

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA ESQUIZOFRENIA. HOSPITAL PSQUIÁTRICO DE LUANDA, I SEMESTRE DE 2025

Pedro António dos Santos Magalhães, Gaspar C. Geraldo, Idalina Pereirinha Amaro, João Vasco Francisco Barroso, Carlos Adão Sebastião, Mabel Afonso.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n12p216-283>

Artigo recebido em 24 de Outubro e publicado em 4 de Dezembro de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno mental que afecta o modo da pessoa se sentir, pensar e se comportar, tem afectado muitos jovens tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. A esquizofrenia é provavelmente o mais grave dos transtornos psiquiátricos e afecta aproximadamente 1% da população mundial, no nosso país não é diferente, foi este o motivo que nos levou a este estudo. **Objectivo geral:** analisar o perfil clínico epidemiológico da Esquizofrenia em Pacientes Internados no Hospital Psiquiátrico de Luanda no I Semestre de 2024. **Metodologia:** Realizou-se um estudo Observacional, descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa. A nossa população foi constituída por 500 processos dos pacientes atendidos no Hospital Psiquiátrico de Luanda no I Semestre de 2024, onde foram retirados os pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia (50) que constituiu a nossa amostra. Tendo como **Resultados:** constatamos que, 58% estão a faixa etária entre os 20-40 anos de idade; quanto ao sexo 52% pertencem ao sexo masculino, 80% são solteiros; 46% pertencem ao ensino secundário; relativamente à ocupação, verificou-se que 30% são estudantes; 52% têm a doença diagnosticada entre 1 a 5 anos; 34% da nossa amostra afirmaram que o perfil clínico (manifestações clínicas) destes pacientes enquadram-se num estado deficiência intelectual e de memória e outros sintomas psicóticos; no que diz respeito às condutas prescritas, verificou-se que (56%) utilizam a psicofármacos, 13% terapia conjugal, 10% terapia ocupacional, 6% terapia familiar. **Conclusão:** podemos constatar que a frequência de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia no Hospital Psiquiátrico de Luanda é de 10%.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Perfil clínico Epidemiológico da Esquizofrenia

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder that affects how a person feels, thinks, and behaves, affecting many young people in both developed and developing countries. Schizophrenia is probably the most serious of psychiatric disorders and affects approximately 1% of the world's population; our country is no different, which is why we undertook this study. General objective: to analyze the clinical and epidemiological profile of schizophrenia in patients hospitalized at the Luanda Psychiatric Hospital in the first semester of 2024. Methodology: An observational, descriptive, retrospective study with a quantitative approach was conducted. Our population consisted of 500 patient records from those treated at the Luanda Psychiatric Hospital in the first semester of 2024, from which patients diagnosed with schizophrenia (50) were selected to form our sample. Results: we found that 58% are in the 20-40 age range; Regarding gender, 52% are male, 80% are single; 46% are in secondary education; regarding occupation, 30% are students; 52% have been diagnosed with the disease for 1 to 5 years; 34% of our sample stated that the clinical profile (clinical manifestations) of these patients falls within a state of intellectual and memory impairment and other psychotic symptoms; regarding prescribed treatments, 56% use psychotropic drugs, 13% couples therapy, 10% occupational therapy, and 6% family therapy. Conclusion: we can see that the frequency of patients diagnosed with schizophrenia at the Luanda Psychiatric Hospital is 10%.

Keywords: Analysis, Profile, Patients, Schizophrenia.

Instituição afiliada – Universidade Jean Piaget de Angola

Autor correspondente: *Pedro António dos Santos Magalhães*,
pedroantoniiodossantosmagalhaes@gmail.com

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



INTRODUÇÃO

A principal forma de psicose que encontramos hoje é a esquizofrenia, manifestando-se através de vários sintomas que podem ser agrupados em categorias como: sintomas negativos, sintomas positivos, desorganização e sintomas de humor. Dentro da esquizofrenia encontram-se as síndromes psicóticas que são doenças caracterizadas por distorção da realidade através de delírios, alucinações, pobreza de conteúdo, afrouxamento das associações e até a catatonia (Dalgalarrodo, 2019).

A esquizofrenia é «*um transtorno mental crónico e grave que afecta o modo como uma pessoa pensa, sente e se comporta*» (Pimenta 2019, p.1). Para Writer (2013), é a forma mais vulgar de psicose.

Trata-se de um transtorno mental crónico e grave que afecta o modo como uma pessoa pensa, sente e se comporta. Provoca alterações no comportamento, indiferença afectiva, pensamentos confusos e dificuldades para se relacionar com pessoas. Pessoas com esquizofrenia podem parecer que perderam o contacto com a realidade. Embora a esquizofrenia não seja tão comum como outros transtornos mentais, os sintomas podem ser muito incapacitantes (Pimenta, 2019, p. 1).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a esquizofrenia afecta aproximadamente 24 milhões de pessoas em todo o mundo, o que equivale a cerca de 1 em cada 300 indivíduos (0,32%). Entre adultos, essa taxa é de 1 em cada 222 (0,45%). É frequentemente associada a sofrimento significativo e comprometimento em áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais e outras importantes da vida. Pessoas com esquizofrenia têm uma expectativa de vida 10 a 20 anos inferior à da população geral. (World Health Organization, 2022)

Conforme relatado numa revisão sistemática de mais de 100 grandes estudos epidemiológicos realizados em 32 países, a taxa de incidência média da esquizofrenia é de 15,2 por 100 mil pessoas ao ano, com taxas de 7,7 por 100 mil nas 10% mais baixas e 43 por 100 mil nas 90% mais altas. (Liberman, Stoup & Perkins, 2013, p.18).

Passados séculos de história e estudos, a esquizofrenia, ainda hoje é considerada uma das doenças psiquiátricas mais difíceis e desafiadoras, afectando cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2022). Sabe-se que essa doença possui uma distribuição universal, atingindo maioritariamente a população jovem e igualmente os dois sexos. Entretanto, espera-se que, ela tenha início e curso da doença mais precoce nos homens com

idade entre 10 e 25 anos, enquanto a idade de início nas mulheres varia de 25 a 35 anos (Silva, 2006 & Silva, 2016).

Devido às alterações que a esquizofrenia provoca, as pessoas sem conhecimento sobre o diagnóstico e tratamento, consideram estes pacientes perigosos e agressivos, o que as leva a situações extremas de medo e preconceito, que resulta no afastamento das pessoas, culminando na ausência de relações sociais, causando uma visão negativa sobre os pacientes, levando-os muitas vezes a estarem em casa, afastados da sociedade e da vivência em comunidade (Li, 2017).

Segundo Gutman (2021), para intervir com esse público, é necessária uma abordagem multidisciplinar no processo de tratamento do esquizofrénico, a equipe é composta por profissionais da área da saúde, como: psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, entre outros. A Terapia Ocupacional tem um papel fundamental na área da saúde mental, sendo o seu principal objectivo, a capacitação dessas pessoas de forma a participarem das actividades de vida diária por meio de intervenções ao indivíduo e sua família.

Em Angola, a esquizofrenia é uma doença mental que tem sido alvo de preocupação por se verificar aumento de casos. Apesar de haver um aumento significativo da doença, a taxa de mortalidade em 2020, era de 0,00 por 100 000 habitantes. (Relatórios das Direcções Provinciais e Hospitais Nacionais, 2020)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 0,32% da população mundial (aproximadamente 24 milhões de pessoas) é afectada por esta patologia. Em 2015 a prevalência da Esquizofrenia em Portugal foi estimada em aproximadamente 48000 doentes. Em Angola foram registados 31 mil casos de transtornos mentais, incluindo esquizofrenia, depressão, entre outros, dados estes que tornam a doença um problema de saúde pública.

Segundo o Ministério da Saúde (2020) em 2017, foram diagnosticados cerca de 10.133 casos de pacientes com problemas de saúde mental. Em 2020, entre Janeiro e Setembro, mais de 4 mil casos de doenças mentais, incluindo esquizofrenia, foram registados no Hospital Psiquiátrico do Lubango. Em 2020, o hospital psiquiátrico de Luanda atendeu mais de 5.343 igual a 15,84% de pacientes com transtornos mentais e dentre eles 3 mil eram diagnosticados

com esquizofrenia. Entre 2019-2020 o Hospital Psiquiátrico de Luanda registou as patologias mais frequentes em urgências, onde constatou haver 1.892 a 1.907 de pacientes com a Síndrome esquizofrénica.

Tendo em conta a prevalência, o tempo que estes pacientes têm com este diagnóstico, as suas manifestações clínicas e o que já foi dito, urge a necessidade de se conhecer mais sobre a esquizofrenia e capacitar os profissionais que irão trabalhar com estes pacientes. Diante disso, chegamos à seguinte pergunta de partida:

Qual é o perfil clínico epidemiológico da Esquizofrenia em Pacientes Internados no Hospital Psiquiátrico de Luanda no I Semestre de 2024?

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Objectivo Geral

Analisar o perfil clínico da Esquizofrenia em Pacientes Internados no Hospital Psiquiátrico de Luanda no I Semestre de 2025.

Objectivos Específicos

- (1) Caracterizar a amostra segundo a faixa-etária, sexo, estado civil, ocupação, nível académico;
- (2) Identificar o tempo de evolução do diagnóstico segundo o Diagnóstico de Saúde Mental e manifestações clínicas predominantes;
- (3) Determinar a frequência da Esquizofrenia;
- (4) Destacar as condutas prescritas.

IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

É de grande relevância, a Esquizofrenia tem acometido desde adolescentes até aos idosos, afectando tanto o paciente como os que o rodeiam, afectam o estado emotivo, psicológico e físico, impossibilitando-os muitas vezes de serem autónomos nas suas actividades diárias.

Este estudo, capacitar-nos-á para enfrentar este flagelo que o país enfrenta, que são

as doenças de saúde mental, servirá para estudos comparativos, elaboração de programas preventivos e medidas políticas que visem reduzir a incidência de casos de esquizofrenia, que como sabemos, são elevados e será uma mais-valia para elaborar protocolos de cuidados a pacientes com esquizofrenia. Servirá ainda, para informar as comunidades, unidades hospitalares e profissionais da situação actual a nível da saúde mental. Tudo isto com foco na prevenção da doença e redução do número de casos.

Para as universidades, hospitais e futuros discentes, será uma forma de incentivo para a elaboração de programas preventivos na comunidade, sendo que, um dos objectivos do programa de saúde em Angola é a mudança voltada para a prevenção e, como sabemos, as Universidades têm um papel crucial na sua missão de contribuir na busca de soluções para a melhoria do bem-estar social.

Tendo em conta a importância e o interesse deste estudo para os profissionais e instituições de saúde, deveria ser mais abrangente, é intenção dos pesquisadores, começar por um hospital e, no futuro, mediante os resultados obtidos, estender a outros. Perante isto, pelo motivo que já foi exposto, começamos com no município da Maianga, entretanto no Hospital Psiquiátrico de Luanda no I Semestre de 2025, dirigindo o nosso estudo aos processos dos pacientes internados com o diagnóstico de Esquizofrenia.

A pesquisa foi relacionada ao tema da Esquizofrenia e de dados sociodemográficos da amostra e aspectos clínicos, como, diagnóstico, principais manifestações clínicas, assim como, a frequência dos casos com este diagnóstico dentro dos pacientes internados no hospital citado, e as condutas prescritas.

METODOLOGIA

2.1. MODO DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia é o conjunto de conhecimentos ordenados e estratégias que possibilitam ao investigador orientar-se no processo de pesquisa, tanto na selecção de conceitos, como na elaboração das hipóteses ou na aplicação de técnicas adequadas na colheita de dados (Barros, Júlio, & Barroso, 2024).

Iniciou-se o trabalho com uma pesquisa bibliográfica aprofundada, agora chegou a altura de definir qual o estudo a aplicar, nesta fase o investigador determina o método e procedimentos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas. No nosso caso, foi realizado um estudo descritivo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa, que irá abordar a temática da esquizofrenia.

Ainda segundo o mesmo autor, o estudo descritivo transversal retrospectivo é um tipo de pesquisa que procura descrever um fenómeno ou situação num momento específico no passado, utilizando dados que já foram recolhidos anteriormente. Combina as características de um estudo descritivo, que procura apenas caracterizar um fenómeno, com um estudo transversal, que observa a situação num determinado tempo, e um estudo retrospectivo, que analisa dados já existentes.

2.2. VARIÁVEIS

Variáveis são características ou atributos que podem variar, são medidas para entender um fenómeno ou relação entre elas. As variáveis são elementos cruciais em qualquer estudo, ajudam a definir o problema de pesquisa e os objectivos do estudo, estão presentes em todas as fases da pesquisa (Vaz Freixo, 2018).

Tendo como base o que foi dito e os objectivos propostos, consideramos importante trabalhar com as seguintes variáveis: faixa-etária, sexo, estado civil, ocupação, nível académico, tempo de evolução, manifestações clínicas predominantes, proporção de casos estudados e condutas prescritas, que passamos a tipificar, operacionalizar e classificar no quadro que se segue:

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis

Variáveis	Classificação	Definição	Objectivo
1. Faixa-etária	Qualitativa ordinal	Intervalo de idades que define um período específico usado para agrupar pessoas com característica semelhantes	1
2. Sexo	Qualitativo nominal Binária	Conjunto de características anatómicas e fisiológicas que distinguem os seres vivos como macho ou fêmea	1
3. Ocupação	Qualitativa nominal	é uma atividade que uma pessoa realiza para ganhar o sustento, como um emprego, negócio ou serviço.	1

4. Nível académico	Qualitativa ordinal	É um título conferido normalmente por uma instituição de ensino superior em reconhecimento oficial pela conclusão com sucesso de todos os requisitos de um curso, de um ciclo ou de uma etapa de estudos superiores.	1
5. Estado civil	Qualitativa nominal	É a situação jurídica de uma pessoa, em relação ao seu casamento ou família. É uma forma de classificar a pessoa de acordo com o seu vínculo conjugal ou familiar.	1
6. Tempo de evolução	Quantitativa Discreta	Período desde a confirmação da doença até um ponto específico definido da sua evolução (nesta pesquisa foi definido até a recolha dos dados)	2
7. Manifestações clínicas predominantes	Qualitativa nominal	Sinais e sintomas mais comuns e característicos de uma determinada doença ou condição, neste caso, os descritos no processo clínico.	3
8. Frequência de casos estudados	Quantitativa Discreta	É um tipo de medida que indica a frequência de casos numa determinada população, onde o número de casos (numerador) é comparado com a população total (denominador) em um determinado período	3
9. Condutas prescritas	Qualitativa nominal	É o acto de recomendar formalmente medidas terapêuticas ao paciente. Contempla orientações sobre o uso de medicamentos e outras acções que colaboram para a recuperação do doente	4

Fonte: elaborado pelo autor, 2025

2.3.OBJECTO DE ESTUDO

Tendo em conta a amplitude do tema, e para que os objectivos por nós propostos sejam alcançados, é necessário saber qual é o nosso objecto de estudo. O objecto de estudo consiste na especificação do tema de pesquisa, ou seja; é o afunilamento do tema. Por essa razão, pode-se afirmar que o objecto de estudo é uma especificação que deriva de temáticas mais amplas (Coelho, 2025).

Neste caso concretos, o objecto de estudo são as características clínicas e os padrões epidemiológicos da população em estudo.

Tendo o objecto de estudo delineado, é importante definir qual a população que vai ser estudada antes de se iniciar um estudo, dentro da população deverá ser definida qual a amostra que vamos utilizar para representar a população.

População: segundo Vieira (2021), população é um conjunto de elementos que partilham característica em comum e em que se deve delimitar claramente quais os elementos pertencem à população e quais não pertencem. A população foi constituída por um universo de 500 processos dos pacientes internados no Hospital Psiquiátrico de Luanda, de onde serão seleccionados os processos com diagnóstico de Esquizofrenia, que irá constituir a amostra.

Amostra: segundo o mesmo autor é um subconjunto de uma população, necessariamente finito, pois todos os seus elementos serão examinados para efeito da realização do estudo estatístico desejado. Para o nosso estudo foi constituída uma amostra de 50 processos com o diagnóstico de esquizofrenia no I semestre de 2025.

Método de amostragem: Amostragem é uma técnica especial usada para recolher amostras que garantam o acaso na escolha de modo a garantir à amostra o carácter de representatividade, a nossa amostra foi seleccionada através da técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

Critérios de Inclusão: foram incluídos no estudo todos os processos com o diagnóstico de esquizofrenia.

Critérios de exclusão: foram excluídos todos os processos que não continham toda a informação necessária para o estudo.

2.4. INSTRUMENTO DE DE INVESTIGAÇÃO

A colheita de dados é uma das partes fundamentais de um trabalho de investigação. Segundo Vaz-Freixo (2018), é feita de forma sistemática junto dos participantes, a escolha do instrumento depende do tipo de dados que se pretende recolher e dos objectivos da pesquisa. No que diz respeito ao instrumento da recolha de dados utilizado para o nosso estudo, depois de serem avaliadas as vantagens e desvantagens de cada instrumento de colheita de dados,

optamos pela observação e análise documental que envolve a revisão de documentos existentes, no caso do nosso estudo foram os processos clínicos dos pacientes, para complementar e, para que não houvesse descontrole na colheita dos dados e garantir que todos os dados fossem recolhidos, foi elaborada uma grelha onde constavam os todos os dados necessários para responder aos objectivos da nossa investigação.

2.5. PROCESSAMENTO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Quanto ao processamento e tratamento das informações, foi utilizado um computador com programas do programa Windows com o pacote Office contendo os seguintes aplicativos, o Microsoft Word no tratamento de texto. Após a recolha da informação, os dados foram lançados numa base de dados criada no programa SPSS, onde procedemos à análise descritiva através dos recursos deste programa, os dados posteriormente apresentados e pela simplicidade no processo devido o tipo de estudo, exibimos as medidas de frequência simples e percentagens.

