transtorno delirante pode ser diferenciado da esquizofrenia pela ausência dos



demais sintomas característicos de esquizofrenia (p. ex., delírios, alucinações auditivas ou visuais proeminentes, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos).

O transtorno da personalidade esquizotípica pode ser diferenciado de esquizofrenia por sintomas sublimiáres associados a características persistentes de personalidade.

Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal podem apresentar insight prejudicado ou ausente, e as preocupações podem atingir proporções delirantes. Esses transtornos, porém, são diferentes da esquizofrenia por apresentarem obsessões proeminentes, compulsões, preocupações com aparência ou odores do corpo, acumulação compulsiva, comportamentos repetitivos com foco no corpo.

O transtorno de estresse pós-traumático pode incluir flashbacks com uma qualidade alucinatória, e a hipervigilância pode atingir proporções paranoides. Todavia, há necessidade de um evento traumático e de aspectos sintomáticos característicos relativos a revivências ou reações ao evento para que seja feito um diagnóstico. O transtorno do espectro autista ou transtornos da comunicação podem também ter sintomas semelhantes a um episódio psicótico, mas diferem pelos respectivos déficits na interação social, com comportamentos repetitivos e restritos e outros déficits cognitivos e de comunicação.

## **Tratamento**

O tratamento da esquizofrenia é composto pela terapêutica medicamentosa, psicoterapia e socioterapia. O tratamento medicamentoso é fundamental para controle da esquizofrenia, mas na avaliação dos pacientes, os prejuízos acarretados pelo tratamento medicamentoso podem ser tão intensos quanto os sintomas do transtorno.

Os antipsicóticos são considerados como primeira linha nesse tipo de transtorno e levam dias a semanas para produzirem seus efeitos terapêuticos máximos. Sua ação consiste no bloqueio de receptores dopaminérgicos D2 no sistema nervoso central. Podem ser divididos em antipsicóticos de "alta potência" (como o haloperidol, flufenazina, trifluoperazina, tiotixene) e os de "baixa potência" ou sedativos (como clorpromazina, tioridazina etc). Infelizmente, os antipsicóticos não fazem mais que



atenuar a intensidade das manifestações psicóticas agudas, sendo incapazes de curar o paciente. São efetivos no tratamento dos sintomas positivos da doença, sendo questionável sua ação sobre sintomas negativos. Entretanto, centenas de ensaios clínicos controlados comprovam que o tratamento de manutenção, a longo prazo, com esse tipo de medicação reduz drasticamente a frequência de recidivas e rehospitalizações.

Além disso, o tratamento psicoterápico e o treinamento de estratégias de enfrentamento e manejo de situações de vida ajudam o paciente a adaptar-se ao ambiente e a enfrentar o estresse, sendo que as intervenções familiares e sócio-profissionais modificam fatores ambientais de acordo com a capacidade do paciente.

O tratamento recebido pelos portadores de esquizofrenia dificilmente se coloca à altura da complexidade do transtorno, que deve ser tratado em diversas frentes para que o paciente possa atingir uma boa qualidade de vida

### **Consequências funcionais e sociais da esquizofrenia**

A esquizofrenia está associada a significativa disfunção social e profissional. A progressão educacional e a manutenção do emprego costumam ficar prejudicadas pela avolia ou por outras manifestações do transtorno, mesmo quando as habilidades cognitivas são suficientes para as tarefas a serem realizadas. A maior parte dos indivíduos tem empregos inferiores aos de seus pais, e a maioria, especialmente os homens, não casa ou tem contatos sociais limitados fora da família.

Com relação ao risco de suicídio cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; em torno de 20% tentam suicídio em uma ou mais ocasiões, e muitos mais têm ideação suicida importante. Um comportamento suicida ocorre por vezes em resposta ao comando das alucinações para prejudicar a si mesmo ou a outros. O risco de suicídio permanece elevado durante o ciclo de vida para ambos os sexos, embora possa ser especialmente alto em indivíduos do sexo masculino mais jovens com uso de substância comórbida. Outros fatores de risco incluem ter sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e estar desempregado. O risco é maior também no período após um episódio psicótico ou alta hospitalar.



A expectativa de vida, por sua vez, é reduzida em indivíduos com esquizofrenia em razão das condições médicas associadas. Ganho de peso, diabetes, síndrome metabólica e doença cardiovascular e pulmonar são mais comuns na esquizofrenia do que na população em geral. Pouco envolvimento em comportamentos de manutenção da saúde (p. ex., screening de câncer, exercícios) aumenta o risco de doença crônica, mas outros fatores do transtorno, inclusive medicamentos, estilo de vida, tabagismo e dieta, também podem contribuir.

O convívio com o portador de esquizofrenia é um processo complicado, principalmente para os familiares que convivem diariamente. Com o início da doença e as alterações comportamentais do indivíduo com esquizofrenia, a família passa por diversas mudanças em seu dia a dia, uma vez que requer muita atenção e a família acaba cedendo por ter receio de que este, ao ser contrariado, mostre-se agressivo. Além disso, a prolixidade, muitas vezes sem sentido para quem escuta, torna-se exaustiva à medida que ocorre. Com o início da doença e os episódios de crise, as famílias sofrem um impacto muito grande, sendo que as estruturas antes existentes podem não ser capazes de ajudá-las a suportar o momento. Então, a convivência constante com a doença mental gera uma sobrecarga emocional bastante intensa para a família (SILVA, 2006).

Dessa forma, intervenções psicossociais que incluem, além do programa de educação, estratégias como componentes psicoeducacionais, uso de técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de resolução de problemas que visam a redução das tensões na família e aprimoramento das estratégias para lidar com situações difíceis, têm se mostrado eficazes na prevenção de recaídas de indivíduos com esquizofrenia, independentemente da utilização da medicação (SCAZUFCA, 2000).



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A esquizofrenia é um distúrbio psiquiátrico extremamente desafiador e complexo com manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento. É caracterizado por sinais e sintomas como alucinações, delírios, desorganização do pensamento, dificuldade de expressão das emoções, apatia, isolamento social e um sentimento profundo de desesperança. É um transtorno que causa prejuízo funcional e psíquico importante, bem como um impacto familiar que gera sobrecarga emocional. O diagnóstico deve ser realizado preferencialmente por um médico psiquiatra seguindo os critérios do DSM-V e o tratamento é feito com terapia, principalmente a TCC aliado a medicações antipsicóticas, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e sociabilidade ao paciente e sua família.



## **REFERÊNCIAS**

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Oliveira, R. M; Facina, P. C. B. R; Júnior, A.C.S. A realidade do viver com esquizofrenia. Revista Brasileira de Enfermagem, vol 65 (2), Brasília, 2012.
3. Mari, J. J; Leitão, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. Brazilian Journal of Psychiatry, vol 22 (1), São Paulo, 2000.
4. Scazufca, M. Abordagem Familiar em esquizofrenia. Revista Brasileira de psiquiatria, vol 22, São Paulo, 2000.
5. Silva, A.M., et al. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, vol 13 (30), São Paulo, 2016.
6. Silva, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. Psicologia USP, vol 17 (4), São Paulo, 2006.