

## **Esquizofrenia: perspectivas atuais acerca do diagnóstico, tratamento e evolução clínica da doença**

### **Schizophrenia: current perspectives on the diagnosis, treatment and clinical evolution of the disease**

DOI:10.34119/bjhrv6n1-007

Recebimento dos originais: 04/12/2022

Aceitação para publicação: 03/01/2023

#### **Maria Alice da Silva Gonçalves Costa**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Endereço: R. Niterói, S/N, Nossa Sra. das Graças, Caratinga – MG, CEP: 35300-345

E-mail: mariaalicesgc@gmail.com

#### **Gustavo Fonseca Genelhu Soares**

Mestrado em Ciências Naturais e da Saúde

Instituição: Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Endereço: R. Niterói, S/N, Nossa Sra. das Graças, Caratinga – MG, CEP: 35300-345

E-mail: gufmed@hotmail.com

#### **Leonardo Antonio Vieira Lisboa**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Endereço: R. Niterói, S/N, Nossa Sra. das Graças, Caratinga – MG, CEP: 35300-345

E-mail: leonardoantonio2000sg@gmail.com

#### **Priscila Avelina Pereira Ribeiro**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Endereço: R. Niterói, S/N, Nossa Sra. das Graças, Caratinga – MG, CEP: 35300-345

E-mail: ribeiropriscila093@gmail.com

### **RESUMO**

A esquizofrenia é uma patologia de início precoce, não possui sua etiologia completamente explicada e se caracteriza por sintomas como delírios e alucinações que cursam com distorção da realidade, do pensamento, percepção, cognição e do comportamento. Apesar de muitos estudos, a esquizofrenia ainda é uma incógnita para muitos estudiosos e médicos, principalmente, acerca do tratamento que ainda é inespecífico e varia de acordo com a aceitação de cada paciente. Este artigo buscou revisar por meio da atual literatura as perspectivas acerca da esquizofrenia e os desdobramentos do tratamento e evolução clínica dessa enfermidade de alta complexibilidade que se enquadra como uma das síndromes psicóticas mais graves. Ademais, a necessidade de aprimorar os conhecimentos sobre uma doença psiquiátrica de difícil diagnóstico e tratamento é de alta relevância para a comunidade médica, principalmente, como forma de romper barreiras sociais e históricas que rondam os pacientes com esquizofrenia que são estigmatizados e necessitam de um atendimento mais humanizado, respeitoso e que proporcione melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia, transtornos psicóticos, psiquiatria.

## ABSTRACT

Schizophrenia is an early onset pathology, its etiology is not fully explained and is characterized by symptoms such as delusions and hallucinations that lead to distortion of reality, thinking, perception, cognition and behavior. Despite many studies, schizophrenia is still unknown for many scholars and physicians, especially regarding the treatment that is still unspecific and varies according to the acceptance of each patient. This article sought to review, through the current literature, the perspectives about schizophrenia and the consequences of the treatment and clinical evolution of this highly complex disease that fits as one of the most serious psychotic syndromes. In addition, the need to improve knowledge about a psychiatric disease that is difficult to diagnose and treat is of high relevance for the medical community, mainly as a way of breaking down social and historical barriers that surround patients with schizophrenia who are stigmatized and need medical care. more humanized, respectful and providing a better quality of life.

**Keywords:** Schizophrenia, psychotic disorders, psychiatry.

## 1 INTRODUÇÃO

As síndromes psicóticas são doenças caracterizadas por sintomas como distorção da realidade por meio de delírios, alucinações, afrouxamento das associações, pobreza do conteúdo do pensamento, pensamento ilógico, conduta bizarra ou grosseira e até a catatonia. De acordo com Dalgarrondo (2019), a principal forma de psicose que encontramos hoje é a esquizofrenia devido à alta frequência encontrada na sociedade e importância clínica desta doença.

As doenças psiquiátricas são reconhecidas desde a antiguidade e as pessoas portadoras eram consideradas loucas e não havia estudos ou designação específica para cada doença. No decorrer da história essas doenças foram despertando o interesse em diversos pesquisadores como Emil Kraepelin (1856-1926), em 1896, que nomeou a dita loucura como *dementia praecox*, uma vez que o começo da doença era quase invariavelmente no início da vida e levava a problemas psíquicos. Dessa forma, separou a demência precoce do transtorno maníaco depressivo e o distinguiu em três formas: hebefrênica, catatônica e paranóide (SILVA, 2006; DALGALARRONDO, 2019)

No século XX, Paul Eugen Bleuler (1857-1939) introduziu o termo esquizofrenia dando ênfase à desarmonia interna e a cisão das funções mentais acarretadas pela doença. Além disso, descreveu também o que considerava como os quatro sintomas fundamentais da doença: associação frouxa das idéias, ambivalência, autismo e alteração do afeto que mais tarde seriam considerados como sintomas negativos (DALGALARRONDO, 2019).