Por se tratar de um elemento importante, apresentamos os dados em tabelas (de entrada única e dupla) e gráficos.

Microsoft Office PowerPoint: para apresentação da dissertação. Ao longo de todo o processo de elaboração, foram respeitadas as normas para elaboração de trabalho (APA), vigente na Universidade Jean Piaget de Angola.

2.6. ASPECTOS RELACIONADOS COM DIREITOS HUMANOS E ÉTICOS

Para que a pesquisa efectuada responda aos problemas éticos e morais, foram tomadas medidas preventivas de modo a garantir a protecção dos direitos de todos os envolvidos no estudo. Para isso, foram tidas em conta todas as questões éticas e tomadas as precauções consideradas necessárias. Começou-se por apresentar o nosso pré-projecto ao Gabinete dos Mestrados da Universidade Jean Piaget de Angola para aprovação e, em sequência disso, apresentamos o pedido de autorização para recolha dos dados à instituição onde decorreu o estudo, respeitando desta forma todos os princípios éticos, tanto com a instituição como de todos os intervenientes no processo. A instituição e todos os intervenientes foram devidamente esclarecidos sobre os objectivos do estudo, o porquê da pesquisa e a metodologia que iríamos utilizar, foram ainda esclarecidas todas as dúvidas que apresentaram

e só depois se procedeu à recolha.

REVISÃO DE LITERATURA

1.1. HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA

O termo Esquizofrenia que significa «*mente desintegrada*». (Neeb, 2019, p. 228), foi utilizado pela primeira vez por um psiquiatra suíço, Eugene Bleuler.

«Etimologicamente, o termo esquizofrenia significa, mente dividida ou dissociada, pois os pensamentos e os sentimentos não se relacionam entre si de forma lógica e harmoniosa». (Coelho, 2019, p.24).

Eugene Bleuler refere que, uma mente destruída é uma mente separada de tudo, que possui dificuldades de armazenar informações por muito tempo e, tem dificuldades de se adaptar ao meio social, para este autor, o melhor é criar o mundo dele e ficar nele.

A esquizofrenia é uma grandeperturbação do foropsiquiátrico. Nos indivíduos que sofrem

desta doença dá-se uma cisão entre os pensamentos e sentimentos, a realidade individual e a realidade social. Podem apresentar problemas no que respeita à identidade de género. Estes indivíduos podem inclusivamente não ser capazes de diferenciar sobre aquilo que lhe compete a si mesmo e aos outros socialmente. A baixa auto-estima apresenta-se igualmente como um problema para os esquizofrénicos. (Neeb, 2019, p. 228).

Segundo o autor acima citado, a esquizofrenia transforma o indivíduo, alterando gravemente a sua mente, provocando mudanças na vida do ser humano acometido com esta doença, na vida dos seus companheiros e familiares, até ao ponto dele não conseguir reconhecer-se no meio e na sociedade em que está inserido.

A história da esquizofrenia evoluiu ao longo dos anos, há uma diferença notória no que toca à descoberta dos sinais e sintomas que os portadores de esquizofrenia manifestam, à importância que é dada a estes pacientes e, em consequência disso, o diagnóstico que era feito, às vezes numa fase tardia, hoje é feito atempadamente, com o passar do tempo houve uma evolução grande, tudo isto se deve aos conhecimentos que hoje temos da patologia e à forma como estes pacientes são aceites.

O Médico Francês Philippe Pinel na Inglaterra escreveu sobre pessoas que, descreveríamos como portadoras de esquizofrenia. Cerca de 50 anos mais tarde, outro médico, Benedict Morel, usou a expressão Francesa *démence* (demência) precoce (precoce, prematura) para indicar que o início do transtorno muitas das vezes ocorre na adolescência. No século XIX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1899) valeu-se do estudo de Haslam, Pine e Morel (entre outros) para nos proporcionar aquilo que permanece até hoje como a descrição e classificação mais duradoura da esquizofrenia. Duas das reacções de Kraepelin são particularmente importantes. Primeiro combinou diversos sintomas de insanidade (demência) considerados definidores de transtornos separados e distintos: **catatónica** (alternância entre imobilidade e agitação excitada), **hebefrenia** (emocionalidade tola e imatura) e **paranóia** (delírios de grandeza ou perseguição). Kraepelin considerava que esses sintomas de cada transtorno se desenvolvem em fraqueza mental (Neeb, 2019).

Como podemos ver, foram muitos os cientistas que se dedicaram a esta causa e que foram apresentando as suas teorias dando as suas contribuições, deram a conhecer a sua teoria acerca dos sinais e sintomas apresentados por estes pacientes, agrupando-os em várias categorias.

Um segundo precursor importante na história da esquizofrenia foi o contemporâneo de Kraepelin, Eugen Bleuler (1908), psiquiatra suíço que introduziu o termo esquizofrenia,

olhando pela designação que era significativa por ter assinalado o afastamento das teorias de kraepelin naquilo que Bleuler julgava ser um problema básico. A Esquizofrenia que tem origem na combinação das palavras gregas, para dividida ou partida (skhizein) e mente (phren), reflectiu a crença de Bleuler de que, na base de todos os comportamentos incomuns exibidos por pessoas com esse transtorno, havia uma divisão associativa das funções básicas da personalidade do indivíduo (Neeb, 2019).

No século XX surgiu o que foi considerado o pai da esquizofrenia, Eugen Bleuler, o primeiro a introduzir o termo esquizofrenia, olhando pelo estado mental que os pacientes acometidos por esta doença apresentam e anulando a hipótese de teorias anteriores.

1.2. EPIDEMIOLOGIA

Qualquer doença pode aparecer em várias pessoas, ao mesmo tempo e numa determinada região, bairro ou comunidade. Essa doença deve ser estudada, observar o seu comportamento e como afecta as pessoas, só assim podemos classificar a doença.

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016, reconhece as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental como a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades actuais, traçando como prioridade o desenvolvimento de equipas de saúde mental comunitária. Esta prioridade é ainda mais relevante se considerarmos que, 22,9% da população portuguesa tem perturbações psiquiátricas e 14,3% recebe tratamentos em saúde mental. (Alves, Almeida, Mata, & Pimentel, 2018).

Segundo um estudo realizado pelo Mental Health Foundation (2020), a esquizofrenia acomete mais de 26 milhões de pessoas em todo o mundo. Apesar de ser uma doença tratável, mais de 50% das pessoas com Esquizofrenia não têm um tratamento adequado e 90% das pessoas portadoras da doença não tratadas, vivem em países em desenvolvimento.

«Os transtornos esquizofrénicos afectam (...) 0,6% da população (com variação de 0,6%-3%, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados), não havendo evidência de diferença entre os sexos». (Picon, Gadelha & Alexandre, 2023, p. 322).

A incidência e a prevalência da esquizofrenia são altamente variáveis em diferentes populações. Tais variações fornecem pistas sobre a possível existência de factores genéticos

e ambientais para o risco da doença.

Conforme relatado numa revisão sistemática de mais de 100 grandes estudos epidemiológicos realizados em 32 países, a taxa de incidência média da esquizofrenia é de 15,2 por 100 mil pessoas ao ano, com taxas de 7,7 por 100 mil nas 10% mais baixas e 43 por 100 mil nas 90% mais altas. Assim, a incidência de esquizofrenia varia mais de cinco vezes em diferentes locais, havendo também variações no mesmo local. (Lieberman, Stoup & Perkins, 2023, p.18).

Estudos epidemiológicos feitos em 32 países, mostra que a percentagem da incidência média da Esquizofrenia em 100 mil pessoas por ano é muito baixa, mas esta pode variar em diferentes locais principalmente, em países em desenvolvimento.

Assim, não surpreende que a prevalência dessa doença também seja altamente variável. Numa revisão sistemática que inclui 19 estudos, o ponto médio de prevalência da esquizofrenia foi de 4,6 por 1.000 pessoas. Talvez a principal forma de observar o risco de desenvolver a esquizofrenia seja analisando o risco de morbilidade ao longo da vida, que é a prevalência da doença incluindo todas as pessoas em uma corte de nascimentos. A média do risco de morbilidade da esquizofrenia ao longo da vida é de 7,2 por 1.000 pessoas, com o percentil 10 em 3,1 e o 90 em 27,1 por 1.000 pessoas. Portanto, é correcto dizer que cerca de 0,7% das pessoas irá desenvolver esquizofrenia em sua vida; entretanto, essa proporção varia de 0,3 a 2,7% em diferentes populações. Desse modo, a prevalência mundial de esquizofrenia de 1% frequentemente mencionada é uma aproximação razoável, mas parece ser maior do que a indicada pelos estudos epidemiológicos recentes. (Lieberman, Stoup & Perkins, 2023, p.18).

A predominância desta patologia pode variar entre localidades, ou seja, entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Podemos assim determinar onde a esquizofrenia prevalece através do índice elevado de mortes pela doença, nestes mesmos países.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que a prevalência da esquizofrenia é relativamente constante entre diferentes culturas e regiões geográficas, sugerindo que factores biológicos desempenham um papel significativo na etiologia da doença. A compreensão da epidemiologia da esquizofrenia é fundamental para a alocação de recursos em saúde pública e para o planeamento de estratégias de intervenção. A esquizofrenia normalmente surge no final da adolescência ou início da idade adulta, período crítico para o desenvolvimento psicossocial. Isso aumenta o impacto da doença na funcionalidade dos indivíduos, interferindo em aspectos como educação, trabalho e relacionamentos interpessoais (Araújo et. al, 2024).

A variabilidade na apresentação dos sintomas e na resposta ao tratamento torna a

esquizofrenia uma doença particularmente desafiadora para os profissionais de saúde. A prevalência de comorbidades, como depressão e abuso de substâncias, também complica o quadro clínico e o manejo da esquizofrenia. Portanto, abordagens integradas que considerem a diversidade de manifestações clínicas e comorbidades são necessárias para melhorar os resultados terapêuticos.

Em Angola, tem se admitido vários pacientes nas unidades hospitalares com vários diagnósticos, podemos observar a partir da figura 1, que o Hospital Psiquiátrico de Luanda tem admitido um número de 1.296 pacientes em 2019 e em 2020 admitiu 790 pacientes com diagnósticos interligados a saúde mental dos pacientes.

Figura 1: Admissões nos hospitais nacionais segundo especialidade, 2019- 2020

Hospitais nacionais	2019							Total
	Medicina	Cirurgia	Ginecologia	Obstetrícia	Pediatria	Ortopedia	Outros	
Hospital Prenda	1.517	1.262	0	0	0	737	326	3.842
Hospital Josina Machel	3.856	3.494	0	0	0	1.131	677	9.158
Hospital Américo Boavida	6.599	4.204	247	0	2.243	2.329	662	16.284
Maternidade Lucrecia Paim	0	0	2.453	33.196	12.716	0	436	48.801
Hospital Sanatório de Luanda	4.918	0	0	0	723	0	0	5.641
Hospital Psiquiátrico de Luanda	1.296	0	0	0	0	0	0	1.296
Hospital Neves Bendinha	345	535	0	0	223	0	280	1.383
Hospital Pediátrico David Bernardino	0	1.771	0	0	26.260	0	565	28.596
Instituto Angolano de Controlo de Câncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Dr. Walter Strangway	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	18.531	11.266	2.700	33.196	42.165	4.197	2.946	115.001
	2020							
Hospital Prenda	1.619	1.292	0	0	0	812	343	4.066
Hospital Josina Machel	5.279	1.747	0	0	0	893	240	8.159
Hospital Américo Boavida	5.687	3.119	143	0	1.518	2.157	475	13.099
Maternidade Lucrecia Paim	0	0	1.612	41.980		0	392	43.984
Hospital Sanatório de Luanda	6.533	0	0	0	159	0	0	6.692
Hospital Psiquiátrico de Luanda	790	0	0	0	0	0	0	790

Fonte: Relatórios das Direcções Provinciais e Hospitais Nacionais, 2020

Em Angola, a esquizofrenia é uma doença mental que tem sido alvo de preocupação por se verificar aumento de casos, apesar de haver um aumento significativo da doença, a taxa de mortalidade em 2020, era de 0,00 por 100 000 habitantes. Em 2017, foram diagnosticados cerca de 10.133 casos de pacientes com problemas de saúde mental. Em 2020, o hospital psiquiátrico de Luanda atendeu mais de 5.343 igual a 15,84% de pacientes com transtornos mentais e dentre eles 3000. 000.000 eram diagnosticados com esquizofrenia. Entre 2019-2020 o Hospital Psiquiátrico de Luanda registou as patologias mais frequentes em urgências, onde constatou-se 1.892 a 1.907 de pacientes com a Síndrome esquizofrénica, como podemos

observar na figura 2 (Ministério da Saúde, 2020).

Figura 2: Patologias mais frequentes em urgências, Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2019-2020

Província	2019		2020	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Psicose sintomática aguda	4.812	13,79	5.145	14,49
Transtornos compulsivo por uso de álcool	2.526	7,24	2.368	6,67
Transtorno psicótico por uso de drogas	2.517	7,21	2.414	6,80
Síndrome afectivo	3.415	9,78	3.035	8,54
Epilepsia	2.072	5,94	2.390	6,73
Psicose crônica recidivante	2.374	6,80	2.056	5,79
Síndrome esquizofrénico	1.892	5,42	1.907	5,37
Síndrome ansioso	1.973	5,65	1.753	4,94
Síndrome dissociativo	1.539	4,41	1.768	4,98
Transtorno afectivo bipolar	1.115	3,19	1.486	4,18
Transtornos compulsivo atraso mental	1.404	4,02	1.463	4,12
Transtornos somatoformes	1.541	4,41	1.608	4,53
Demência por doença de Alzheimer	1.186	3,40	1.524	4,29
Episódio maniaco	1.053	3,02	1.267	3,57
Transtorno psicótico não orgânico	1.470	4,21	969	2,73
Tentativa de suicídio	380	1,09	480	1,35
Transtorno psicótico no puerperio	541	1,55	794	2,24
Transtorno não orgânico do sono.	1.470	4,21	1.357	3,82
Enxaquecas	1.198	3,43	1.039	2,93
Síndrome de stress transitorio por adaptação	429	1,23	696	1,96
Total	34.907	100,00	35.519	100,00

Fonte: Relatórios do Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2020

Segundo Vigário (2019), a perspectiva é, até 2030 reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, e promover a saúde mental e o bem-estar.

1.3. ETIOLOGIA

A esquizofrenia é uma doença mental muito complexa, uma vez que as suas causas são multifactoriais. Dentro dos factores de risco podemos considerar: os factores genéticos, ambientais e neurobiológicos, estes factores interagem entre eles aumentando o risco de desenvolvimento da doença. É fundamental que os profissionais de saúde compreendam e actuem nesses factores para poderem actuar melhor na prevenção e no tratamento, tendo como foco, a diminuição dos casos e a qualidade de vida desses pacientes.

«Os factores que podem desenvolver esta patologia são ainda desconhecidos, é defendido que a carga genética e os factores ambientais a que o indivíduo está exposto, podem assumir um papel importante para o (...) de um quadro de esquizofrenia». (Coelho, 2019, p. 24).

O autor acima referido reforça a ideia de que, apesar das causas da esquizofrenia serem

desconhecidas, existem factores que nos levam a ter uma atenção especial, como é o caso dos factores genéticos, ambientais, o stress, factos marcantes e depressões. Factores estes que podem estar envolvidos com os sinais e sintomas da esquizofrenia.

A história familiar desta patologia aumenta o risco do seu aparecimento. A esquizofrenia é diagnosticada em cerca de 8-10% de indivíduos com um familiar doente de primeiro grau, o risco de desenvolver a doença é de 40% se ambos os progenitores tiverem esquizofrenia. A desnutrição fetal e a exposição a alguns vírus durante a gravidez estão também associadas ao aumento do risco de aparecimento de esquizofrenia. (Coelho, 2019, p. 24).

No seio familiar, os casos de esquizofrenia têm aumentado grandiosamente, tudo devido aos factores genéticos.

1.3.1. Factores Genéticos

A Esquizofrenia é uma patologia com um forte componente genético, com uma hereditariedade calculada aproximadamente entre os 81%. Para o esclarecimento do contributo da genética e hereditariedade da Esquizofrenia muito contribuíram os estudos em famílias (gémeos, agregação familiar, adopção). Tendo em conta que os gémeos monozigóticos partilham 100% de informação genética e os dizigóticos metade e, assumindo que partilham o mesmo ambiente aquando do desenvolvimento. (Macieira, 2022).

O valor de concordância entre gémeos monozigóticos obtido em alguns estudos foi de 41-65% e de 0-28% para dizigóticos. Destaca-se um estudo dinamarquês mais recente que recorreu ao Registo Dinamarquês de gémeos e ao Registo Central de Investigação Psiquiátrica Dinamarquesa, identificando um cohort de gémeos nascido entre 1951-2000, em que a concordância entre gémeos monozigóticos foi de 33% e de 7% em gémeos dizigóticos. A taxa de concordância determinada entre gémeos monozigóticos permite perceber que não só o risco genético contribui para a génese da patologia. Foi também observado em estudos que parentes de indivíduos com Esquizofrenia apresentam maior risco de vir a desenvolver a patologia comparativamente com a população geral. O risco aumenta proporcionalmente consoante a proximidade genética ao familiar afectado, de modo que se estimou um risco de 9% em parentes de primeiro grau, 6% para familiares em segundo grau e 2% em terceiro grau. A pesquisa genómica trouxe um indubitável importante progresso, através de, numa primeira fase, estudos de linkage, em que algumas regiões cromossómicas foram identificadas como

podendo conferir susceptibilidade para a doença. Seguem-se os estudos de gene candidato, em que se estudou se alguns genes potencialmente conferentes de susceptibilidade se correlacionam com a doença (design caso-controlo). (Macieira, 2022).

