

A ESQUIZOFRENIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Daniella Pereira Garcia¹
Vitor de Souza Soares²

vitorsoares.med@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO:

A esquizofrenia retrata um distúrbio mental que, em geral, começa na fase de adolescência ou fase adulta jovem e que afeta tanto homens quanto mulheres. O diagnóstico da patologia é dificultado em razão das variações nas características de sintomas e pela história clínica na observação patológica. Diante disso, o objetivo do presente artigo é descrever as características da esquizofrenia e a abordagem adotada a partir do diagnóstico, por meio de uma revisão de literatura. Dessa forma, foi realizado um estudo de revisão bibliográfica, que utilizou as bases de dados das plataformas: Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual da Saúde. Os resultados do estudo demonstraram que atualmente a esquizofrenia é classificada a partir da dimensão dos sintomas positivos e negativos, embora alguns estudos também utilizem a divisão dos subtipos da esquizofrenia. Conclui-se, portanto, que o conhecimento da patologia proporciona a melhor evolução do paciente, uma vez que possibilita o diagnóstico precoce correto e, assim, a terapêutica eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: esquizofrenia, transtorno mental, transtorno psicótico, distúrbios psicomotores, perturbações mentais.

INTRODUÇÃO

Eugen Bleuler, em 1911, ressignificou o termo “demência precoce” do alemão *dementia praecox* por Emil Kraepelin 1896, com o novo termo “esquizofrenia” (ROCHA, 2021). A esquizofrenia simboliza uma patologia grave que afeta 1% da população mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde, ou seja, aproximadamente 70 milhões de pessoas em todo o mundo (QUEIRÓS *et al.* 2019).

Atualmente, a doença é classificada como uma síndrome pela psiquiatria e se caracteriza por uma série de sintomas e sinais que costumam surgir, pela primeira

¹ Graduanda do 4º Período do Curso de Medicina, Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó

² Médico e Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Vértice - UNIVÉRTIX - Matipó

vez, na forma de um surto psicótico, que ocorre em homens por volta dos 20 anos e, em mulheres, por volta dos 25 anos (SILVA *et al.*, 2016).

Estudos apontam que esquizofrênicos morrem, em média, 15 a 20 anos mais cedo do que a população geral, uma vez que possuem maior prevalência de doenças cardiovascular e neoplásica e *diabetes mellitus*, além disso, a taxa de mortalidade por acidente e doença natural é mais elevada nessa população (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

A esquizofrenia se classifica por um conjunto vasto de sintomas, como alterações do pensamento, alucinações, delírios e embotamento emocional que apresenta perda de contato com a realidade, ocasionando uma disfunção social crônica (CICARINI *et al.*, 2022). O quadro clínico se apresenta de forma heterogênea, complexa e nem sempre é facilmente perceptível (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

A predileção do medicamento e a posologia deve ser feita de forma individualizada de acordo com as características clínicas do paciente, a história pregressa, a tolerabilidade aos efeitos colaterais, a rede de suporte disponível e o contexto do tratamento. Antipsicóticos de primeira linha são eficazes em reduzir sintomas positivos na maioria dos indivíduos com esquizofrenia (NARDI; DA SILVA; QUEVEDO, 2022).

Tratamentos específicos centrados na adesão à terapêutica, na ansiedade social, no treino de competências sociais e na abordagem do uso de drogas apresentam eficácia comprovada nessa população (QUEIRÓS *et al.*, 2019). Nesse sentido, o tratamento farmacológico não assegura eficácia para todos os quadros de esquizofrenia (ROCHA, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, onde a técnica adotada é a revisão bibliográfica, por abranger estudos que têm o propósito de complementar um espaço no conhecimento (GIL, 2002). Objetiva identificar, a partir de apurações, buscas e verificações, características de acontecimentos ou fenômenos (MARCONI e LAKATOS, 2003), com a finalidade de definir a exposição

e o detalhamento das características de determinada população ou o fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações variadas (GIL, 2002).

Dessa forma, as buscas ocorreram a partir de um levantamento bibliográfico, realizado por meio da base de dados do Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). A seleção do Google Acadêmico se deu por ser um mecanismo virtual de pesquisa literária acadêmica, gratuita e acessível, bem como o SciELO, o qual representa um portal eletrônico cooperativo de publicação digital de periódicos científicos nacionais, além da BVS, a qual se responsabiliza pela propagação das publicações bibliográficas produzidas pelo Ministério da Saúde e, do mesmo modo, pesquisas e informações na área de ciências da saúde.