Passados séculos de história e estudos, a esquizofrenia ainda hoje é considerada uma das doenças psiquiátricas mais difíceis e desafiadoras, afetando cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo, dessas 2 milhões são brasileiros (OMS, 2022). Sabe-se que essa doença possui uma distribuição universal, atingindo majoritariamente 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).

A esquizofrenia pode ser considerada uma síndrome crônica com causas heterogêneas e multifatoriais, como predisposição genética, fatores neurobiológicos e psicossociais. Atualmente, o modelo mais aceito acerca da integração dos fatores etiológicos é o estresse-diátese, o qual afirma que o paciente para desenvolver sintomas da esquizofrenia apresenta uma vulnerabilidade específica (diátese) que é ativada por fatores ambientais estressantes, podendo ser ambientais ou biológicos, principalmente, os modelados por influência epigenética, como o abuso de substâncias, fatores psicossociais ou traumas (SADOCK; SADOCK, 2008; ARANHA, 2009; SILVA et al., 2016).

A sintomatologia da esquizofrenia acompanha a ausência de insight e engloba aspectos de evolução e prognósticos variáveis. Inicialmente se manifesta com sintomas como delírios, alucinações, transtornos do pensamento e da fala, diminuição do afeto e déficit cognitivo, ou seja, o paciente apresenta um empobrecimento emocional e social (SILVA, 2006; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017; DALGALARRONDO, 2019). Nardi et al (2015) afirma que os sintomas associados à esquizofrenia são extensos, entretanto alguns são apontados como comuns e para facilitar foram divididos em sintomas positivos e negativos.

O diagnóstico diferencial entre a esquizofrenia e outras doenças psicóticas é imprescindível e muito importante para o direcionamento do tratamento. Muitas doenças apresentam psicoses, logo esse sintoma não deve ser considerado patognomônica de nenhum transtorno. O conhecimento da doença e o diagnóstico correto são necessários para a realização do tratamento que consiste em terapia medicamentosa, psicoterapia e socioterapia (NARDI et al., 2015; SILVA, 2016; FREITAS et al., 2017; FILHO et al., 2021).

Considerando a relevância do tema e sua inserção em um contexto de pouca visibilidade pública e social, o presente estudo tem como objetivo expor e compreender por meio da literatura especializada uma revisão bibliográfica narrativa acerca da esquizofrenia e suas principais manifestações, focando no diagnóstico e na evolução clínica do paciente.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 ESQUIZOFRENIA E SEUS SUBTIPOS

A esquizofrenia é considerada a principal doença dos transtornos psicóticos e devido seu caráter heterogêneo apresenta alguns subtipos, cada qual com características próprias que podem auxiliar na detecção dos sintomas e no diagnóstico. Atualmente o sistema de classificação das doenças DSM-V (2014), não utiliza tal subdivisão e aborda a doença de forma mais ampla. Com isso, torna-se importante o conhecimento dos subtipos da esquizofrenia para um acompanhamento e tratamento mais adequado para cada paciente.

De acordo com o CID-10 (2012), a esquizofrenia pode ser classificada como F20 e possui alguns subtipos, como pode ser observado no quadro 01.

Quadro 1: Classificação e características dos subtipos da esquizofrenia

Classificação	Subtipo	Características Principais
F20.0	Esquizofrenia	Caracteriza-se em geral por alterações do pensamento, alterações sensoriais, alterações da linguagem, alterações afetivas, alterações cognitivo-motoras ou da vontade e alterações da psicomotricidade. Os fenômenos 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 afetiva, ambivalência afetiva, afeto 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 afetos 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 1: Adaptado FREITAS et al (2017)

## 2.2 SINTOMAS E COMPORTAMENTOS NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma doença mental grave, de início abrupto ou insidioso que acomete pessoas precocemente em relação à idade e se manifesta de forma variada e heterogênea ao longo da evolução clínica do paciente. Destacam-se como aspectos característicos da doença a falta de insight, alucinações e delírios, transtornos do pensamento e da fala, alterações do afeto e das emoções, diminuição de aspectos cognitivos e avolição (SILVA, 2006; NARDI et al., 2015).