Admite-se que as variantes comuns conferem pequeno risco, mas cumulativamente expliquem entre um quarto a metade da proporção da variação na susceptibilidade genética à Esquizofrenia. Por outro lado, pensa-se que variantes estruturais raras com potencialmente maior efeito possam também interpretar um papel importante na arquitectura genética da patologia.

1.3.2. Factores Ambientais

1.3.2.1 Complicações obstétricas e infecção pré-natal

Com base em 8 estudos prospectivos com base populacional uma meta-análise identificou como significativos alguns efeitos que podem ser agrupados essencialmente em três categorias: complicações na gravidez (sangramento, pré-eclâmpsia, diabetes, incompatibilidade de Rh); crescimento e desenvolvimento fetal anormal (baixo peso à nascença, malformações 20 congénitas); complicações no parto (asfixia, atonia uterina e cesariana de emergência) (Stilo, 2019).

A maioria dos efeitos tem um impacto mental (OR) entre >1 e <2 , à excepção de alguns como o descolamento prematuro da placenta, peso à nascença $<2000g$ e a realização de cesariana de emergência, que apresentaram valor superior. Em relação em particular ao baixo peso ao nascer, este factor poderá ser uma variável decorrente de alguma outra influência adversa no feto em desenvolvimento, por comportamentos de risco da mãe como o tabagismo.

Alguns dos mecanismos patogénicos sugeridos são a hipoxia fetal ou perinatal, desnutrição fetal, prematuridade, trauma mecânico durante o parto e infecções maternas aquando da gravidez ou parto. Em relação a este último ponto, de facto, vários estudos epidemiológicos sugeriram que a infecção pré-natal com agentes infecciosos como o vírus da influenza, vírus herpes simplex tipo 2, toxoplasmagondii possa estar associada a um maior risco de desenvolvimento de Esquizofrenia. Inicialmente foram efectuados uma série de estudos, na década de 80, tendo como bases as epidemias de influenza. Muitos destes estudos mostraram um risco acrescido da infecção pré-natal com influenza, particularmente no segundo trimestre, para a etiologia da Esquizofrenia, enquanto que outros falharam em replicar esses resultados, o que pode ser devido a limitações

metodológicas, visto que este tipo de estudos baseia a exposição apenas no facto de a gravidez ter decorrido num período de epidemia com influenza sem qualquer confirmação individual de exposição na grávida. (Macieira, 2022, p. 19).

A Esquizofrenia com a exposição a influenza no primeiro trimestre de gravidez e risco acrescido em 3 vezes com a exposição ao vírus na primeira metade da gravidez, contudo o primeiro achado não obteve significado estatístico e o segundo encontra-se na margem do mesmo. Uma meta-análise mais recente considerou a evidência existente para considerar a exposição pré-natal a influenza como factor de risco para desenvolvimento de Esquizofrenia como insuficiente.

1.3.2.2. Idade Parental

Segundo Stilo (2019), a idade parental avançada tem sido associada ao aumento de risco de desenvolvimento de várias doenças neuropsiquiátricas, não sendo a Esquizofrenia excepção, sendo que o efeito da idade paterna parece ser mais consensual entre as pesquisas, não obstante o avançar da idade materna também ter sido reportado como conferindo risco. A força do efeito é geralmente superior nas faixas etárias mais avançadas, com OR entre 2,57-4,62 na faixa dos mais de 50 anos, contudo outros estudos reportam efeitos significativos mesmo a partir dos 25 anos.

O mecanismo subjacente ao efeito da idade paterna no risco de Esquizofrenia não é consensual, tendo sido sugeridas algumas hipóteses. A hipótese das mutações de novo foi a primeira a ser formulada e é também a principal. Estas mutações ocorrem de modo espontâneo na linhagem germinativa masculina, ocorrendo com maior frequência com o avançar da idade paterna, colocando-se a hipótese de que possam aumentar o risco de doença psicótica dos filhos.

1.4. CLASSIFICAÇÃO

Quanto ao conjunto das características que a patologia pode apresentar, o CID-10 define dois subtipos adicionais:

Depressão pós-esquizofrénica: é um episódio depressivo que surge no rescaldo de uma doença esquizofrénica, onde alguns sintomas de baixo nível esquizofrénico podem ainda estar presente. **Esquizofrenia simples:** onde o desenvolvimento insidioso e progressivo de sintomas negativos proeminentes sem história de episódios psicóticos. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2020, s/p).

Nestas duas classificações, o paciente pode apresentar um abatimento físico ou moral, na conclusão da doença, ou ainda pode não apresentar nenhum sinal crítico.

Quanto à tipologia, o DSM-IV apresenta cinco subclassificações da esquizofrenia. São elas: **Tipo paranóico:** caracteriza-se pela presença de delírios e alucinações, mas as alterações de pensamento, comportamento desorganizado e achatamento afectivo estão ausentes. **Tipo desorganizado** (também designada por esquizofrenia hebefrénica): caracteriza-se por um pensamento de desordem e achatamento afectivo. **Tipo catatónico:** caracteriza-se por uma postura quase imóvel ou apresentar agitado movimento, sem propósito. Os sintomas podem incluir estupor catatónico e flexibilidade cérea. **Tipo indiferenciado:** os sintomas psicóticos estão presentes, mas os critérios para os tipos paranóide, desorganizado ou catatónico não foram cumpridos. **Tipo residual:** os sintomas positivos estão presentes de forma pouco intensa. (American Psychiatric Association, 2025).

Quadro 2: Classificação e características dos subtipos da esquizofrenia

Classificação e características dos subtipos da esquizofrenia	Subtipo	Características Principais
F20.0	Esquizofrenia	Caracteriza-se em geral por alterações do pensamento, alterações senso perceptivas, alterações da linguagem, alterações afectivas, alterações cognitivo-motoras ou da vontade e alterações da psicomotricidade. Os fenómenos psicopatológicos mais importantes podem ser rigidez do pensamento, eco do pensamento, imposição ou o roubo do pensamento e divulgação do pensamento, idéias delirantes, alucinações, neologismos, maneirismos, mutismo, rigidez afectiva, ambivalência afectiva, afecto embotado.

F20.0	Esquizofrenia paranóide	Caracterizada por iniciar entre 25 a 35 anos com alucinações verdadeiras, geralmente auditivas; Presença de idéias delirantes primárias, principalmente de conteúdo persecutório.
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	Caracterizada por iniciar entre 15 a 19 anos evoluindo com perturbação dos afectos que frequentemente é pueril, infantilizado, superficial e inapropriado. Pode apresentar também pensamento desorganizado, maneirismos e comportamento bizarro e irresponsável.
F20.2	Esquizofrenia catatônica	Caracterizada por iniciar entre 15 a 19 anos com alterações psicomotoras, como hipertonia, flexibilidade cerácea, hipercinesia e estupor. Possui alterações da vontade que podem oscilar entre o negativismo, obediência automática, mutismo e impulsividade
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	Características psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas que não se encaixam a nenhum dos subtipos de F20.0 a F20.2.
F20.5	Esquizofrenia residual	Ocorre devido a evolução crônica da esquizofrenia, com uma progressão nítida e presença persistente dos sintomas negativos que se tornam mais evidentes em detrimento dos positivos.
F20.6	Esquizofrenia simples	Caracterizada pela ocorrência de sintomatologia pobre e discreta que evolui progressivamente com comportamento excêntrico, incapacidade de viver em sociedade, um declínio global do desempenho, desinteresse e indiferença. Muitas vezes não é considerada como forma da esquizofrenia, mas sim um transtorno incomum.

Fonte: American Psychiatric Association, 2025

Ainda dentro das demais características, podemos encontrar através do DSM-IV várias manifestações num paciente portador desta patologia, onde teremos uma mistura de sinais e

sintomas a que são atribuídos nomes através do DSM-IV, como paranóico, desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual.

1.5. FISIOPATOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA

A fisiopatologia da esquizofrenia envolve uma complexa interação de factores genéticos, ambientais e neurobiológicos, levando a alterações estruturais e funcionais no cérebro, que por sua vez levam à esquizofrenia.

A proliferação neuronal e das células da glia, a migração celular, a diferenciação morfológica e bioquímica e a formação de sinapses dependem de complexas interações intracelulares com o ambiente celular, as quais determinam cada fase do processo de desenvolvimento cerebral. Esses eventos são definidos pela carga genética individual, mas podem ser modulados por factores ambientais. Uma variação genética ou um factor ambiental pode levar a uma cadeia de eventos, em que ocorrendo numa fase sensível, por sua vez, podem determinar alteração no desenvolvimento cerebral, aliciando uma estrutura mais vulnerável ao surgimento e perpetuação da psicose e/ou de outros sintomas que compõem a esquizofrenia. (Fernandes, 2024, p. 201).

As reproduções das células dependem do conjunto de ligações que houver no interior das células, através destas ligações e interações que decorrem, poderemos apresentar vários estados cerebrais, estes estados dependem de factores genéticos e ambientais, levando-nos a sinais de alterações do nosso sistema nervoso, levando assim o indivíduo a apresentar delírios, alucinações e outros sinais e sintomas.

Outra teoria que tenta, recentemente, explicar as prováveis alterações cerebrais que propiciam o aparecimento de desordens psicóticas refere-se ao neurotransmissor glutamato. O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório do sistema nervoso central. O precursor do glutamato é o aminoácido glutamato, a qual é transportada para dentro da célula neuronal por meio de um transportador. A acção do glutamato como um neurotransmissor é essencial para que o processamento cognitivo seja bom ou satisfatório, pois este modula o aprendizado e memória (pela sua acção substancialmente importante no córtex cerebral). O mecanismo de ecotoxicidade é também desempenhado pelo glutamato. Acredita-se que, além de ser um neuromodulador responsável pelo óptimo desempenho cerebral, em concentrações excessivas na região sináptica, o glutamato pode atrapalhar o desempenho cerebral por degenerar neurónios, sendo o cálcio um dos principais responsáveis para que este mecanismo se torne mais intensificado. (Ferraz, 2024, p. 118).

Estudos mostram várias hipóteses que explicam o surgimento da esquizofrenia, cada uma mais extensa, de modo a tentar esclarecer como surge a doença. Observamos, que tudo acontece devido uma desordem de pensamentos propriamente no sistema nervoso através de substâncias químicas produzidas pelos neurónios, que são responsáveis por enviar informações a outras células de nosso organismo, através do principal neurotransmissor

excitatório do sistema nervoso que é chamado de glutamato.

O glutamato é o aminoácido livre mais abundante do sistema nervoso central (SNC). A função dos transportadores de glutamato é regular o tempo de sua concentração na fenda sináptica, muitos deles sendo activados por uma concentração baixa desse aminoácido ou sendo levados à morte pelas altas concentrações do mesmo. O glutamato actua como uma neurotoxina potente capaz de induzir dano excitotóxico grave em neurónios alvo, um mecanismo possivelmente implicado em várias doenças neuro-degenerativas. As doenças neuro-degenerativas possuem a característica comum de perda de neurónios por mecanismos originados pela sobre activação dos receptores de glutamato, o qual ocorre por uma excessiva excitação sináptica mediada por este aminoácido, ao que chamamos excitotoxicidade. (Quaresma, 2024).

O glutamato é um composto livre e constante no SNC, a sua função é de fazer transformações de tecido para tecido e activar o contacto de uma terminação nervosa para outros neurónios e células. O composto actua em pequenas concentrações de toxinas, que devido seu maior grau de potencialidade encontrado no sistema nervoso, causa danos ao sistema nervoso e surgem as doenças degenerativas.

A teoria dopaminérgica da esquizofrenia, proposta pela primeira vez na década de 1960, sugere que a hiperatividade dopaminérgica nas vias mesolímbicas está associada aos sintomas positivos da esquizofrenia, como alucinações e delírios. Em contraste, a hipoatividade dopaminérgica nas vias mesocorticais está ligada aos sintomas negativos e déficits cognitivos. Essa dicotomia tem sido a base para o desenvolvimento de antipsicóticos que visam modular a actividade dopaminérgica no cérebro. Pesquisas recentes têm refinado nossa compreensão da disfunção dopaminérgica na esquizofrenia. Estudos de imagem molecular indicam que a síntese e a liberação de dopamina são excessivas nas vias mesolímbicas, enquanto a actividade dopaminérgica é reduzida no córtex pré-frontal. Essas descobertas suportam a necessidade de abordagens terapêuticas que possam equilibrar a actividade dopaminérgica de maneira selectiva, visando melhorar os sintomas sem causar efeitos colaterais significativos (Araujo et. al, 2024).

A hipótese mais aceite para explicar os fenómenos ilusórios que provém da esquizofrenia é uma alteração neuroquímica das funções dopaminérgicas. Acredita-se que a

dopamina seja a protagonista da exacerbação de sintomas psicóticos não só relacionados a patologia mental propriamente dita, como também aqueles sintomas decorrentes do uso de substâncias psicoactivas, como as anfetaminas e seus derivados e a cocaína. Os sintomas positivos da esquizofrenia (que são alucinações, agitação, euforia, irritabilidade, agressividade e delírios) são provenientes de um aumento da interactividade dopaminérgica na via mesolímbica cerebral e os denominados sintomas negativos (apatia, desmotivação, perda de interesse pela vida e depressão) são caracterizados pela pouca interactividade dopaminérgica na região mesocortical cerebral. (Reis, Arruda, 2021).

A hipótese dopaminérgica é vista como a hipótese mais aceite para compreender os estados do portador de esquizofrenia, pois a dopamina é um neurotransmissor que tem a função de fazer um controle dos neurónios frente a pressão arterial e essencial para a homeostase no organismo que participa no controle da vigília e o sono.

«A regulação anormal da dopamina, levam ao surgimento de vários transtornos comportamentais/ sociais, devido um desequilíbrio do mesmo». (Damasceno, 2024, p. 22).

Logo, através do desequilíbrio e excesso deste neurotransmissor, podemos assim destacar os sinais positivos e negativos no paciente.

1.6. QUADRO CLÍNICO

Os sintomas característicos desta patologia incluem alterações em quase todas as funções do cérebro, ou seja, percepção, pensamento, linguagem, memória e funções executivas.

«É possível caracterizar a sintomatologia (...) como positiva, onde se englobam as alucinações, delírios, perturbações do pensamento, linguagem e sentimentos, ou ainda, sintomatologia negativa, caracterizada pelo isolamento, perda de evolução e depressão». (Coelho, 2019, p. 25).

1.6.1. Sintomas Positivos

Os delírios persecutórios são as principais características da síndrome delirante. Com frequência associada a eles estão os delírios de auto-referência, em que o paciente acredita que as pessoas o estejam observando, rindo ou comentando sobre ele, enviando sinais, ou que rádio, TV ou jornais estejam se referindo a ele. Geralmente essas ideias envolvem forças

ou personagens hostis, mal-intencionados, que o ameaçam.

Também podem ocorrer outros delírios, como místicos-religiosos, de grandeza, de influência ou possessão. Alucinações são alterações do senso percepção que ocorrem com frequência na esquizofrenia, sendo as auditivas as mais comuns. O paciente pode ouvir barulhos ou vozes falando com ele ou sobre ele, também provocando medo e tensão. Algumas alucinações são descritas como o próprio pensamento tornando-se audível (do alemão, *Gedan kenlautwerden*) ou como vozes que falam do paciente na terceira pessoa, como se dialogassem entre si. Alucinações visuais podem ocorrer em 27% dos pacientes. Alucinações olfactivas, gustativas, tácteis ou cenestésicas (referentes a sensações dos órgãos internos) são menos comuns, mas também podem ocorrer delírios e alucinações são vivenciados pelo paciente com plena convicção e produzem um sentimento de passividade, ou seja, o paciente aceita essas vivências como parte da realidade e não consegue fazer um juízo capaz de relativizar ou extingui-las. Um sintoma positivo que pode interferir na comunicação e no entendimento do discurso é as alterações formais do pensamento e da linguagem. O discurso do paciente pode parecer sem objectivo, sem encadeamento lógico, vago, impreciso ou mesmo incompreensível, como uma salada de palavras. (Palmeira, 2018).

Algumas características que podemos identificar no portador de esquizofrenia, chamaremos como sinais, pois, estas estão ligadas com distúrbios funcionais ou lesionais que determinam o estado do mesmo e fácil de identificar. Se o paciente passar a apresentar vários sinais, ou ainda, se tiver crises, vamos considerar como positiva, pois nestas ele vai ficar fora de si ou de seu estado normal, ficará desordenado seja em mente e em pessoa, com um discurso incoerente.

1.6.2. Sintomas Negativos

Sintomas negativos incluem esmaecimento/embotamento afectivo, alogia, apatia e perda da vontade e anedonia. Pacientes exibem com frequência um esmaecimento ou um embotamento das respostas afectivas que as pessoas normalmente demonstram como sinal de envolvimento emocional. Isso pode ser evidenciado no exame do paciente na presença de baixa ou nenhuma mudança na expressão facial, poucos movimentos espontâneos, gestos expressivos, contacto visual ou falta de inflexão da voz durante o discurso. O afecto pode ser também impróprio e inadequado para o ambiente social ou simplesmente haver uma ausência de resposta afectiva. Alogia pode ser revelada pela pobreza do conteúdo de discurso, aumento do tempo de latência da resposta e pouca fala. Pacientes podem se tornar apáticos a ponto de interagirem pouco, descuidarem da higiene e da aparência, perderem a energia física e abandonarem suas actividades. Muitas

vezes os pacientes têm consciência de suas dificuldades e ressentem-se da falta de interesse e de poucos ou nenhum relacionamento social ou afectivo. Há evidências de que um ambiente stressante, seja por excesso de crítica e hostilidade ou por superestimação, pode agravar os sintomas negativos, aumentando o retraimento emocional e social do paciente. Isso pode ser visto como uma tentativa do paciente de baixar demandas que se encontram além de sua capacidade de enfrentamento. (Palmeira, 2018, p. 15).