Para a seleção dos artigos ou produções científicas foram abordados os Descritores da Área da Saúde (DECS): “esquizofrenia”, “transtorno mental”, “transtorno psicótico”, “distúrbios psicomotores”, “perturbações mentais”, combinados pelo operador booleano “and”. Posteriormente foram aplicados os filtros: período de publicação (últimos 5 anos); idioma na língua portuguesa e que atenderam ao escopo da pesquisa. Além disso, como critérios de exclusão, adotou-se a aplicação de filtro quanto a “citações” e produções científicas não disponíveis na íntegra.

Foram encontrados nas bases dos dados supracitados 4620 artigos correlacionados, sendo, então, selecionados 20 artigos para leitura completa, dessa forma, foram excluídos 9 artigos e selecionados 11 após a leitura na íntegra. Foram também, somados aos artigos selecionados, o livro Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. Após isso, a produção científica teve seu início considerando informações obtidas pelas análises feitas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O termo esquizofrenia significa “cisão das funções mentais”, uma vez que advém do grego **schizo** = divisão, cisão e **phrenos** = mente. Caracterizada como um distúrbio psíquico e classificada como transtorno mental, que pode afetar homens e mulheres de diversificadas idades, nacionalidades e estratos sociais. (CICARINI, *et al.* 2022). Além disso, é considerada como uma das dez doenças que

afetam o ser humano, mais debilitantes pela Organização Mundial de Saúde - OMS (SOUSA *et al.*, 2017).

Existe um padrão de sintomas que a psiquiatria utiliza para caracterizar e indicar se o paciente apresenta ou não esse transtorno mental e qual o tipo (LIMA *et al.*, 2017). Nesse sentido, o paciente não necessita apresentar todos os sintomas negativos e positivos da doença, bem como, também pode haver manifestação de sintomas menos comuns ou podem ser manifestações clínicas de outras doenças, uma vez que os sintomas da esquizofrenia não são exclusivos (LIMA *et al.*, 2017).

O início dos sintomas da esquizofrenia acontece em adultos jovens, com maior incidência antes dos 25 anos em homens e antes dos 35 anos em mulheres. (FULONE *et al.*, 2023). No entanto, o aparecimento da esquizofrenia pode ser de início precoce - que se manifesta antes dos 18 anos - e de início tardio - que se manifesta após os 40 anos - não sendo muito frequentes, além de possuir um diagnóstico mais complexo e evidências sobre a efetividade e segurança do tratamento se apresentarem de forma limitada (FULONE *et al.*, 2023).

As principais causas de morte nesse transtorno são os suicídios, acidentes e outras patologias associadas, em decorrência das manifestações que acometem o paciente (SILVA *et al.*, 2016). Outrossim, apresenta fatores de risco como o consumo de droga, pouca adesão à terapêutica, baixa autoestima, estresse, desesperança, isolamento, depressão e eventos negativos na vida do paciente (SILVA *et al.*, 2016).

As causas da esquizofrenia são desconhecidas, sendo aceita a teoria da “vulnerabilidade *versus* estresse”, com a ideia de que a presença de vulnerabilidade aumenta o risco para o desenvolvimento de manifestações clínicas na presença de estressores ambientais e na falha dos mecanismos para lidar com eles (BRASIL, 2013). Nesse contexto, os fatores de vulnerabilidades se apresentam baseados em componentes biológicos, os quais incluem predisposição genética, que interage com fatores complexos físicos, ambientais e psicológicos (BRASIL, 2013).

A identificação da doença em seu estágio inicial somado ao encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado proporcionam à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (BRASIL, 2013). Sendo assim, alguns estudos apontam a esquizofrenia subdividida em tipos como paranoide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, pós-

esquizofrênica, residual, simples e outras manifestações, na qual cada uma possui características próprias (BRASIL, 2013).

A esquizofrenia paranoide caracteriza-se pela presença de concepções delirantes, constantemente de perseguição, em maioria somada a manifestações de alucinações e de perturbações das percepções (NUNES *et al.*, 2020). Os portadores desse transtorno são indivíduos tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, tendendo à possibilidade de cometer atos de violência (NUNES *et al.*, 2020).