O início dos sintomas, geralmente, é percebido no meio familiar, devido a mudanças no comportamento do paciente em relação às atividades habituais e contato social. Segundo Dalgarrondo (2017), devido à heterogeneidade de esquizofrenia, existem uma variedade de sinais e sintomas envolvidos que podem ser divididos em: sintomas negativos, sintomas positivos, sintomas de desorganização, sintomas psicomotores/catatonia, sintomas cognitivos e sintomas de humor.

Os sintomas negativos presentes na esquizofrenia, geralmente, surgem devido a supressão dos sintomas positivos e são caracterizados pela diminuição ou perda de funções psíquicas como as que englobam o pensamento, à vontade e a linguagem, sendo classificados como primários ou secundários. Os sintomas primários são aqueles decorrentes da própria doença. Já os secundários ocorrem por causa dos efeitos colaterais do uso de medicamentos como os antipsicóticos, de depressão ou da privação e isolamento social (FREITAS et al., 2017; DALGALARRONDO, 2019)

Destacam-se como sintomas negativos o aplainamento afetivo ou afeto embotado, associalidade, abulia, apatia, anedonia, restrição dos interesses, empobrecimento da linguagem, negligência quanto a si mesmo, lentificação e empobrecimento motor. Dessa forma, o desenvolvimento desses sintomas acarreta em um empobrecimento geral da vida afetiva, cognitiva e social do paciente. (NARDI et al., 2015; DALGALARRONDO, 2019).

Os sintomas positivos são manifestações inerentes ao desenvolvimento e processo de desenvolvimento da esquizofrenia. Destacam-se como sintomas positivos os delírios (frequentemente persecutórios), alucinações auditivas, distorções da realidade, discurso desorganizado, comportamento bizarro, agitação psicomotora, neologismos e parafasias. Além disso, no quadro 2, observa-se os sintomas de primeira ordem segundo Kurt Schneider (1887-1967) que podem se associar aos sintomas positivos e dar um peso maior ao diagnóstico da esquizofrenia (FREITAS et al., 2017; DALGALARRONDO, 2019).

Quadro 2: Sintomas de primeira ordem segundo Kurt Schneider

Percepção delirante.
Alucinações auditivas características na forma de vozes que acompanham a própria atividade com comentários ou de vozes que dialogam entre si.
Eco do pensamento ou sonorização do pensamento
Difusão, divulgação ou publicação do pensamento.
Roubo do pensamento
Distúrbios da vivência do eu.

Fonte 2: COSTA et al (2022). Adaptado DALGALARRONDO, 2019.

Outros sintomas como o da síndrome da desorganização se manifestam por meio do pensamento desorganizado, descarrilamento do pensamento ou até desagregação do pensamento, neologismos, comportamentos bizarros, afetos inadequados e incongruentes. Já os sintomas psicomotores englobam lentificação e empobrecimento da esfera gestual e motora, estereotipias de movimentos, maneirismos, posturas bizarras, caretas e a síndrome catatônica. Além disso, as alterações cognitivas são difusas e afetam a atenção, memória, processamento de idéias, cognição social, dificuldade no gerenciamento de emoções e uma redução na experiência e expressão emocional (SILVA, 2006; NARDI et al., 2015; FREITAS et al., 2017; DALGALARRONDO, 2019).

### 2.3 DIAGNÓSTICO

Por se tratar de uma doença psiquiátrica grave, idiopática e de análise subjetiva, o diagnóstico da esquizofrenia ainda pode ser controverso por se basear apenas em exames clínicos. Destaca-se que devem ser analisados não somente as características dos sintomas psicóticos, mas o indivíduo como um todo perante suas atividades sociais e história patológica pregressa (FREITAS et al., 2017). Além disso, é válido salientar que a realização de exames complementares é importante para excluir diagnósticos diferenciais, como epilepsia, intoxicação por cocaína ou por alucinógenos digitálicos.

Sabe-se que as psicoses não são patognomônico da esquizofrenia e podem ser encontrados em outras doenças psiquiátricas, como transtornos esquizoafetivos, transtorno bipolar, depressão grave com sintomas psicóticos, transtornos esquizofreniforme e o transtorno psicótico breve. Dessa forma, apesar de não ser difícil diferenciar a esquizofrenia da normalidade se torna complicado diferenciá-la de outras patologias, sendo necessário avaliar bem clinicamente o paciente e realizar uma anamnese completa e bem feita para fechar o diagnóstico (DSM-5, 2012; NARDI et al., 2015; FREITAS et al., 2017).