Sintomas ou ainda, distúrbios negativos, aqueles que são difíceis de identificar, que afectam o portador, conseguimos verificar prestando bastante atenção ao portador da esquizofrenia, se tiver um longo acompanhamento conseguimos detectar uma negativa quando o portador da mesma patologia não apresentar progressões seja esta lenta ou rápida, ou ainda aquele, que quer ficar só, nunca participa nas actividades colectivas. Podendo assim classificá-los, estudá-los e observaremos o que o portador de esquizofrenia, pode apresentar, no quadro 2.

Quadro 3: Principais sintomas e alterações na esquizofrenia

Sintomas Positivo	Sintomas Negativos	Alterações Cognitivas	Alterações na Afetividade
Delírios;	Deficiência intelectual e de memória;	Diminuição raciocínio;	Mudanças abruptas de humor;
Alucinações;	Pobreza de discurso;	Diminuição da memória	Depressão;
Pensamentos incoerentes;	Embotamento afectivo;	Dificuldade de linguagem	Bizarrices;
Agitação psicomotora;	Incapacidade de sentir prazer – Anedonia;	Incapacitação de realizar funções.	Manifestações inapropriadas;
Afecto incongruente		Isolamento social e falta de motivação	

Fonte: Adaptado de Santos (2020, p. 20).

1.7. DIAGNÓSTICO

Através dos sinais e sintomas observado no paciente, e a realização de alguns exames ou testes, podemos determinar o que tem o paciente.

Ainda numa perspectiva de nomenclatura e sistematização do diagnóstico de esquizofrenia, é indispensável abordar a Classificação Internacional Estatística de Doenças e problemas relacionados com a saúde (CID – 10), onde a esquizofrenia é classificada em nove subtipos: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia depressão pós esquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, outras esquizofrenias e esquizofrenia não

especificada. (Coelho, 2019, p. 26).

É através destes subtipos de esquizofrenia, que o CID10 nos consegue conduzir a um determinado diagnóstico da esquizofrenia, estabelecendo assim critérios gerais sobre eles, tendo em conta os sinais e sintomas que o paciente apresenta num determinado tempo.

«As manifestações da esquizofrenia são tão diversas que exigem esforços contínuos, no sentido, de clarificar o seu diagnóstico». (Coelho, 2019, p. 25).

O DSM vem para melhorar não só o diagnóstico nas doenças do fórum psiquiátrico, mas também a caracterização dos indivíduos com esquizofrenia, para que, o tratamento seja o mais adequado possível, esclarecer sobre a esquizofrenia e permitir a sua delimitação, são factores facilitadores para o processo de diagnóstico.

«Os dois sistemas de classificação mais utilizados atualmente como apoio ao diagnóstico de esquizofrenia são o (...) apesar de coincidentes em alguns aspectos, os critérios de ambos apresentam importantes diferenças». (Queirós, Coelho, Linhares, & Telles-Correia, 2019, p. 73).

Segundo Coelho (2019), fazer uma comparação entre ambos os sistemas de classificação, é possível concluir que o CID – 10 explora em maior extensão e detalhe os sintomas da esquizofrenia.

Ao contrário de outras doenças orgânicas, onde é possível identificar o agente causal da patologia através de exames laboratoriais e definir um tratamento eficaz, na esquizofrenia o diagnóstico é mais complexo e deve ser feito numa perspectiva longitudinal. No entanto, testes laboratoriais como hemograma completo, exames serológicos e exames de urina podem ajudar a fornecer indícios que justifiquem os sintomas psicóticos. Para além disso, a imagiologia pode também ter um papel importante no diagnóstico clínico da esquizofrenia. (Coelho, 2019, p. 28).

Com alguns exames podemos certificar-nos de algumas doenças, o mesmo acontece com a esquizofrenia, que, podemos também identificar princípios de um paciente esquizofrénico através de outros exames, pois existem doenças que podem afectar praticamente todas as funções psicológicas, abrangendo assim as funções instrumentais, sociais e ocupacionais dos pacientes em diferentes graus.

O CID-10 e o DSM-IV estão para apoiar ao detectar a esquizofrenia, estes dois sistemas



de classificação apoiam-nos através dos sinais e sintomas que o paciente pode apresentar, no CID-10 começa a destaca-los a partir de um mês, enquanto o DSM só começa a destacar a partir de dois meses e determina o diagnóstico após seis meses como refere no quadro 3.

Quadro 4: Critérios de diagnóstico de esquizofrenia

Sintomas Característicos	CID-10 †F20	DSM-5 * 295.90
Um ou mais dos seguintes sintomas	Eco, inserção, roubo ou difusão do pensamento; Delírios de controlo, influência ou passividade; Delírios persistentes de outros tipos; Alucinações auditivo-verbais sob a forma de vozes que podem comentar ou discutir os comportamentos do doente ou provenientes de qualquer parte do corpo.	Não classifica...
Dois ou mais dos seguintes sintomas	Alucinações persistentes de qualquer modalidade; Interrupções no curso do pensamento resultando em incoerência no discurso ou neologismos; Comportamento catatónico tal como excitação, posturas inadequadas ou flexibilidade cética, negativismo, mutismo e estupor; Sintomas negativos tais como apatia marcada, escassez de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, com compromisso social; Alterações significativas na sua personalidade (manifestando-se com falta de interesse, falta de propósito, ociosidade e compromisso social).	- Delírios; - Alucinações; - Discurso desorganizado (por exemplo descarrilamento ou incoerência frequentes); - Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico; - Sintomas negativos (por exemplo embotamento afectivo, alogia, a evolução). Nota: Pelo menos um dos três primeiros deve estar presente
Curso	- Um mês.	- Seis meses (incluindo um mês em fase aguda e períodos prodrómicos ou com sintomatologia residual); - Com impacto no funcionamento global.
Exclusão	- Sintomatologia depressiva/maniforme predominante ou com diagnóstico de perturbação esquizoaffectiva; - Intoxicação ou abstinência de substâncias; - Condição médica.	- Perturbação esquizoaffectiva; - Perturbação depressiva ou bipolar com sintomas psicóticos; - Perturbação não atribuível a efeitos fisiológicos de substâncias ou a condição médica.

Fonte: Adaptado de Queirós, Coelho, Linhares & Telles-Correia, (2019, p. 73).

1.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Segundo Elkis (2020, p. 11), «*nem todo transtorno psicótico é esquizofrenia. Vários transtornos mentais podem apresentar sintomas psicóticos por isso é necessário a realização de uma anamnese detalhada do paciente para a identificação de outros quadros semelhantes*», como uma análise dos neurónios ou neurologia, um exame físico céfalo-caudal, hemograma completo, sorologia para sífilis e herpes, pois existem doenças que podem assemelhar-se à esquizofrenia.

1.9. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

No que diz respeito ao tratamento desta psicopatologia, este passa pela redução da gravidade dos sintomas psicóticos presentes, pela prevenção de episódios sintomáticos e da destruição associada do funcionamento do indivíduo. Desta forma, o tratamento da esquizofrenia implica uma abordagem que contempla uma intervenção ao nível farmacológico e não farmacológico.

«Sendo uma patologia crónica, o esquizofrénico tem a necessidade de tratamento para assim ter um alívio dos sintomas, além de melhoramento na condição de vida, o tratamento medicamentoso, indicados pelo médico são chamados antipsicóticos». (Santos, 2020, p. 23).

O esquizofrénico é aquele que padece de perturbações mentais e para o tratamento de doenças mentais temos a classe dos antipsicóticos. A introdução dos antipsicóticos resultou numa grande transformação na psiquiatria onde possibilitou aos acometidos por doenças mentais institucionalizados, fazer uso desses medicamentos em seu próprio lar, e podendo ainda, em alguns casos, passar a conviver dentro da normalidade na sociedade. Podemos assim observar no quadro4, os fármacos que actuam directamente no sistema nervoso, dos pacientes com este diagnóstico.

Quadro 5: Fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia e seus aspectos farmacológicos

Nome do Fármaco	Indicação	Mecanismo de acção	Contraindicação	Efeitos colaterais	Apresentação
Risperidona:	É indicado para tratamento de psicoses esquizofrénicas agudas e crónicas, e de outros distúrbios psicóticos nos quais os sintomas positivos e negativos são proeminentes. Como adjuvante no tratamento de mudanças do comportamento ou transtornos afectivos em pacientes com deficiência mental.	Actua duma forma combinada bloqueando os recetores dopaminérgica D 2 e dos recetores serotoninérgicos S 2; Bloqueio de recetores alfa.	Câncer de mama; crianças com menos de 15 anos de idade; doença de Parkinson; hipersensibilidade á droga; mulher amamentando.	Comuns: insônia, agitação, ansiedade cefaléia. Menos Comuns: Sonolência, fadiga, tontura, dificuldade de concentração, vômitos.	Comprimidos de 1, 2 e 3 mg
Quetiapina:	É indicado ao tratamento de esquizofrenia, agindo neste caso como antipsicóticos.	Actua duma forma combina da bloqueando os recetores dopaminérgica D2.	É contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente de uma fórmula.	Os efeitos colaterais mais comuns com o uso da Quetiapina são: inicialmente boca seca, seguida de tontura, astenia leve, obstipação, taquicardia, hipotensão ortostática e dispepsia. Em menor escala, podem ocorrer: ganho de peso, síncope, síndrome neuroléptica maligna (febre com rigidez muscular e dificuldade de respirar), leucopenia, neutropenia e edema periférico.	Comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg
Ziprasidona:	É um fármaco utilizado pela medicina como antipsicóticos, em casos de agitação aguda	O fármaco provavelmente é antagonista dos recetores de	É contra-indicado a pacientes com síndromes congénitas longas, a pacientes com infartos recentes do miocárdio, insuficiência cardíaca	Os efeitos colaterais da Ziprasidona incluem boca seca, anorexia, aumento de peso, diarreia, hipotensão ortostática,	Cápsulas de 40 e 80 mg

Nome do Fármaco	Indicação	Mecanismo de acção	Contraindicação	Efeitos colaterais	Apresentação
		serotonina tipo 2A (5HT _{2A}), (5HT _{2C}), 5HT _{1D} e dopamina tipo 2 (D ₂)	descompensada ou arritmias cardíacas em tratamentos com fármacos Antiarrítmicos.	taquicardia, tontura, fraqueza muscular, distonia, hipertonia, Alterações visuais, dermatite e erupções cutâneas	
Olanzapina:	Esta indicada para o tratamento da esquizofrenia e melhora dos sintomas aferidos, normalmente associados com esta patologia e transtornos correlatos.	Actua sobre vários tipos de receptores do paminérgicos, serot oninérgicos, a drenérgicos e histamínicos.	Durante a gravidez; Mulher amamentando; Hipersensibilidade conhecida a este fármaco.	Sonolência, aumento de peso e hiperprolactinemia, com manifestações clínicas como ginecomastia e galactorreia. Menos frequente: tonturas, aumento do apetite, edema periférico, hipotensão ortostática, secura da boca, constipação, aumento transitório das transaminases hepáticas e eosinofilia assintomática.	Comprimidos de 5 e 10 mg
Clozapina:	É indicada para o tratamento da esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e para o tratamento de distúrbios do pensamento, emocionais e comportamentais da doença de Parkinson, em adultos.	A Clozapina pertence a um grupo de medicamentos denominados antipsicóticos, cujo o seu mecanismo de acção se encontra relacionado com a sua capacidade de se ligar ao receptor	Clozapina está contraindicada para crianças e adolescentes, mulheres que estejam amamentando, pacientes que não possam realizar regularmente exames de sangue, pacientes com baixa contagem de glóbulos brancos, doença de medula óssea, doenças ou problemas de fígado, rim ou coração, convulsões não controladas, problemas de álcool ou abuso de drogas, pacientes historial de prisão de ventre grave, obstrução do intestino	Neutropenia/agranulocitose Síndrome metabólica Ganho de peso Alteração do perfil lipídico Aumento da glicemia Sialorreia Convulsões	Comprimidos de 25 e 100 mg

Nome do Fármaco	Indicação	Mecanismo de acção	Contraindicação	Efeitos colaterais	Apresentação
		de Dopamina no cérebro, bloqueando a sua actividade.	ou outras condições que afectem o intestino grosso e para pacientes com alergia a algum dos componentes da fórmula.		
Clorpromazina:	Este medicamento é destinado a pacientes com quadros psiquiátricos agudos, ou então no controle de psicoses de longa evolução. Manifestação de ansiedade e agitação, soluços incoercíveis, náuseas e vômitos e neurotoxicoses infantis; também pode ser associado aos barbitúricos no tratamento do tétano. Em analgesia obstétrica e no tratamento da eclampsia. Vagolítica, simpatolítica, sedativa ou antiética.	Produz um bloqueio nos receptores dopaminérgicos D2 pós-sinápticos.	A Clorpromazina está contraindicada a pacientes com: Glaucoma de ângulo fechado, em pacientes com risco de retenção urinária, ligado à problemas uretroprostáticos, o uso concomitante com levodopa. Outras contraindicações de Cloridrato de Clorpromazina (substância activa) são: Comas barbitúricos e etílicos; sensibilidade às fenotiazinas; doença cardiovascular grave; depressão severa do sistema nervoso central.	Sedação Hipotensão Efeitos anticolinérgicos	Comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/mL
Haloperidol:	É indicado para o tratamento de distúrbios psicóticos agudos e crónicos que incluem a esquizofrenia, estados maníacos e psicoses induzidas por fármacos.	Produz um bloqueio selectivo no SNC por bloqueio competitivo dos receptores dopaminérgicos pós-sinápticos, no sistema dopaminérgico mesolímbico, e um	Depressão no SNC, grave ou tóxica (induzida por fármacos). Mal de Parkinson. Alterações no sangue; colapso circulatório; como; crianças de qualquer idade não podem receber de forma injetável; crianças menores de 3 anos (forma oral); depressão da medula óssea; problema grave nos rins.	Os efeitos sobre o sistema motor, como o enrijecimento muscular, a inquietação e a vontade de ficar mexendo com as pernas mesmo estando parado, assim como movimentos musculares.	Comprimido de 1 e 5 mg solução oral 2 mg/mL

Nome do Fármaco	Indicação	Mecanismo de acção	Contraindicação	Efeitos colaterais	Apresentação
		aumento do intercâmbio de dopaminas no nível cerebral para produzir accção anti-psicótica.			

Fonte: Coelho et al., 2019.

Através do estado do paciente, o tipo de esquizofrenia e transtornos apresentados, o médico irá determinar qual serão os medicamentos a prescrever.

Na intervenção farmacológica, os medicamentos antipsicóticos têm demonstrado eficácia na diminuição ou eliminação de sintomas como os delírios, as alucinações e o pensamento desorganizado. Após o desaparecimento dos sintomas agudos, o uso contínuo destes medicamentos diminui consideravelmente a ocorrência de episódios de surto. Dentro dos fármacos antipsicóticos, existem a de primeira geração que se mostram mais eficazes na diminuição dos sintomas positivos e pouco eficazes nos sintomas negativos e cognitivos apresentando como efeitos secundários os sintomas extra piramidais e a discinesia tardia. Os fármacos antipsicóticos de segunda geração, por sua vez, demonstram eficácia na diminuição dos sintomas negativos, alterações cognitivas, prevenção de recaídas, melhorias na capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia, sendo que apresentam menor probabilidade de desenvolvimento dos efeitos secundários apresentados pela de primeira geração. (Vaz, 2020, pp. 28 – 29).

Os antipsicóticos não eliminarão na totalidade a esquizofrenia, apenas irão minimizar os sintomas e não devemos usá-los de qualquer forma. Podemos assim determinar que nos antipsicóticos temos duas classificações, os de primeira geração que têm actuado positivamente e trazendo bons resultados para os casos de sintomas positivos e os de segunda geração que tem apresentado resultados positivos nos sintomas negativos, podendo assim citar o nome de alguns deles, como se verifica no quadro 5.

Quadro 6:Classificação dos antipsicóticos para o tratamento da esquizofrenia

Antipsicóticos de primeira geração	Antipsicóticos de segunda geração
- Clorpromazina;	- Amilsuprida;
- Flufenazina;	- Aripiprazol;
- Flupentixol;	- Asenapina;
- Haloperidol;	- Clozapina;
- Levomepromazina;	- Lusaridona;
- Pimozida;	- Olanzapina;
- Sulpirida;	- Paliperidona;
- Zuclopentixol.	- Quetiapina;
	- Risperidona;
	- Ziprasidona;
	- Zotepina.

Fonte: Adaptado de Queirós et al., (2019, p. 73).