A esquizofrenia hebefrênica, por vez, é caracterizada pela presença proeminente de perturbação dos afetos - como a dificuldade de expressar emoções e sentimentos -, além de ideias delirantes e alucinações que são fugazes e fragmentárias, o comportamento do indivíduo se manifesta como irresponsável e imprevisível (SILVA *et al.*, 2016). Ademais, o pensamento é desorganizado, o discurso com característica de incoerência e o portador apresenta tendência ao isolamento social (NUNES *et al.*, 2020).

A esquizofrenia catatônica se caracteriza pela presença de distúrbios psicomotores proeminentes que podem oscilar entre extremos, a exemplo tem-se hipercinesia e estupor; obediência automática e negativismo (SILVA *et al.*, 2016). Por outro lado, a esquizofrenia residual é representada pela presença persistente de sintomas “negativos”, tais como alterações no comportamento, nas emoções e/ou na interação social, apesar de não forçosamente irreversíveis, bem como não com a mesma frequência dos outros tipos de esquizofrenia (NUNES *et al.*, 2020).

A esquizofrenia simples tipifica-se pelo episódio insidioso e progressivo de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade e um declínio global do desempenho (SILVA *et al.*, 2016). Há, ainda, a esquizofrenia indiferenciada, a qual o quadro não engloba agrupamento de sintomas dos subtipos paranoide, hebefrênico ou catatônica; sendo, portanto, o subtipo mais encontrado na prática clínica (DA SILVA *et al.*, 2022).

Hodiernamente, propõe-se agrupar os sintomas em dimensões, onde a intensidade pode oscilar, sendo um modelo mais aceito, o qual é composto por cinco dimensões: sintomas positivos, sintomas negativos, cognitivos, de desorganização e de humor/ansiedade (NARDI *et al.*, 2022). Nesse contexto, a dimensão dos sintomas positivos é caracterizada por delírios e alucinações, sendo os delírios

autorreferentes e persecutórios e as alucinações auditivas as manifestações mais comuns na esquizofrenia (NARDI *et al.*, 2022).

Por outro lado, os sintomas negativos dizem respeito à ausência de determinados comportamentos esperados, mais notadamente na expressão do afeto e da vontade, isto posto, o consenso do National Institute of Mental Health (NIMH) propôs cinco domínios para caracterizar os sintomas negativos, sendo eles: alogia, alteração do afeto, associabilidade, avolição e anedonia (NARDI *et al.*, 2022).

Existem sintomas da esquizofrenia que vão além dos sintomas positivos e negativos e que não fazem parte dos critérios formais de diagnóstico. Alterações cognitivas são encontradas na altura da manifestação da doença e aparentam ser os principais determinantes do funcionamento e reabilitação psicossocial, elas são relativamente independentes dos restantes sintomas da doença, além de ser mais comuns nos doentes com predomínio de sintomatologia negativa (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Os sintomas de desorganização caracterizam-se pela manifestação no pensamento, observados, principalmente, no discurso e no comportamento, sendo o elemento central a falta do encadeamento lógico esperado para a conclusão de um raciocínio ou ação, onde algumas vezes o paciente é capaz de articular uma lógica intrínseca, no entanto absurda, o que não deixa de denotar certa desorganização conceitual (NARDI *et al.*, 2022).

Os sintomas de humor/ansiedade muitas vezes se associam a alterações esperadas no contexto emocional, como maior ansiedade ou tristeza provocados em razão do paciente se sentir perseguido, vítima de um complô (NARDI *et al.*, 2022). São encontrados, também, déficits mais marcados a nível da memória verbal, da vigilância e atenção, da memória de trabalho, do quociente intelectual, da linguagem e das funções executivas (QUEIRÓS *et al.*, 2019). Além do mais, sintomatologia afetiva também é comum nos doentes com esquizofrenia ao longo da sua vida, denominada de sintomatologia depressiva - em cerca de 40% dos casos (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

O diagnóstico da esquizofrenia é clínico e se baseia nos critérios da CID-10, classificação, a qual descreve critérios gerais necessários a serem atendidos, cujo primeiro é a presença de sintomas e o segundo, a exclusão de determinadas

descrições (BRASIL, 2013). Além do CID-10 outro sistema de classificação internacional mais utilizado atualmente como apoio ao diagnóstico de esquizofrenia é o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), que, apesar de coincidente em alguns aspectos com o CID-10, os critérios de ambos apresentam importantes diferenças (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

O diagnóstico diferencial se inicia com o reconhecimento de sintomas psicóticos, sendo a primeira etapa investigação sobre os sintomas, se eles seriam melhor explicados pelo uso de substância ou uma condição clínica, feito por meio de um histórico detalhado, exames físicos e neurológicos rotineiros (NARDI *et al.*, 2022).