Atualmente para o diagnóstico da esquizofrenia podem ser usados dois critérios diferentes. O primeiro seria Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-V (2014) que coloca a doença no grupo do Espectro da esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos e seus critérios podem ser vistos no quadro 3. Já o segundo critério seria a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (2012) que cataloga a esquizofrenia no código F20 e pode ser observada no quadro 4.

Quadro 3: Critérios diagnósticos da esquizofrenia pelo DSM-V.

DSM-V
<p>A: Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Delírios.</li><li>2. Alucinações.</li><li>3. Discurso desorganizado.</li><li>4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.</li><li>5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).</li></ol> <p>B: Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).</p> <p>C: Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).</p> <p>D: Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.</p> <p>E: A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.</p> <p>F: Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).</p>

Fonte 3: DSM-V (2014), p. 99.

Quadro 4: Critérios diagnósticos da esquizofrenia pelo CID-10

CID - 10
<p>- Pelo menos um dos sintomas e sinais listados em (1) abaixo ou pelo menos dois dos sinais e sintomas listados em (2) devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos por um mês.</p> <p>(1) Pelo menos um dos seguintes sintomas devem estar presentes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento;</li><li>b) Delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações, percepção delirante;</li><li>c) Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;</li><li>d) Delírios persistentes de outros tipos, que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com alienígenas de outro planeta);</li></ul> <p>(2) Ou pelo menos dois dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>e) Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias, durante semanas ou meses continuamente;</li><li>f) Interceptações ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente, irrelevante ou neologismos;</li><li>g) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;</li><li>h) Sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social; deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroléptica;</li><li>i) Uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, uma atitude ensimesmada e retraimento social.</li></ul>

Fonte 4: CID-10. Classificação Internacional de Doenças. 11. ed. São Paulo, 2012.

## 2.4 TRATAMENTO

Por muitos anos o tratamento para pessoas com síndromes psicóticas se restringia a internações em hospitais psiquiátricos, manicômios e isolamento do paciente do convívio social. Entretanto, por volta de 1950 com o uso de medicamentos denominados antipsicóticos esse cenário começou a mudar e o número de internações de pacientes com esquizofrenia começou a diminuir lentamente. Uma vez que a medicação auxilia no controle dos sintomas atuando diretamente no sistema nervoso central sobre a produção de dopamina e serotonina (SILVA, 2006; FREITAS et al., 2017).

No geral, na literatura existe um consenso de que o tratamento para a esquizofrenia deve ser realizado por toda vida, ou seja, não existe cura, mas sim a possibilidade de remissão dos sintomas (SILVA et al., 2016). O SUS possui atendimento especializado por meio dos CAPS onde o paciente com algum transtorno psiquiátrico encontra assistência médica e apoio psicossocial que possibilita a integração na sociedade. O acompanhamento visa à prevenção de recaídas, do suicídio e diminuição do estresse familiar, sendo o sucesso do tratamento dependente da adesão do paciente (NARDI et al., 2015; FILHO et al., 2021).



O principal tratamento para pacientes com esquizofrenia é a terapia medicamentosa utilizada para redução de sintomas positivos e prevenção de crises psicóticas. A prescrição do antipsicótico vai depender do perfil do paciente em questão e das suas necessidades específicas, não sendo adequadas comparações para eleger se existe melhor ou pior medicação (NARDI et al., 2015;FREITAS et al, 2017). Entretanto, segundo Filho et al (2021), os fármacos antipsicóticos de segunda geração, quando comparados com os de primeira, podem apresentar menos efeitos colaterais, serem mais eficazes e com isso evitar novos surtos e internações.

No quadro 5 é possível observar alguns exemplos de antipsicóticos utilizados atualmente e suas doses médias diárias. Geralmente, nos quadros agudos da esquizofrenia e início do tratamento são utilizados de 1 a 5 mg de haloperidol ou 5 mg de olanzapina ou 2 mg de risperidona. Os efeitos terapêuticos são imediatos, mas os sintomas desaparecem gradualmente e a resposta clínica é o guia para estabelecimento de dosagem que varia de paciente para paciente (CORDIOLI et al., 2015).

Quadro 5: Principais antipsicóticos disponíveis no Brasil e suas doses médias diárias.