A característica universal dos antipsicóticos, tal como o próprio nome indica, é o tratamento da psicose (via meso límbica), actuando por antagonismo ou agonismo parcial dos receptores da dopamina, sobretudo dos receptores do subtipo D2. No entanto, a variedade de afinidade para outros receptores (serotoninérgicos, colinérgicos M1, α 1 adrenérgicos, histamina H1) confere a cada antipsicóticos uma acção singular que deve ser considerada na prescrição. Os antipsicóticos de primeira geração (APG) actuam, sobretudo no bloqueio dos receptores D2 que, para além do efeito antipsicótico pretendido (obtido sobre tudo pela sua acção na via dopaminérgica meso límbica). Este mecanismo pode levar ao surgimento de sintomas extrapiramidais (acatisia, distonia aguda, parkinsonismo, discinesia tardia) e hiperprolactinemia que por vezes traduz se

cl clinicamente em amenorreia, galactorreia e disfunção sexual. Os antipsicóticos de segunda geração (ASG), para além do bloqueio de receptores D2, bloqueiam também os receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}. A estimulação destes receptores inibe a libertação de dopamina, logo o bloqueio dos mesmos conduzirá inversamente a aumento da libertação de dopamina. Este aumento de dopamina terá uma funcionalidade particular na via meso cortical ao levar uma melhoria dos sintomas negativos, o que corresponde a uma vantagem dos ASG face aos APG. Dependendo do antipsicótico, pode existir ainda bloqueio de outros receptores. Este bloqueio será responsável por outros efeitos secundários podendo, no entanto ter alguma utilidade clínica como o caso da sedação (utilizados em caso de agitação psicomotora). O bloqueio dos receptores α ₁ adrenérgicos pode estar associado a hipotensão postural, tonturas e taquicardia e o bloqueio dos receptores muscarínicos M₁ associado a visão turva, xerostomia, obstipação, retenção urinária, agravamento de glaucoma de ângulo fechado e défices cognitivos. Os receptores H₁ quando bloqueados conduzem a sedação e aumento do apetite. Outros efeitos secundários devem ser considerados como alterações eletrocardiográficas (prolongamento do intervalo QT) e alterações metabólicas como aumento de peso, dislipidemia e desenvolvimento de resistência à insulina, aumentando o risco de síndrome metabólica. De modo geral, considerando a dicotomia entre APG e ASG, podemos resumir que, no que concerne a efeitos adversos, os primeiros estão mais associados a sintomas extrapiramidais e os segundos a efeitos metabólicos. (Queirós, Coelho, Ludgero & Correia, 2019, p.75).

Os antipsicóticos são fármacos que actuam directamente no sistema nervoso ou no cérebro e o mesmo está classificado como os de primeira geração e de segunda, cada um actuando num neurónio específico, carregando consigo a sua sintomatologia.

Como referem Liberman, Stroup e Perkins (2023, p. 84), que «*a intervenção precoce após o início da doença pode aumentar a probabilidade de recuperação. A farmacoterapia deve ser otimizada, e devem-se considerar a psicoterapia familiar e individual para aumentar a probabilidade de recuperação funcional*», pois se tratarmos logo que surgir os sinais e sintomas da doença, o paciente pode recuperar o seu estado normal, podendo assim, aproveitar o máximo a farmacoterapia.

Devemos prestar atenção a psicoterapia familiar, individual e grupal, para assim poder haver melhorias do paciente, pois o trabalho com grupos é uma estratégia de fácil operacionalização nas unidades básicas de saúde, se considerarmos, certos grupos de atenção frequentam diariamente o serviço de saúde.

1.10. TERAPIAS PSICOSSOCIAIS

A questão do portador da esquizofrenia dentro duma associação de pessoas com um

regulamento comum, observando como ele se comporta dentro da sociedade, saberá como intervir sem uma farmacoterapia e sim com uma psicoterapia. Pois, a psicologia do indivíduo e a vida em sociedade chega a ser o primordial para a nossa actuação.

Baseados em evidências apoiam as oito intervenções de tratamento a seguir: tratamento assertivo na comunidade, emprego apoiado, terapia cognitiva comportamental, atendimento familiar, economia de fichas, treinamento de habilidades, intervenções psicossociais para transtorno por uso de álcool/ substâncias e controle de peso. (Lieberman, Stroup, Perkins, 2023, p. 226).

Uns acompanhamentos nestes sectores da vida humana, através de grupos e pessoas capacitadas para estes pacientes, podem garantir que, haverá mais pessoas recuperadas dos transtornos mentais ou da esquizofrenia.

No grupo terapêutico, os usuários podem compartilhar experiências; ampliar a sua rede social; trabalhar questões associadas ao seu sofrimento mental; identificar alternativas de apoio e suporte emocional; significar conceitos e construir possibilidades de vida, entendendo a necessidade de ajuda de todos. A condução de um grupo é uma responsabilidade que pode ser compartilhada com as equipes de saúde mental de apoio à ABS. (Universidade Federal do Maranhão, 2022, p. 10).

Dentro dos grupos terapêuticos os pacientes terão a oportunidade de explicar o que sentem dentro de suas casas, trabalho e no meio de seus amigos, assim ajudarão os profissionais a estabelecerem métodos para os ajudar a recuperar e a se enquadrarem na sociedade novamente.

Figura 3: Grupo terapêutico



Fonte: A imagem de fundo foi capturada do site: <https://www.google.com.br/search?hl=pt-PT&site=imghp&tbm=isch&>

O grupo pode tanto ser uma ferramenta de detecção precoce de problemas de saúde mental, como pode ser desenvolvido priorizando casos como: pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes com possibilidades de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de

suicídio e vítimas de violência doméstica intra-domiciliar.(Universidade Federal do Maranhão, 2022, p. 11).

O grupo terapêutico servirá como um método para descobrir antecipadamente problemas do fórum psiquiátrico e nele devemos periodizar determinados casos como transtornos mentais severos e persistentes, detecção de pacientes que fazem o consumo de álcool ou outras drogas, assim como podemos descobrir quais deles podem ter um atendimento ambulatorio e quais precisam de ser internados.

«A terapia individual, (...), auxilia o paciente e a família a compreender a doença e os factores que causamos sintomas, ensina aptidões de comunicação às famílias e proporciona recursos para lidar com os desafios emocionais e práticos» (Elkis, 2020, p.13).

É preciso cuidar dos pacientes portadores de transtornos mentais na UBS e evitar práticas que levem à hospitalização de situações individuais e sociais comuns na vida quotidiana.

1.11. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

«O papel dos enfermeiros na equipe multidisciplinar tem como foco a gestão de sinais e sintomas, gestão do regime terapêutico e promoção da autonomia do autocuidado». (Faria, 2019, p. 39).

Esta actuação deve ser feita de forma interdisciplinar, ocorre na atenção primária, secundária e no âmbito hospitalar, sua diferenciação depende do estágio de evolução da doença. Quando estamos a falar de cuidados, estamos a falar em ter atenção, cuidar, meditar, tratar, ajudar, etc., sem olhar quem é a pessoa, pois, só quem reconhece o cuidado ama o que faz, porque com o passar do tempo o cuidador será amado por quem ele cuidou.

No atendimento a pacientes psiquiátricos os enfermeiros são uma peça fundamental no processo de humanização, que visa melhorar à qualidade do atendimento, pois valoriza os hábitos e culturas dos indivíduos reconhecendo os seus direitos. Os enfermeiros, juntamente com os demais membros da equipe, desempenham um papel fundamental no cuidado e na luta contra o estigma da esquizofrenia, em todas as fases do tratamento e da recuperação das pessoas afectadas (Santos, 2020, p. 31).

Os enfermeiros são peças fundamentais para a recuperação dos pacientes com transtornos psiquiátricos, pois eles, juntamente com a equipa irão trabalhar para o reenquadramento do paciente na sociedade, explicando quais são os seus direitos, seus

deveres e como devem se comportar até a sua total recuperação. Apresentação do paciente de uma forma geral, determina como a profissional irá manejar o tratamento do paciente com esquizofrenia, para assim determinar os possíveis cuidados a serem prestados, como observamos no quadro 6.

Quadro 7: Cuidados de enfermagem

1.	Monitorar e acompanhar o paciente, prestando atenção aos sintomas prodromáticos de recaída;
2.	Promover educação sobre a esquizofrenia e seu tratamento a família;
3.	Determinar a necessidade de medicação e de intervenções psicossociais, e elaborar um plano de tratamento;
4.	Reforçar a adesão ao plano de tratamento;
5.	Incentivar a compreensão e a adaptação psicossocial, e buscar uma adaptação social compatível para cada caso;
6.	Ajudar a reconhecer precocemente as recaídas, promover as mudanças no tratamento e identificar fatores que precipitam ou perpetuam os surtos;
7.	Evitar esforços para aliviar o stress familiar e melhorar o funcionamento familiar;
8.	Facilitar o acesso do paciente aos diversos serviços e coordenar os recursos destinados à saúde mental, tratamento clínico-geral.

Fonte: Santos, (2020, p. 32).

«Os pacientes crônicos são mais “estáveis” (...) exigem menos tempo da equipe, é necessário que os cuidadores, em especial as enfermeiras, estimulem o processo de compreensão desses clientes no que se refere ao enfrentamento dessas limitações». (Santos, 2020, pp.31, 32).

Como refere Dos Santos (2021), outra postura dos profissionais, enfermeiros, é exigida quanto aos cuidados a pacientes crônicos. Os pacientes que a doença leva mais tempo para curar ou melhorar, minimizar os sinais e sintomas, é necessário que haja comunicação entre paciente e profissional, para os pacientes apesar do estado crônico que se encontram, não podem ser abandonados, mas sim, os profissionais estarão sempre prestando seus cuidados,

através da comunicação.

A comunicação desenvolve no enfermeiro a capacidade de se aproximar das pessoas ao seu redor, quando do exercício de suas actividades profissionais. Através do uso de modelos de enfermagem e teorias para o paciente, de planeamento e cuidados de saúde, os enfermeiros serão capazes de oferecer um serviço melhor para indivíduo e da comunidade (Santos, 2020, p.33).

É necessário perceber que há novas exigências significativas no trabalho dos enfermeiros, as quais não estão voltadas somente para o cuidado da enfermidade em questão, mas para o resgate da subjectividade e todo o contexto de vida dos pacientes. Para ultrapassar e conseguir cuidar de um paciente o enfermeiro deve ter com sigio a principal ferramenta que é a comunicação, através dela podemos detectar qual o estado do paciente e poder traçar cuidados para assim o mesmo se recuperar.

1.12. PREVENÇÃO

As medidas preventivas são aquelas que nos ajudam a diminuir o surgimento de uma doença, sendo que a melhor maneira de evitar, ou diminuir a mortalidade por Esquizofrenia, é através do diagnóstico precoce.

Não existe uma forma conhecida de prevenir a esquizofrenia. Após o diagnóstico, os sintomas podem ser prevenidos por meio do uso correcto da medicação. O paciente deve tomar os medicamentos prescritos exactamente como lhe foi recomendado, pois os sintomas retomarão caso, a medicação seja interrompida. É importante que o paciente sempre converse com o profissional de saúde se estiver pensando em mudar ou interromper o uso dos medicamentos. Fazer visitas regulares ao profissional de saúde é uma medida essencial para se prevenir a recorrência dos sintomas. (Mental HeathAmérica, 2020 s/p.).

Não existindo uma forma específica para prevenção da esquizofrenia, devemos prestar atenção na prevenção primária aos transtornos mentais de uma forma geral, pois o uso do tratamento pode prevenir os sintomas, mas a ausência do mesmo pode levar o paciente a retomar o quadro. A prevenção primária dos transtornos mentais é o melhor caminho, porque tratá-los na vida adulta é difícil, há recaídas e os medicamentos produzem efeitos colaterais, alguns são muitos raros, a psicoterapia nem sempre estará disponível para todos.

A prevenção primária em psiquiatria (evitar o surgimento da doença) envolve os pais criarem seus filhos com uma equilibrada combinação de liberdade e limites, afecto e

disciplina, dar responsabilidade que eles precisam cumprir para terem direito ao lazer e diversão, e a responsabilidade, claro, de acordo com a capacidade da criança, não devendo ser nem fácil e nem difícil demais para ela. (Foucault, 2021, p. 56).

Uma estratégia para prevenção desta doença que aparece pela primeira vez na idade adulta, seria em identificar e tratar as crianças com risco de contrair a doença numa fase posterior da vida adulta, já na gravidez devemos identificar as complicações relacionadas com o parto e trata-las de modos a evitar transtornos futuros, enquanto na relação da instabilidade do ambiente familiar no início da idade ou criação, devemos procurar locais apropriados e com condições, para cuidar das crianças, pois indica que as influências ambientais podem provocar o início da esquizofrenia.

As complicações no nascimento e certas doenças em terra idade como, as viroses, podem desencadear uma esquizofrenia, especialmente em pessoas com problemas genéticos, portanto, iniciativas como vacinações para mulheres em idade reprodutiva e intervenção relacionada com o aperfeiçoamento da nutrição e dos cuidados no pré-natal podem ser medidas preventivas eficazes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

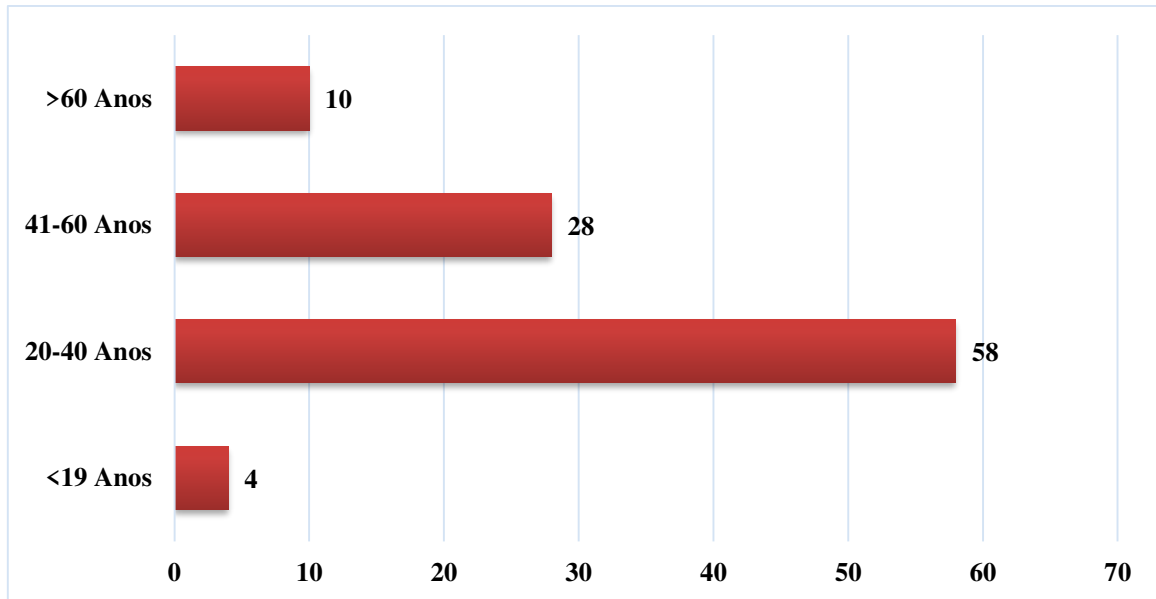
A apresentação e discussão dos resultados de uma pesquisa são etapas cruciais em qualquer trabalho científico. A apresentação dos resultados está focada na descrição objectiva dos dados recolhidos, utilizando tabelas, gráficos e outras formas de visualização. A discussão, por sua vez, interpreta esses resultados, relacionando-os com a literatura consultada, analisando suas implicações e sugerindo novas pesquisas (Vieira, 2021).

Segundo o mesmo autor, podemos diferenciar os dados obtidos pela natureza e pela especificidade dos próprios dados, consistindo numa estrutura de toda a informação que irá permitir chegar a uma determinada conclusão, que merce reflexão e análise, culminando na tomada de decisões. Como tal, irão ser apresentados primeiros os resultados obtidos e respectiva interpretação e em seguida a análise desses dados.

3.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

Como já foi referido, a apresentação e discussão dos resultados é uma fase importante do nosso estudo, este capítulo está reservado para isso mesmo. Os resultados obtidos são apresentados em tabelas e gráficos, de forma sequencial segundo as variáveis de estudo. Sendo assim, iremos começar pela caracterização da amostra:

Gráfico 1: Distribuição da amostra, segundo a faixa etária



Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

O gráfico 1 demonstra que nos processos consultados, 58% estão na faixa etária entre os 20-40 anos, 28% entre os 41-60 anos, 10% têm mais de 60 anos e 4% têm menos de 19 anos.

O estudo feito por Magalhães (2020), sobre a esquizofrenia na Psiquiatria de Luanda, demonstrou que a faixa etária predominante era de 26-30 anos correspondendo 23% da sua amostra, comparando com o nosso estudo verifica-se que aumentaram tanto os pacientes com menos idade como com mais idade, ou seja; as pessoas mais afectadas pela doença encontram-se entre os 20 e os 60 anos (86%) onde estão inseridos os jovens adultos e os adultos (OMS, 2023).

Segundo o relatório do Hospital Psiquiátrico de Luanda (2020), a maior concentração de doentes assistidos foi na faixa etária dos 15 aos 64 anos de idade (35607 – 61%) do total de 57583. Estes dados vão de encontro aos nossos resultados.

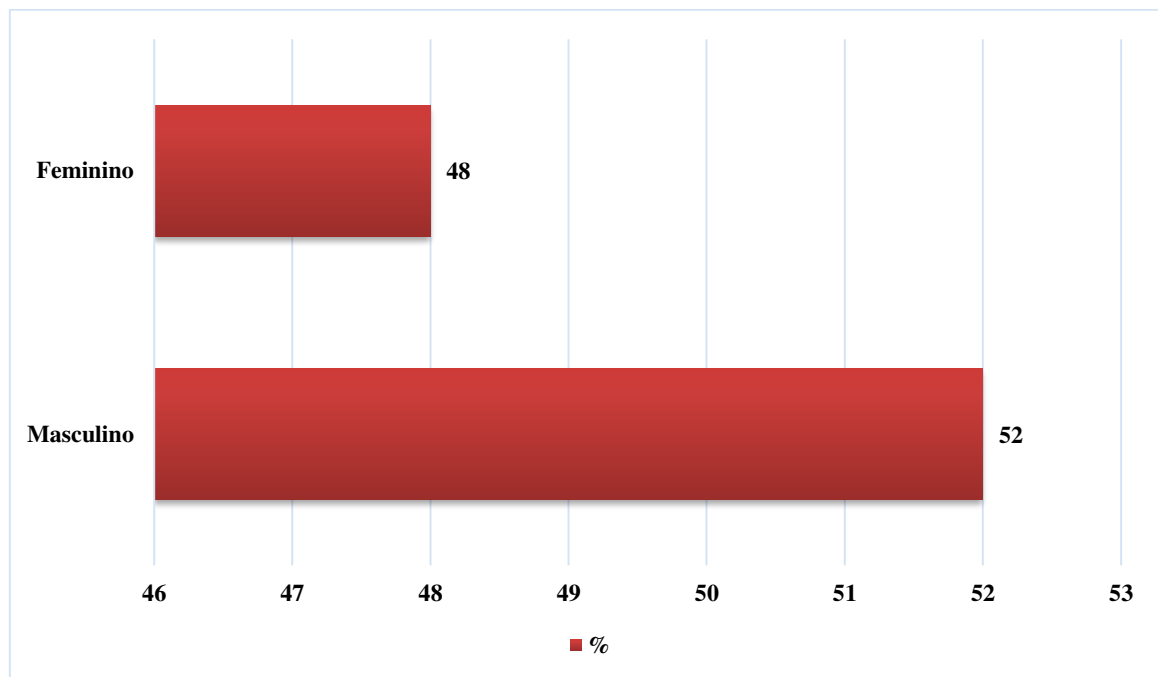
Os resultados apresentados corroboram com estudo realizado pelo Instituto Nacional

de Estatística (2014), onde o Censo realizado revelou que a população em Angola é extremamente jovem, sendo que, a maioria é crianças, jovem e jovem adulto.