Em seguida, excluindo que os sintomas sejam secundários ao uso de substâncias ou uma condição clínica, inicia-se o diagnóstico diferencial entre os transtornos psiquiátricos. Quando descartado um quadro de humor, passa-se ao diagnóstico diferencial entre os transtornos psicóticos primários, a qual se faz inicialmente pelo tempo, sendo subdividida em psicose breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante persistente e esquizofrenia. Dentre os quais, o transtorno delirante sendo costumeiramente mais tardio e de evolução mais favorável (NARDI *et al.*, 2022).

Nesse sentido, é válido salientar que foram eliminados os subtipos de esquizofrenia (paranoide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, residual e simples) dos critérios de diagnóstico segundo o DSM-5, uma vez que estes possuem limitada estabilidade de diagnóstico, confiabilidade baixa, fraca validade, além de pouca utilidade clínica e, em contraposição, a CID-10 mantém a divisão do diagnóstico em subtipos (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

A adesão ao tratamento da esquizofrenia se apresenta como um dos maiores problemas enfrentados para esse transtorno, uma das estratégias utilizadas é o uso de antipsicóticos convencionais de ação prolongada, como o haloperidol decanoato, a pipotiazina, o zuclopentixol e o penfluridol. Esses medicamentos atuam mantendo os níveis plasmáticos de antipsicóticos estáveis, prevenindo recaídas e, portanto, melhorando a adesão. Contudo, a utilização crônica de antipsicóticos de primeira geração pode estar relacionada ao desenvolvimento de quadros extrapiramidais como a discinesia tardia (CICARINI *et al.*, 2022).

Os antipsicóticos se apresentam agrupados em duas classes: primeira geração (ou típicos) e segunda geração (atípicos); os de primeira geração têm em comum alta afinidade a receptores D2 e apresentam maior potencial para induzir Sintomas Extrapiramidais (SEPs), tais como tremores, rigidez e bradicinesia, se comparados aos de segunda geração, os quais, por sua vez, apresentam perfis de ligação heterogêneos, envolvendo antagonismo serotoninérgico e se associam mais frequentemente com maior ganho de peso e alterações metabólicas (NARDI *et al.*, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, para o tratamento de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, antipsicóticos convencionais, como clorpromazina e haloperidol, e atípicos (clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona) (FULONE *et al.*, 2023). Além disso, o SUS promove ajuda com o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para pessoas que apresentam transtorno psiquiátrico, com o intuito que sejam integrados na sociedade e também oferecem apoio aos familiares que convivem com esse paciente (SILVA *et al.*, 2016). Esse tratamento requer uma abordagem multidisciplinar e visão longitudinal, sendo importante considerar as diferentes fases da doença (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Antipsicóticos apresentam como característica universal o tratamento da psicose (via mesolímbica), atuando por antagonismo ou agonismo parcial dos receptores de dopamina, principalmente dos receptores do subtipo D2. Entretanto, a diversidade de afinidade para outros receptores, como os colinérgicos M1, alfa 1 adrenérgicos, histamina H1, serotoninérgicos, certifica a cada antipsicótico uma ação singular que deve ser considerada na prescrição (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

O uso crônico de antipsicóticos de primeira geração pode estar relacionado com o desenvolvimento de quadros extrapiramidais como discinesia tardia e, nesse sentido, não representam a melhor opção de tratamento, apesar de eficácia comprovada (CICARINI *et al.*, 2022). Em contrapartida, o uso a longo prazo de antipsicóticos de segunda geração se encontra associado ao menor risco de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais, podendo ser usado em pacientes que apresentam pouca aderência ao tratamento (CICARINI *et al.*, 2022).