	<b>Medicamento</b>	<b>Dose média (mg/dia)</b>
<b>Antipsicóticos de primeira geração</b>	Clorpromazina	400-600
	Flufenazina	5-10
	Haloperidol	5-10
	Levomepromazina	100-300
	Penfluridol	20-40
	Pimozida	2-4
	Propericiazina	10-20
	Sulpirida	600-1.000
	Tioridazina	50-600
	Zulclopentixol	10-75
<b>Antipsicóticos de segunda geração</b>	Amisulprida	200-600
	Aripiprazol	15-30
	Clozapina	300-600
	Olanzapina	10-20
	Quetiapina	400-800
	Risperidona	2-6
	Ziprasidona	80-160

Fonte 5: COSTA et al (2022). Dados extraídos de CORDIOLI et al (2015).

Além da terapia medicamentosa, o apoio psicoterapêutico e a terapia ocupacional também são importantes ao longo do tratamento para prevenir crises, institucionalizações, combater a falta da vontade e para que ocorra reabilitação do paciente e ele consiga conviver socialmente (FREITAS et al., 2017). O apoio e a conscientização da doença pela família são essenciais, principalmente, para identificação precoce da doença, sucesso do tratamento e desmistificação dessa patologia que ainda mantém muitos pacientes à margem da sociedade (SILVA et al., 2016; FILHO et al., 2021).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista dos argumentos apresentados baseado na análise da literatura especializada, observa-se que a esquizofrenia ainda é uma doença de clinica complexa, desafiadora, grave e debilitante que mesmo com toda tecnologia e desenvolvimento na área da saúde ainda é uma síndrome que não possui uma etiologia e tratamento bem definidos. Entretanto, muitos estudos estão em desenvolvimento e buscam respostas mais claras a cerca da doença de manifestações psicopatológicas diversas que afetam o pensamento, percepção, cognição e o comportamento. Por não possuir causa bem definida, o tratamento farmacológico ainda não é muito bem estabelecido, mas é imprescindível para a remissão dos sintomas. A medicação deve ser realizada de acordo com a necessidade de cada paciente e drogas como o haloperidol e a clorpromazina ainda são muito utilizadas. Tendo em vista as diversas particularidades e gravidade da esquizofrenia, faz-se necessário estimular e ressaltar a relação médico-paciente para que exista maior êxito no acompanhamento e controle da doença. Assim como a introdução do tema de forma mais ampla na sociedade e meios acadêmicos, como forma de fomentar pesquisas e disseminar conhecimento sobre essa doença que ainda possui barreiras que necessitam ser derrubadas.

## REFERÊNCIAS

ARANHA, M. ETIOLOGIA DAS ALUCINAÇÕES. **Ciências & Cognição**, v. 2, 28 mar. 2009;

CID-10. Classificação Internacional de Doenças. 11. ed. São Paulo, 2012.

CORDIOLI, A. V; GALLOIS, C. B; ISOLAN, L. Psicofármacos: consulta rápida. 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/Medicina/Oitavo%20periodo/Sa%C3%BAde%20Mental%20II/Psicof%C3%A1rmacos,%20consulta%20r%C3%A1pida%205.%20ed.%20-%20www.meulivro.biz.pdf>. Acessado em: 07 de jan 2022.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico] / Paulo Dalgallarrondo. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019.

DSM-V- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FILHO, F. F. S, et al. Uso de quetiapina no tratamento da esquizofrenia: Revisão da Literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.12, p.110494-110502. 2021

FREITAS, B. S. et al. Perfil De Usuários Diagnosticados Com Esquizofrenia De Um Caps Do Interior De Rondônia. **Nucleus**,v.14,n.1,abr. 2017.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G.; Esquizofrenia: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 37-44.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Transtornos mentais. Geneva: 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 07 de jan 2022.

SADOCK, V. A.; SADOCK, B. J.; – Manual conciso de psiquiatria clínica. Porto Alegre, 2ª Edição: Artmed, 2008. 100 p.

SILVA, A. M, et al. Esquizofrenia: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**. v. 13, n. 30, jan./mar. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/688-1806-1-PB.pdf>>. Acessado em 07 de jan 2022.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: Uma Revisão. *Revista de psicologia da USP*, São Paulo, v.17,n.4, p. 263-285, nov., 2006. Disponível em <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Avaliacaodoequilibrioestaticoedinamicoempacientescomdiagnosticodeesquizofrenia.pdf>>Acesso em: 07 de janeiro de 2022.