Na nossa pesquisa foi interessante estudar este dado porque a variável idade desempenha um papel relevante no desenvolvimento e na evolução clínica da esquizofrenia. Estudos indicam que um início precoce da doença está associado a um pior prognóstico, maior comprometimento funcional e predominância de sintomas negativos (Gogtay et al., 2020).

Por outro lado, a esquizofrenia diagnosticada após os 40 anos, é considerada “*esquizofrenia de início tardio*” e apresenta características clínicas distintas, como maior frequência de sintomas paranoides e menor gravidade dos sintomas negativos, sendo às vezes confundidos com demência ou outros transtornos psicóticos (Vahia et al., 2020). Além disso, o envelhecimento dos indivíduos com esquizofrenia pode influenciar o curso da doença, com uma possível redução dos sintomas positivos e persistência ou agravamento dos déficits cognitivos e sintomas negativos (Kirkpatrick et al., 2020).

Gráfico 2: Distribuição da amostra, segundo o sexo



Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

Como podemos observar no gráfico 2, a maioria da amostra é do sexo masculino, representando 52% da amostra, já do sexo feminino são 48%.

Os nossos resultados não corroboram com os de Santos (2015), no estudo deste autor houve predominância do sexo feminino, 85,1% da amostra, os restantes 14,9% foram do sexo masculino.

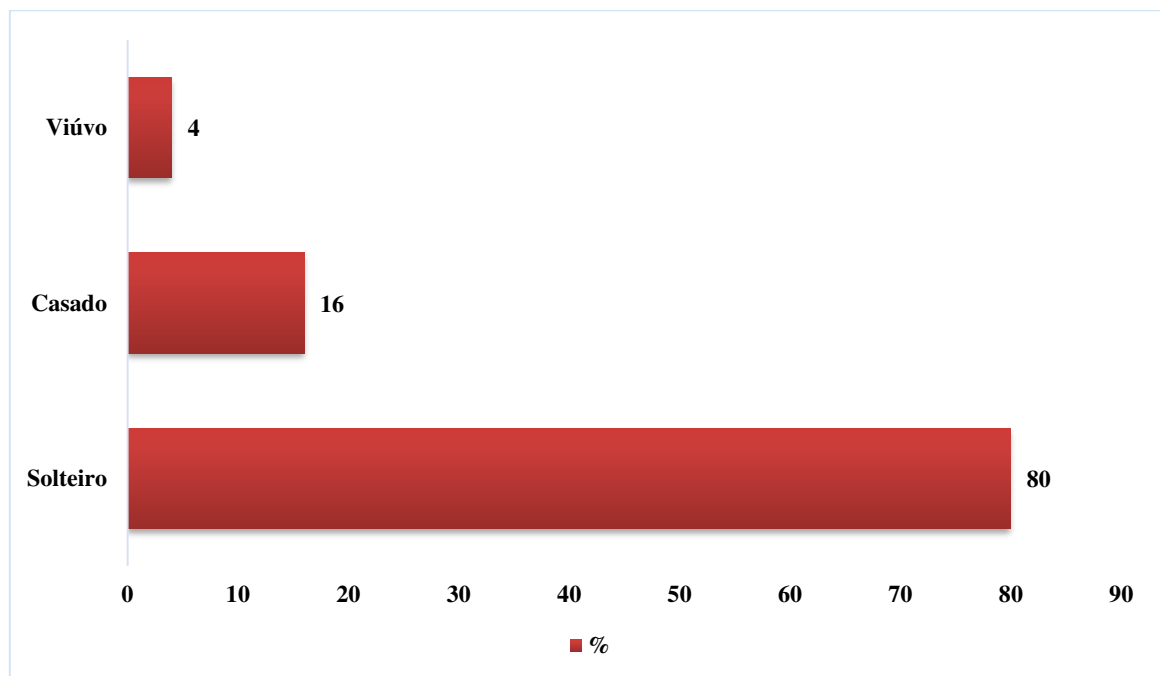
Segundo estudos de outros autores, os homens são mais frequentemente diagnosticados com esquizofrenia do que mulheres, com uma razão aproximada de 1,4:1 (Alemanet al., 2021). Além disso, os homens tendem a apresentar o início da doença mais precocemente, geralmente entre 18 e 25 anos, enquanto nas mulheres o início ocorre com mais frequência entre 25 e 35 anos (Abel et al., 2019).

Os nossos resultados coincidem com a literatura consultada em que, desde o século passado que se dá importância à predominância da Esquizofrenia no sexo masculino, podemos citar um trabalho do Departamento de Psiquiatria, São Paulo, Brasil, sobre as diferenças entre os sexos na evolução da esquizofrenia (Chaves, 2020) segundo esta autora, a diferença entre homem/mulher é de 2:1 no início da adolescência, já após os 50 anos, essa proporção inverte-se, aproximadamente 10% das mulheres iniciam a doença após os 45 anos. Neste mesmo estudo a autora afirma que, o sexo é um importante fator preditivo no curso

e na evolução da esquizofrenia, sendo que as mulheres mostram um melhor desempenho que os homens quanto ao tempo de permanência no hospital, número de recaídas, remissão de sintomas, adaptação social e número de suicídios.

Desde o início dos anos 80, também no século passado, (Seeman, 2021) desenvolveu uma teoria considerando que as diferenças entre os sexos na esquizofrenia estariam associadas a dois factores principais. Primeiro, existiriam diferenças no desenvolvimento cerebral intra-uterino associado à acção da testosterona no período da gestação que propiciaria uma velocidade do desenvolvimento cerebral intra-uterino mais lenta no sexo masculino e conseqüentemente maior possibilidade de anormalidades estruturais cerebrais por trauma de nascimento, e segundo, efeitos protectores do estrógeno agiriam no sexo feminino na vida adulta.

Gráfico 3: Distribuição da amostra, segundo o estado civil



Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

No que diz respeito ao estado civil, o gráfico 3 demonstra que a maior parte da nossa amostra (80%) é solteiro, (16%) casados e (4%) dos pacientes é viúvo.

Estes dados vão de encontro aos dados do Censo de 2014 em que o maior número de pessoas 46% é solteiro (INE, 2014).

Os resultados obtidos com maior ênfase não se aproximam ao estudo feito pela OMS

(2019), em que a média de agregados familiares é constituída por 5 pessoas. Uma em cada 5 famílias, onde a população economicamente activa é inferior a 50%, havendo um grande número de dependentes do estado e das famílias por este motivo, poucos tomam a decisão de casar-se.

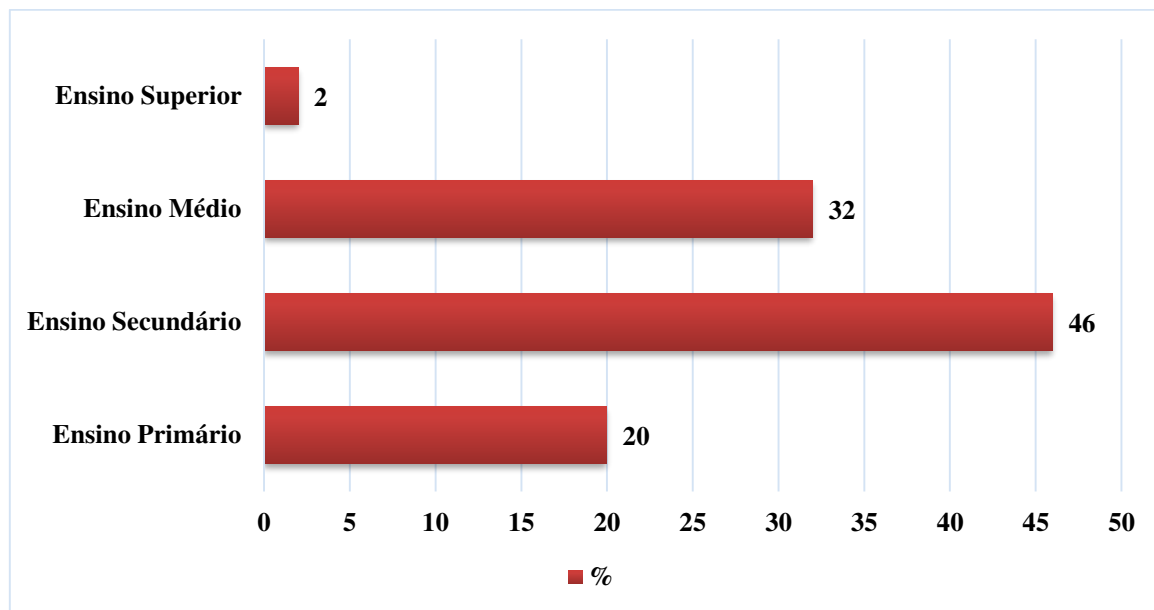
Segundo a Lei 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência, prevê que pessoas com deficiência mental têm plena capacidade, podendo casar e constituir união estável. Pessoas com esquizofrenia que estão em tratamento podem ter uma vida normal, trabalhar, constituir família e ter filhos. Pessoas com esquizofrenia não tratada podem perder o contacto com amigos e parentes e viver nas ruas (SUS).(Silva, 2019)

Pesquisas indicam que pessoas com esquizofrenia têm uma probabilidade significativamente menor de se casar ou manter relacionamentos estáveis em comparação com a população geral porque os sintomas da esquizofrenia como delírios, alucinações e comprometimento cognitivo e social, podem dificultar a formação e manutenção de vínculos conjugais duradouros. (Häfner, & Heiden, 2022)

É importante ter este aspecto presente na avaliação dos pacientes com este diagnóstico, são muitos os estudos a defender que o estado civil pode actuar como um indicador prognóstico. Pacientes casados tendem a apresentar melhor evolução clínica, menos hospitalizações e maior funcionalidade social ao longo do tempo (Bromet, & Mojtabai, 2020)

Morgan e Galletly (2020), afirmam que pessoas com maior risco de desenvolver esquizofrenia já apresentam déficits sociais e cognitivos na adolescência, o que pode dificultar a formação de vínculos afectivos antes mesmo da manifestação completa do transtorno.

Gráfico 4: Distribuição da amostra, segundo o nível académico

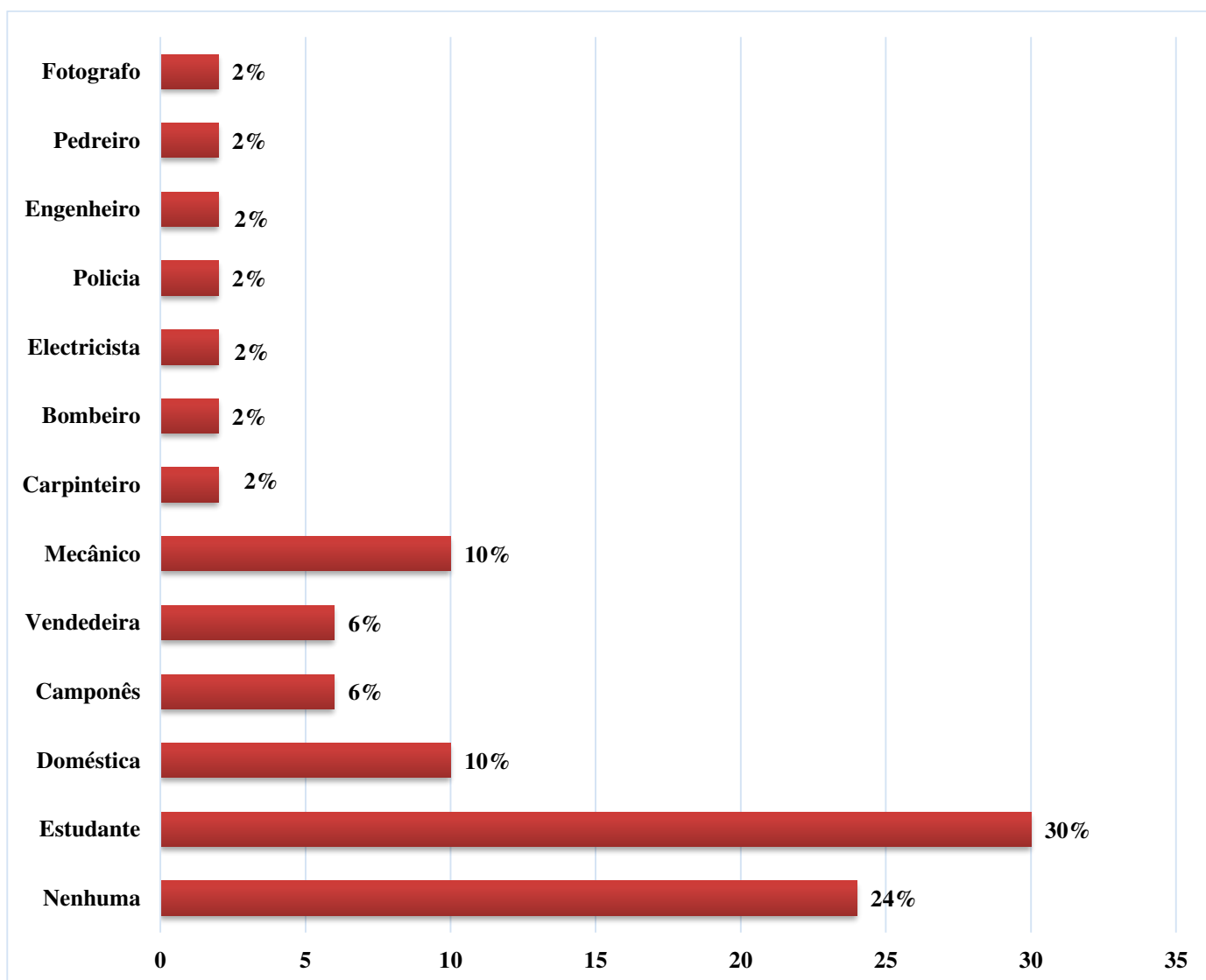


Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

Quanto ao nível académico dos pacientes, a maioria (46%) possui ensino secundário, seguindo-se o ensino médio, 32%, com o ensino primário 20% e finalmente, o ensino superior com 2% da amostra.

De acordo com Mac Cabe et al. (2020), Indivíduos com notas escolares persistentemente baixas apresentam um risco aumentado de desenvolver esquizofrenia na idade adulta. Por afirmação deste autor a relação entre o nível académico e a esquizofrenia tem sido objecto de estudo por diversos investigadores, tendo-se identificado uma correlação bidirecional entre esta variável e a doença. Tal associação pode dever-se a défices neurocognitivos precoces, que já se manifestam antes da eclosão dos sintomas psicóticos.

Gráfico 5: Distribuição da amostra, segundo a ocupação



Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

O gráfico 5 descreve a ocupação dos pacientes, verificamos que, a maioria (30%) é estudante, a minoria (2%) foi distribuída em Fotografo, Pedreiro, Engenheiro, Polícia, Electricista, Bombeiro, Carpinteiro e 24% não possuem nenhuma profissão.

Os dados obtidos aproximam-se à estatística feita pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014, p. 15), em que, «o mercado de trabalho concentra cerca de 40.0 % da população com 15 ou mais anos, sendo que as actividades do sector primário concentram 44.2%, as do secundário 6.1%, e as do terciário 26.2%, enquanto que, 23.5% da população residente não declarou as suas actividades».

Foram identificadas dificuldades, como, o baixo nível socioeconómico, baixa

formação escolar/académica e consequentes dificuldades laborais ou de acesso ao mercado do trabalho.