O uso de risperidona, olanzapina e quetiapina para tratamento da esquizofrenia foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e

pela Agência Reguladora dos Estados Unidos - Food and Drug Administration (FDA) somente a partir dos 13 anos de idade, já a clozapina e a ziprasidona foi aprovada a partir dos 18 anos (FULONE *et al.*, 2023).

O antipsicótico mais utilizado pelos adultos é representado pela olanzapina, seguido pela risperidona, quetiapina, ziprasidona e clozapina. Por outro lado, a quetiapina foi o antipsicótico atípico mais usado pelos idosos, seguido pela risperidona (FULONE *et al.*, 2023). É importante salientar que os antipsicóticos típicos podem promover o surgimento de efeitos adversos extrapiramidais, como o parkinsonismo, reações distônicas agudas, acatisia, acinesia e síndrome neuroléptica maligna, os quais possuem incidência elevada, chegando a 90% em alguns estudos (CICARINI *et al.*, 2022).

A discinesia tardia se caracteriza por movimentos estereotipados involuntários, sobretudo da face, como movimentos laterais da mandíbula, sucção com os lábios, movimentos anormais da língua e representa o efeito adverso motor mais temido dos neurolépticos, podendo surgir após anos de tratamento com essa classe medicamentosa (CICARINI *et al.*, 2022).

Vários fatores são responsáveis pela escolha do fármaco, entre os quais a clínica do quadro atual, os antecedentes pessoais do paciente, tolerabilidade e as respostas prévias a outros antipsicóticos eventualmente realizados no passado (QUEIRÓS *et al.*, 2019). A busca de antipsicóticos com menos efeitos extrapiramidais e que sejam eficazes no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia, simboliza, atualmente, onde os esforços estão concentrados, nos denominados antipsicóticos atípicos, como clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona e aripiprazol (CICARINI *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia, portanto, se apresenta como um transtorno mental grave e crônico, cujos sintomas aparecem no fim da adolescência e início da vida adulta, com maior prevalência em pacientes do sexo masculino. A doença retrata uma síndrome clínica complexa e apresenta manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento.

O acompanhamento por um médico psiquiatra é indispensável devido à complexidade no diagnóstico e no tratamento da esquizofrenia. Além do mais, mesmo tomando a medicação regularmente, algumas pessoas podem ter recaída dos sintomas psicóticos. Com isso, é importante reconhecer o aparecimento de sintomas menos específicos como irritabilidade, insônia e depressão, que surgem antes do aparecimento de sintomas como delírios ou alucinações.

Isto posto, conclui-se que o conhecimento da esquizofrenia é essencial na área da saúde, tanto para proporcionar o diagnóstico e tratamento do paciente de forma adequada, quanto para promover um acompanhamento eficaz por uma equipe multidisciplinar a fim de viabilizar melhor qualidade de vida e sociabilidade ao paciente e a família.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia**. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.

CICARINI, Walter Batista *et al.* TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM ESQUIZOFRENIA. **REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS–UNIVERSO BELO HORIZONTE**, v. 1, n. 5, 2022.

DA SILVA, Patrício Francisco *et al.* ESQUIZOFRENIA: ASPECTOS ETIOLÓGICOS, FATORES DE RISCO ASSOCIADOS E OS IMPACTOS NA EDUCAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR. **Humanidades & Inovação**, v. 9, n. 8, p. 241-250, 2022.

FULONE, Izabela; *et al.* Uso de antipsicóticos atípicos no tratamento da esquizofrenia no Sistema Único de Saúde do Brasil: estudo de coorte, 2008-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, p. e2022556, 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LIMA, Tallany Muniz *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos de ação prolongada. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 33, p. 3-16, 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed.-São Paulo: Atlas, 2003.

NARDI, Antonio Egídio; DA SILVA, Antônio Geraldo; QUEVEDO, João. **Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Artmed. Porto Alegre, jan. 2022.

NUNES, Priscila Luzia Pereira *et al.* Subtipos de esquizofrenia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12196-12199, 2020.

QUEIRÓS, Tiago Pinto *et al.* Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. **Acta Medica Portuguesa**, v. 32, n. 1, p. 70-77, 2019.

ROCHA, Michelly Oliveira da. Aplicação dos exames de imagem para o diagnóstico e avaliação da esquizofrenia. 2021.

SILVA, Amanda Mendes *et al.* Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, p. 18-25, 2016.

SOUSA, Daniela *et al.* Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 91-101, 2017.