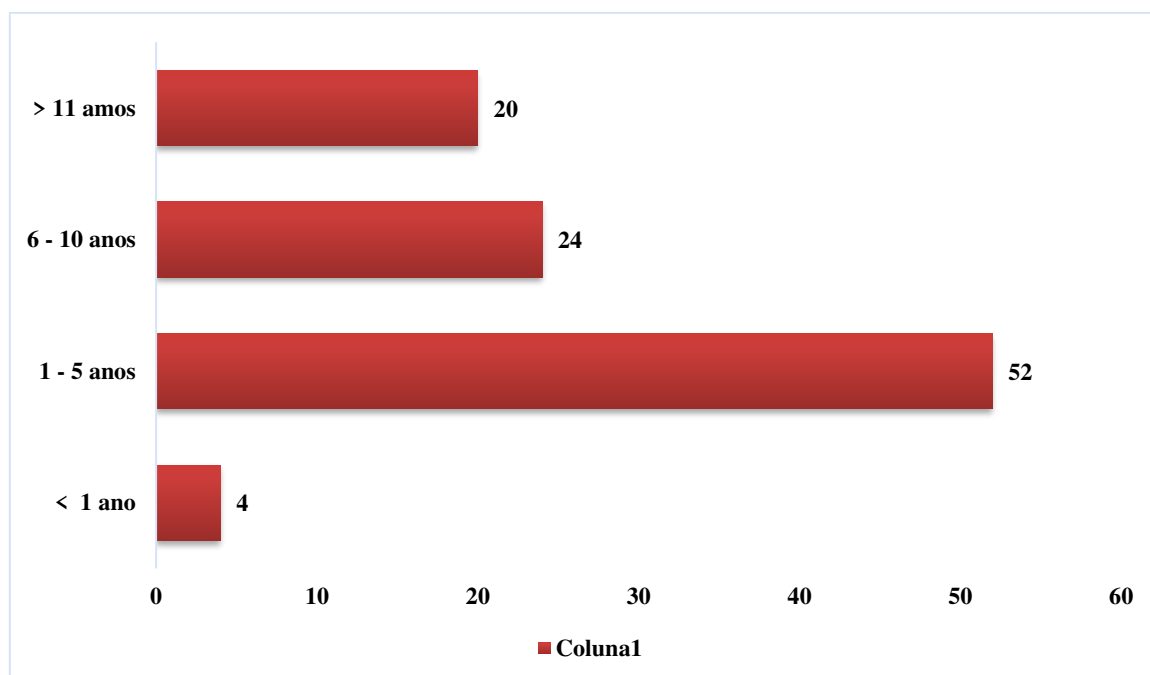
Baron e Souza (2023), no seu trabalho *“Inclusão laboral e transtornos mentais graves: desafios e perspectivas na atenção psicossocial”* indicam que o envolvimento em actividades ocupacionais está associado à melhoria na qualidade de vida, redução de recaídas e fortalecimento da auto-estima em pessoas com esquizofrenia. Ter uma ocupação (emprego formal, informal ou actividades ocupacionais) pode ajudar na reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia. A ocupação promove rotina, autonomia, autoestima e integração com a sociedade.

Consideramos que os resultados da nossa pesquisa, com mais de 20% da amostra sem ocupação, poderão estar relacionados com a própria doença, uma vez que, como já foi dito, a patologia pode levar à perda ou dificuldade de manter um emprego devido aos sintomas, como delírios, alucinações e comprometimento cognitivo, todos eles afectam directamente o desempenho no trabalho. O preconceito social dificulta a inserção de pessoas com esquizofrenia no mercado de trabalho, assim como, a falta de políticas de inclusão e suporte institucional que também constituem problema.

Em Angola, a questão da ocupação entre pessoas com esquizofrenia ganha contornos particulares diante de desafios como, o estigma social, a precariedade dos serviços de saúde mental e a escassez de políticas públicas voltadas à reabilitação psicossocial

Segundo o Plano estratégico nacional de saúde mental 2021–2025, a falta de programas estruturados de reinserção laboral, o desconhecimento social sobre os transtornos mentais e a ausência de centros de apoio especializados ainda representam obstáculos significativos, considera-se que é fundamental fortalecer as políticas de saúde pública mental no país, ampliando os serviços psicossociais e promovendo estratégias inclusivas de ocupação que favoreçam a recuperação e o bem-estar dos pacientes com esquizofrenia.

Tabela 6: Distribuição da amostra, segundo tempo de evolução da doença



Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

Como podemos observar no gráfico 6, a doença foi diagnosticada há 1 ano em 4% da amostra, 52% dos casos foram diagnosticados entre 1 e 5 anos, 24% foram diagnosticados entre 6 e 10 anos, finalmente, 20% foram diagnosticados há mais de 11 anos.

Os dados encontrados vão de encontro ao estudo publicado por Pfizer (2024), onde afirma que a esquizofrenia é uma doença mental crônica e incapacitante, que geralmente se manifesta na adolescência ou início da idade adulta, entre os 20 e os 30 anos de idade. A sua frequência na população em geral é da ordem de 1 para cada 100 pessoas. (OMS, 2022)

A duração dos surtos e a frequência deles variam de acordo com vários factores, a duração dos surtos podem durar dias, semanas, meses ou mais. Nos casos mais graves, o paciente pode permanecer em crise, sem tratamento, os surtos podem ficar cada vez mais frequentes e duradouros (Sabalo, 2011).

O estudo de revisão de Gregório et al. (2024), detalha como o conceito e a classificação da Esquizofrenia evoluiu significativamente ao longo das últimas décadas, essas mudanças na classificação da APA/OMS tem tido uma influência significativa para as mudanças na prática clínica.

Uma meta-análise com 14 estudos em pacientes com 20 anos ou mais de evolução da

doença mostrou que 24,2 % atingiram recuperação completa, o 35,5 % alcançaram resultado "bom ou melhor", e o 59,7 % tiveram resultado "moderado ou melhor". Esses resultados confrontam o mito de agravamento inevitável da doença, evidenciando que quase 60 % dos pacientes mantêm funcionalidade moderada ou melhor a longo prazo.

A revisão de 82 estudos longitudinais mostra que os sintomas positivos (alucinações, delírios) têm melhorias significativas, especialmente nos estágios iniciais (<5 anos), já os sintomas negativos (anedonia, alergia), depressivos e desorganização melhoram apenas modestamente, independentemente da duração da doença. (Rakkaet al., 2023)

A esquizofrenia é irreversível, apesar disso, quase 60 % podem atingir curso moderado ou melhor mesmo em pacientes com a doença há 20 anos. Duração longa da psicose sem tratamento e o funcionamento prévio são os factores mais robustos para prognóstico. Intervenções precoces, adesão terapêutica e suporte psicossocial são elementos-chave para melhor evolução clínica.

A minha análise crítica deste resultado, vai de encontro aos estudos e referências de alguns autores referenciados, baseados em investigações aprofundadas e com extensos anos de controlos clínicos a grupos de pacientes com Esquizofrenia, onde concluíram que, a visão sobre estes pacientes tem estado a mudar e deve continuar a mudar, tanto no que diz respeito aos conceitos, como na classificação, no seu prognóstico ao longo dos anos de evolução da doença e no tratamento.

Gráfico 7: Distribuição da amostra segundo as manifestações clínicas



Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

No gráfico 7 verificamos que a manifestação clínica que predomina é a “deficiência intelectual e de memória”, 34% da nossa amostra, segue-se os “pensamentos incoerentes”, 20%, com 16% temos “alucinações, pobreza de discurso, diminuição de raciocínio, mudanças abruptas de humor e manifestações inapropriadas”, com 14% “delírios, agitação psicomotora, incapacidade de sentir prazer, dificuldade de linguagem e bizarrices”, finalmente, em menor numero, 12%, “incapacitação de realizar funções” e “depressão” .

Os dados obtidos aproximam-se ao estudo feito por Coelho (2019, p. 25), onde refere que «é possível caracterizar a sintomatologia (...) como positiva, onde se englobam as alucinações, delírios, perturbações do pensamento, linguagem e sentimentos, ou ainda,

sintomatologia negativa, caracterizada pelo isolamento, perda de evolução e depressão».

Para Silva e Oliveira (2022), os sintomas positivos são aqueles que adicionam algo ao comportamento e à percepção normal. Incluem alucinações, predominantemente auditivas, e delírios, que são crenças infundadas que não correspondem à realidade.

As alucinações auditivas envolvem a percepção de vozes que não existem, enquanto os delírios podem incluir crenças de que o indivíduo possui poderes especiais ou está sendo perseguido. Esses sintomas são frequentemente a manifestação mais visível da esquizofrenia e podem levar a um estigma significativo e ao isolamento social dos pacientes.

No estudo de revisão de Pereira (2021), sobre “as manifestações clínicas de esquizofrenia”, os sintomas negativos referem-se à diminuição ou ausência de capacidades normais, como anedonia (incapacidade de experimentar prazer) e afetividade embotada (redução na expressão emocional). Esses sintomas podem comprometer severamente a capacidade do indivíduo de participar de atividades sociais e ocupacionais, resultando numa deterioração significativa da funcionalidade.

Fleischhacker (2025), no seu trabalho “Tratamento farmacológico perante os sinais positivos e negativos da esquizofrenia”, alucinações e delírios são frequentemente observados em algum momento durante o percurso 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.

Segundo Pull (2025), catatonia é definida como um conjunto de movimentos, posturas e ações complexas cujo denominador comum é a sua involuntariedade, os fenómenos catatônicos incluem: estupor, catalepsia, automatismo, maneirismos, estereotipias, fazer posturas e caretas, negativismo e ecopraxia. Foram encontrados sintomas catatônicos entre 5 e 10% dos pacientes com esquizofrenia. Os distúrbios do comportamento na esquizofrenia incluem comportamento grosseiramente desordenado e comportamento catatônico. Desde o começo, o comportamento catatônico foi descrito entre os aspectos característicos da esquizofrenia.

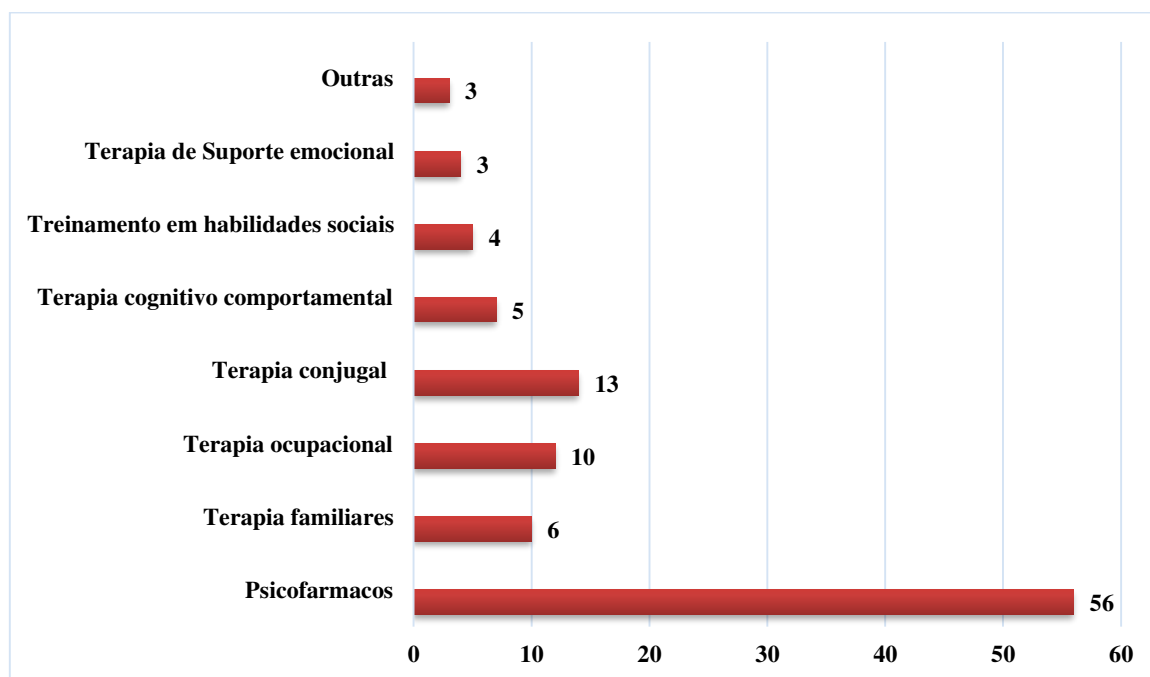
Apesar de característicos na sintomatologia da doença, os déficits cognitivos ainda não

foram incluídos nos critérios de diagnóstico para esquizofrenia. Entre 75 a 85% dos pacientes apresentam prejuízos duradouros em neurocognição e cognição social quando comparados a controles saudáveis (Roderet. al., 2011).

Quanto aos domínios de cognição social abordados, a maioria dos estudos avaliou processamento de emoções (14 artigos, 73,68%) e teoria da mente (13 artigos, 68,42%). Oito artigos avaliaram percepção social (42,1%) e apenas três trabalharam com estilo atribucional (15,79%), confirmando as tendências já encontradas na literatura de “favorecer” certos domínios de cognição social em detrimento de outros. (Sosa, 2013)

A minha análise crítica vai de encontro aos estudos e referências de alguns autores referenciados, onde podemos observar que, os sintomas negativos são evidentes em muitos pacientes, mas, por serem sintomas afectos à cognição têm sido ignorados pela família, só quando se evidenciam os sintomas positivos, é que os familiares os levam às unidades hospitalares para receberem a assistência médica.

Gráfico 8: Distribuição da amostra, segundo as condutas prescritas



Fonte: Hospital Psiquiátrico de Luanda, 2025

No que diz respeito às condutas prescritas, verificou-se que, em maior percentagem (56%) utilizam a psicofármacos, 13% terapia conjugal, 10% terapia ocupacional, 6% terapia familiar.

Magalhães (2020), reafirma que, os antipsicóticos são fármacos usados no tratamento sintomático dos transtornos psiquiátricos, nomeadamente na esquizofrenia, na fase maníaca do transtorno bipolar e em outras doenças psicóticas idiopáticas agudas. Estes fármacos também se denominam neurolépticos, uma vez que, provocam a supressão dos movimentos espontâneos e comportamento complexo, no entanto, os reflexos medulares são preservados.

O tratamento farmacológico da esquizofrenia influencia directamente a qualidade de vida dos indivíduos, existem vários efeitos adversos causados pelos antipsicóticos. A utilização da clorpromazina revolucionou o tratamento dos pacientes esquizofrênicos, já que resultou em melhoras significativas em 50-75% dos pacientes e, quase 90% destes indivíduos apresentaram algum benefício clínico decorrente do uso deste fármaco. Seguindo-se a clorpromazina, foram descobertos diversos outros compostos com propriedades farmacológicas semelhantes, embora com estrutura química diferente.

Na análise de Pimenta (2019), no seu estudo sobre a “esquizofrenia” refere que os antipsicóticos para produzirem seus efeitos terapêuticos máximos podem levar semanas. Como vimos, a sua principal acção consiste no bloqueio de receptores dopaminérgicos D2 no sistema nervoso central. Diversos estudos demonstram que há uma relação directa entre a potência terapêutica dessas drogas e a sua capacidade em bloquear receptores D2.

Segundo Sabalo (2011), para o tratamento da esquizofrenia, os medicamentos mais utilizados incluem a tioridazina, o haloperidol, a olanzapina, a risperidona e a ziprasidona, clorpromazina.

A esquizofrenia é uma doença mental crónica e incapacitante, que geralmente se manifesta na adolescência ou início da idade adulta, entre 20 e 30 anos de idade. A sua frequência na população em geral é na ordem de 1 para cada 100 pessoas. (Universidade Federal do Maranhão, 2022).

Na minha análise, para além do tratamento farmacológico é necessário a inserção destes indivíduos na sociedade, isso leva-nos ao uso de outras ferramentas que trabalham com a cognição do individuo, como, a psicoterapia, terapia ocupacional, terapia conjugal e outras.

Para Bruscato (2022), na psicoterapia de grupo, o terapeuta deve ser activo e monitorar o ambiente do grupo. Deve procurar temas, estimular e organizar a conversação, oferecer suporte e protecção, favorecendo a coesão grupal. Esta modalidade de psicoterapia de grupo é o grupo operativo (GO), em que o terapeuta organiza a discussão em torno dos assuntos agendados pelos próprios participantes. O GO passa a ter função psicopedagógica para capacitar o portador da doença a ficar instruído a respeito de suas limitações, ajudando-o na adaptação social e contribuindo para conciliar a sua situação de doença com as posturas de convivência que o universo social requer.

Segundo a American Psychiatric Association (2025), no teu trabalho sobre “Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia” refere que, a terapia ocupacional é uma forma de ajudar os pacientes a serem enquadrados na sociedade, pois ela é centrada em actividades com os pacientes dentro das unidades hospitalares. A actividade não deve ser encarada como tendo função meramente recreativa. Sua finalidade é recuperar a capacidade de voltar a fazer algo e combater a falta de vontade. É indicada para aquelas pessoas que estão em estado de desorganização, isoladas e com a vontade comprometida. A actividade faz com que a pessoa se organize e possa desenvolver sua criatividade.

Por tanto, não se trata meramente de fazer uma tapeçaria, uma peça de cerâmica ou um desenho. Trata-se de concluir uma tarefa objectiva, propiciando à pessoa a constatação concreta de que ela tem capacidade para executá-la.

Para Shirakawa (2020), no seu estudo sobre “Esquizofrenia: dois enfoques complementares” realça a importância da orientação familiar, referindo que toda a doença crónica dificulta a vida do portador e a sua relação com a família. Se por um lado é importante a consciencialização do portador da doença para que tenha os meios para combatê-la, por outro, se a família não for igualmente consciencializada, os choques serão inevitáveis.

Estudos internacionais demonstram que as recaídas são mais frequentes quando o ambiente familiar é stressante. Assim, as intervenções definidas como programas de tratamento psicopedagógico das famílias têm a finalidade de diminuir as tensões presentes no ambiente familiar e de melhorar o funcionamento social do portador. Há programas familiares que são realizados com a presença conjunta dos portadores e dos demais membros

da família, enquanto outras metodologias propõem a realização de programas de orientação aos familiares sem a presença conjunta dos portadores.

A minha análise crítica destes dados vai de encontro aos estudos e referências de alguns autores referenciados, onde podemos observar que continuamos a administrar antipsicóticos aos pacientes com esquizofrenia e, como já vimos, apenas minimizam os sinais positivos. Os antipsicóticos não fazem mais que atenuar a intensidade das manifestações psicóticas agudas, há outros tratamentos que deveriam ser mais usados. Os psicóticos são fundamentalmente efectivos no tratamento dos sintomas positivos da doença, sendo questionável a sua acção sobre sintomas negativos. Por esse motivo, poder-se-ia prestar atenção noutras medidas com maior frequência para assim se poderem enquadrar estes indivíduos na sociedade novamente.

De forma clara, os conceitos modernos do tratamento da esquizofrenia incluem medidas psicossociais e reabilitativas. Embora a farmacoterapia ainda seja a espinha dorsal de tratamento, deve sempre acompanhada de procedimentos e tratamento integrados, que incluem todos os níveis de intervenção.

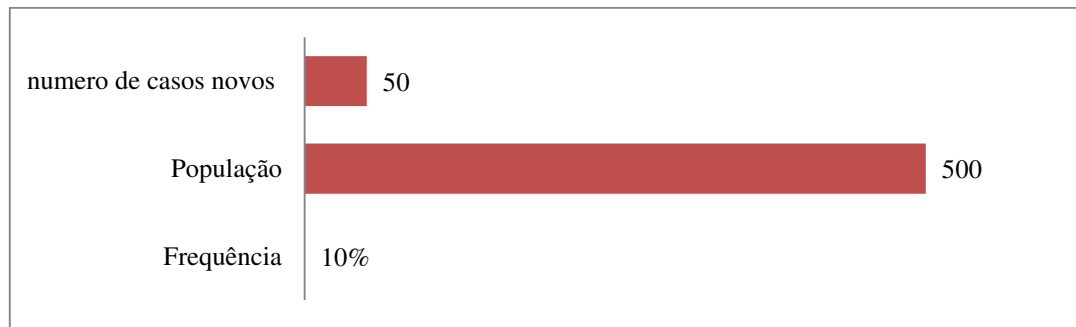
Frequência:

É um tipo de medida que indica a frequência de casos numa determinada população, onde o número de casos (numerador) é comparado com a população total (denominador) em um determinado período. (Magalhães, 2020)

$$\text{Frequência} = \frac{\text{Número de casos}}{\text{População}} * 100$$

População

$$\text{Frequência} = \frac{50}{500} * 100 = 10\%$$



É habitualmente usada em epidemiologia em doenças crónicas ou situações de duração prolongada, como a obesidade, a hipertensão arterial ou o cancro. Na área da saúde a prevalência ajuda o profissional a conhecer a probabilidade - ou risco - de um indivíduo sofrer de determinada doença. O conceito é também muito útil na elaboração e planificação de políticas e programas de saúde, uma vez que permite organizar os recursos existentes para os problemas de saúde mais importantes.

Em decisão clínica a frequência representa o conceito de probabilidade pré-teste uma vez que representa a probabilidade que cada indivíduo tem à partida, e antes de se aplicar um teste diagnóstico, de sofrer determinada doença. Logo, podemos afirmar que a proporção de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia no Hospital Psiquiátrico de Luanda é de 10% neste período analisado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em jeito de conclusão, podemos dizer que foi possível cumprir com os objectivos traçados e assim, responder à questão de partida. Não há trabalhos acabados, este não é diferente, é o ponto de partida para outras pesquisas na área da psiquiatria, tendo sempre como foco a melhoria da qualidade de vida destes pacientes. Conhecer o perfil destes pacientes é o primeiro passo para que se consigam arranjar estratégias tanto para a prevenção como para o tratamento e reabilitação dos pacientes com esquizofrenia. Depois do trabalho concluído, torna-se evidente que esta temática é muito preocupante, é um tema da actualidade que precisa de ser muito trabalhado, especialmente com os profissionais que trabalham nos hospitais psiquiátricos, além disso, é também necessário trabalhar com as famílias para que apoiem estes pacientes e com a comunidade em geral para que sejam integrados na sociedade.

De acordo com a pesquisa feita, concluiu-se o seguinte:

Começando por caracterizar a amostra, verificou-se que em relação à faixa etária, a maioria, 58% estão na faixa etária entre os 20-40 anos de idade;

Quanto ao sexo, 52% pertencem ao sexo masculino;

Relativamente ao estado civil 80% são solteiros;

No que diz respeito às habilitações literárias, 46% possuem o ensino secundário;

Quanto à ocupação, verificou-se que 30% são estudantes e 24% não têm nenhuma ocupação;

Constatou-se ainda que, quanto ao tempo de evolução da doença, 52% tem entre 1 a 5 anos de evolução.

Relativamente às manifestações clínicas, 34% da nossa amostra demonstraram ter deficiência intelectual;

No que diz respeito às condutas prescritas, verificou-se que, em maior percentagem (56%) utilizam a psicofármacos, 13% terapia conjugal, 10% terapia ocupacional, 6% terapia familiar.

Quanto a frequência da esquizofrenia, podemos constatar que a frequência de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia no Hospital Psiquiátrico de Luanda é de 10% de casos.

REFERÊNCIAS

Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2019). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 417–428. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.515205>

Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, J. P. (2021). Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60(6), 565–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.6.565>

- Almeida, F.J. (2018). A Bíblia Sagrada. (2ª Edição). Rio de Janeiro: Brasil;
- Alves, J. F. M., Almeida, A. L., Mata, M. A. P., & Pimentel, M. H. (2018). Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. (19), 08-16. doi: 10.19131/rpesm.0197 Portugal;
- AmericanPsychiatricAssociation (2025). Practiceguideline for thetreatmentofpatientswithschizophrenia;
- Association, P. A. (2025). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. (5ª Edição). Porto Alegre : Artmed;
- Atlas da Saúde. OMS (2022). Esquizofrenia “ainda acarreta um elevado estigma e discriminação”. <https://www.atlasdasaude.pt/artigos/esquizofrenia-ainda-acarreta-um-elevado-estigma-e-discriminacao>
- Awad, A. G., &Voruganti, L. N. P. (2020). Theburdenofschizophreniaoncaregivers: A review. Pharmacoconomics, 26(2), 149–162. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
- Barlow, H. D., Durand M. V. (2023). Psicopatologia: Uma Abordagem Integrada. (4ª Edição). São Paulo: CengageLearning;
- Baron, R. C., Salgado, J. V., & Souza, T. T. (2023). Inclusão laboral e transtornos mentais graves: desafios e perspectivas na atenção psicossocial. Revista Brasileira de Saúde Mental, 15(2), 56–67. <https://doi.org/10.5935/0103-8559.2023.0023>
- Barros, N. L., Júlio, A. A. & Barroso, J. V. F. (2024). Metodologia de Investigação Científica: Fundamentos Teóricos e Práticos (1ª ed.). Luanda: Editora-Shalom
- Bromet, E. J., &Mojtabai, R. (2020). Mental illnessand marital outcomes: Anoverview. CurrentOpinion in Psychiatry, 12(4), 343–349. <https://doi.org/10.1097/00001504-199907000-00011>
- Bruscato WL. Psicoterapia Individual Na Esquizofrenia. (2022). O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial; 2022. p. 149-64;
- Chaves AC. (2020). Diferenças entre os sexos na evolução da esquizofrenia [dissertação]. São

Paulo: Escola Paulista de Medicina;

Coelho, B. (2025). Entenda como delimitar o objecto de estudo em sua pesquisa. Disponível em <https://blog.mettzer.com/objeto-de-estudo/>, Consultado em Junho de 2025.

Coelho, F. C. J. (2019). Esquizofrenia e Autocuidado: Validação para a População Portuguesa da Escala de Requisitos de Autocuidado (Era-H). Dissertação De Mestrado, Escola Superior De Enfermagem Do Porto, Porto, Portugal;

Conselho internacional de Enfermeiros. (2020). Classificação internacional para prática de enfermagem. (4ª Edição). Portugal: Associação portuguesa dos enfermeiros;

Damasceno, M. B. C. (2024). Participação da Neurotransmissão dopaminérgica no efeito hiperlocomotor do neuropeptídeos. Dissertação de mestrado, universidade federal do rio grande do norte, Brasil;

Dos Santos, A.(2021).Papel Do Enfermeiro Frente Ao Cuidado De Pacientes Esquizofrênicos. (1ª Edição). Porto: Ariquemes – RO;

Elkis, H. (2020). Curso de Capacitação Saúde Mental, Módulo 3: Clínica de Atenção Psicossocial, Unidade 4: Esquizofrenia. (1ª Edição). Universidade Aberta do SUS: Coutinho S. P.N;em Debate, v. 136, pág. 96–109,

Faria, C. H. A. (2019). Conhecimento das adolescentes sobre prevenção do cancro da mama. Monografia de licenciatura, universidade Jean Piaget, Viana, Angola;

Fleischhacker, W. W. (2025). Tratamento farmacológico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj, & N. Sartorius (Org.), Esquizofrenia (pp. 71-132). Porto Alegre: Artmed.

Foucault, M. (2021). Doença Mental e Psicologia. (6ª Edição). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro;

Gogtay, N., Greenstein, D., & Lenroot, R. (2020). Age of onset of schizophrenia: Perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophrenia Bulletin*, 43(4), 886–891. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx025>

Gregório IC, et al. (2024). Esquizofrenia: evolução histórica do conceito e classificações atuais. *Revista de Medicina da UFC*. Feb 23.

Häfner, H., & an der Heiden, W. (2022). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: The ABC and WHO studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(Suppl 4), IV14–IV26. <https://doi.org/10.1007/PL00014187>

Kapitiya, F. (2020). ABC De Metodologia Científica, Noções de Estudo, Trabalho de currículo, Monografia, Dissertação, Tese e Livro. (6ª Edição). Angola-Benguela: Secretariado Diocesano de pastoral;

Kirkpatrick, B., Millan, M. J., & Javitt, D. C. (2020). Cognitive impairment in schizophrenia: Contributions of the past 20 years. *Schizophrenia Research: Cognition*, 20, 100177. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100177>

Laura Gomes Valli, L. G., Sobrinho, J. A. (2014). Mecanismo De Ação Do Glutamato No Sistema Nervoso Central E A Relação Com Doenças Neurodegenerativas, 18(1):58-67 <http://www.revneuropsiql.com.br>;

Liberman RP, Kopelowicz A (2023). "Recuperação da esquizofrenia: um conceito em busca de pesquisa". *Serviços Psiquiátricos*. 56 (6): 735–742. doi: 10.1176/appi.ps.56.6.735. PMID15939952.

Lieberman, J. A., Stroup S. T., Perkins O. D. (2023). Fundamentos Da Esquizofrenia, Stroup, S. T., Perkins O. D. (1ª Edição). Porto Alegre: Artmed;

MacCabe, J. H., Lambe, M. P., Cnattingius, S., Taylor, P. N., Gunnell, D., & David, A. S. (2020). Scholastic achievement at age 16 and risk of schizophrenia and other psychoses: A national cohort study. *Psychological Medicine*, 43(4), 951–961. <https://doi.org/10.1017/S003329171200153X>

Magalhães, P. A. Dos S. (2020). Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com esquizofrenia. Monografia. Luanda: Universidade Jean Piaget, Consultado em 29 de Novembro de 2024;

Melo, AHF; Freitas, F. (2023) Esquizofrenia, modelo biomédico e cobertura de mídia. Saúde Ministério da Educação e Cultura. (2009). A Higiene é a Nossa Saúde. (1ª Edição). Japão: N´weti

- Comunicação para Saúde;

Ministério da Saúde de Angola. (2020). Plano estratégico nacional de saúde mental 2021–2025. Luanda: MINSA.

Molstrom Ida-Marie et al, (2022). The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophrenia Research*, Volume 250, December 2022, Pages 152-163

Morgan, V. A., & Galletly, C. A. (2010). Sociodemographic characteristics associated with lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV disorders in people with psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1118–1126. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.519817>

Nascimento, M., Cordioli, A. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed;

Neeb, K. (2019). Fundamentos de Enfermagem de saúde Mental. (4ª Edição). Portugal: Lda;

Neto, A. A. G. A., Bre, A. R., Filho, B. G. (2007). Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais, 2; 198-203, São Paulo, SP;

Organização Mundial de Saúde. (2025). Estratégia de cooperação da OMS. (1ª Edição). Biblioteca AFRO para Catalogação na Publicação: OMS Escritório Regional Africano;

Palha, A. P., & Marques-Teixeira, J. (2012). Relationship between social functioning and quality of life in schizophrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 25(2), 123–130. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1422>

Palmeira, L. (2018). Manual de psicoeducação para profissionais de saúde mental que tratam pessoas com esquizofrenia. (1ª Edição). São Paulo: Planmark;

Pedro, L. (2012). Higiene hospitalar, Disponível em: www.sapedro.com.br. Acesso em: 27/11/19;

Pereira, A. (2021). Diagnóstico e Tratamento da Esquizofrenia. (4ª Edição) Editora Psicológica.

Pfizer (2024). Esquizofrenia. Consultado em 22 de Julho de 2024, disponível em: <https://www.pfizer.com.br/sua-saude/sistema-nervoso-central/esquizofrenia>;

Picon, P. D., Gadelha I. P. M., & Alexandre R. F. (2023). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Esquizofrenia, Portaria SAS/MS nº 364;

Pimenta, T. (2019). Esquizofrenia. 1- 2. Consultado em Outubro 26, 2019, disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%Barbiosdesa%C3%BAdemental/esquizofrenia-e-transtorno-delirante/esquizofrenia>;

Plano estratégico nacional de saúde mental. (2021–2025). (2ª Edição) Luanda: MINSA.

Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva : estudo sobre a exequibilidade, implementação e resultados de um programa de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva em Portugal. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. 2018. <http://hdl.handle.net/10362/11462>

Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., Telles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. Universidade de Lisboa: Porto. Consultado em Outubro 29, 2018, em: <https://doi.org/10.20344/amp.10768>;

Rakkaet al. (2023). Meta de 82 estudos sobre mudanças sintomáticas. Universidade de Lisboa: Porto.

Reis g. C. & Arruda A. L A. (2021). Fisiopatologia da esquizofrenia baseada nos aspectos moleculares da hipótese glutamatérgica. 92(3): 118-122, Universidade Católica Dom Bosco, Departamento de Farmacologia, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Riecher-Rössler, A. (2021). Sex and gender differences in mental disorders. The Lancet Psychiatry, 4(1), 8–9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)

Rocha, R. (2010). Enfermagem em Saúde Mental. (2ª Edição). Rio de Janeiro: Senac Nacional;

Roder, V.; Mueller, D. R.; Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness Of Integrated Psychological Therapy (Ipt) For Schizophrenia Patients: A Research Update. Schizophrenia Bulletin, V. 37, Supl. 2, Pp.

S71–S79.

Sabalo, O. A. (2011). Reforma psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil;

Seeman, M. V. (2021). Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1324–1333. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1324>

Seeman, M. V. (2022). Estrogen and schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 3(1), 20–24. <https://doi.org/10.3371/CSRP.3.1.1>

Shirakawa I. (2020). As abordagens psicossociais. In: Louzã-Neto MR, Shirakawa I, Barros L, editores. *Esquizofrenia: dois enfoques complementares*. São Paulo: Projeto Fenix; . p. 33-44.

Shirakawa I. (2020). *O ajustamento social na esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial;

Silva, B. (2019). *Estatística para as Ciências Humanas*. (3ª Edição). Luanda; Angola: Lito Tipo;

Silva, F. S., Marquini, L. L., Sabadini, O. S., Carletti, E. Z. B. (2022). A importância da utilização dos Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva na Prevenção de Acidentes. *Rev. Ambiente Acadêmico* (ISSN Impresso 2447-7273, ISSN online 2526-0286), v.4, n.1,

Silva, J.B. (2012). *Estatística Para as Ciências Humanas*. 3ª edição, Luanda – República de Angola: Gráfica Lito – Tipo, Lda;

Silva, J.B. (2012). *Estatística Para as Ciências Humanas*. 3ª edição, Luanda – República de Angola: Gráfica Lito – Tipo, Lda;

Silva, M.; Oliveira, F. (2022). *Aspectos Epidemiológicos da Esquizofrenia*. (4ª Edição) Editora Saúde Mental;

Sousa, J.T.R.; Santiago, H.G.; Cubas, A.T.; Navarro, M.W.; Pérez, P.L.; Cazorla, L.M.G.; Jiménez, J.M.M. (2023). Cognición Social en Pacientes con Esquizofrenia, Familiares de Primer Grado y Controles Sanos. Comparación Entre Grupos y Análisis de Variables Clínicas y

Sociodemográficas Relacionadas. Revista de Psiquiatria y Salud Mental (Barc), v. 6, n. 4, pp. 160-167.

Tavares A., Camacho, A. (2014). O nosso Dicionário: Dicionário Da língua portuguesa. (1ª Edição). Angola: Plánato Editora – Pe;

Thorup, A., Waltoft, B. L., Pedersen, C. B., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2020). Young males have a high risk of developing schizophrenia: A Danish register-based cohort study. *Psychological Medicine*, 44(6), 1259–1267. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001798>

Universidade Federal do Maranhão. (2022). Saúde mental: Estratégias de Abordagem e Tratamento do Sofrimento Mental. (1ª Edição). Universidade Aberta do SUS: Coutinho S. P.N;

Vahia, I. V., Jeste, D. V., & Reynolds III, C. F. (2020). Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: An updated review. *Current Psychiatry Reports*, 18(12), 112. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0741-6>

Vaz- Freixo, J. M. (2018). Metodologia Científica, Fundamentos Métodos e Técnicas. (5ª Edição). Lisboa: Instituto Piaget;

Vaz, S. M. G. (2020). Os Cuidados de Enfermagem dirigidos à família, enquanto prestadora de cuidados da pessoa com esquizofrenia. (1ª Edição). Porto: Ariquemes – RO.

Vieira, S., Hossne, W. S. (2021). Metodologia Científica para a Área de Saúde. (3ª Edição). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan

Wikipedia entries “Prognosis of schizophrenia”, “Early intervention in psychosis” https://en.wikipedia.org/wiki/Prognosis_of_schizophrenia

World Health Organization. (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

World Health Organization. (2022, January 10). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>