

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Unidade Curricular – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (Material Pedagógico de Apoio)

Elaborado pelo docente:

Celso Silva

Faro, setembro 2026

Índice

ENQUADRAMENTO	3
1. PSICOSE	4
1.1 SINTOMAS POSITIVOS	4
1.2 SINTOMAS NEGATIVOS	4
1.3 SINTOMAS COGNITIVOS	4
1.4 ETIOLOGIA	5
1.5 SINTOMATOLOGIA MAIS COMUM	6
1.5.1 Delírios	6
1.5.2 Alucinações	7
1.5.3 Pensamento	7
1.5.4 Comportamento	8
1.5.5 Exemplos de sintomas negativos mais comuns	8
1.5.6 Exemplos de sintomas positivos mais comuns	8
2. ESQUIZOFRENIA	9
2.1 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	9
2.2 SINTOMAS ASSOCIADOS MAIS COMUNS	10
2.3 TRATAMENTO	11
3. PERTURBAÇÃO ESQUIZOAFETIVA	12
3.1 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	12
3.1.1 Tipos de perturbação esquizoafetiva	12
3.2. SINTOMAS ASSOCIADOS E CARACTERÍSTICAS MAIS COMUNS	12
4. PERTURBAÇÃO PSICÓTICA INDUZIDA POR SUBSTÂNCIAS	14
4.1 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	14
5. CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

ENQUADRAMENTO

A psicose é caracterizada essencialmente pela perda de contacto com a realidade, levando o indivíduo a criar um mundo próprio à sua volta.

Comummente, as pessoas que experienciam os primeiros sintomas psicóticos demoram meses até procurar ajuda, pois tendem inicialmente a não reconhecer a existência de um problema.

Adicionalmente, quando confrontadas com ideias delirantes e alucinações, manifestam uma acentuada dificuldade em perceber que o que estão a pensar ou a sentir não é real, o que gera uma forte perturbação emocional e resistência em aceitar o feedback dos outros.

1. PSICOSE

- Perda de contacto com a realidade;
- A pessoa cria um mundo próprio à sua volta – irreal;
- Muitas vezes as pessoas experienciam os primeiros sintomas psicóticos e só passados alguns meses procuram ajuda, porque inicialmente tendem a pensar que não existe um problema;
- Por vezes a pessoa que tem ideias delirantes e alucinações, tende a não acreditar no que os outros lhe dizem, e fica muito perturbada com a situação, porque tem dificuldade em perceber que o que está a pensar ou sentir não é real.

1.1 SINTOMAS POSITIVOS

- Delírios;
- Alucinações;
- Pensamento e comportamento desorganizado;
- Mais “visíveis”, na generalidade, pelos outros.

1.2 SINTOMAS NEGATIVOS

- Todas as atividades que a pessoa deixa de fazer ou abandona;
- Acompanham a evolução da doença e refletem um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais, como a falta de vontade ou de iniciativa; isolamento social; apatia; indiferença emocional total e não transitória; pobreza do pensamento;
- Menos “visíveis”, na generalidade, pelos outros.

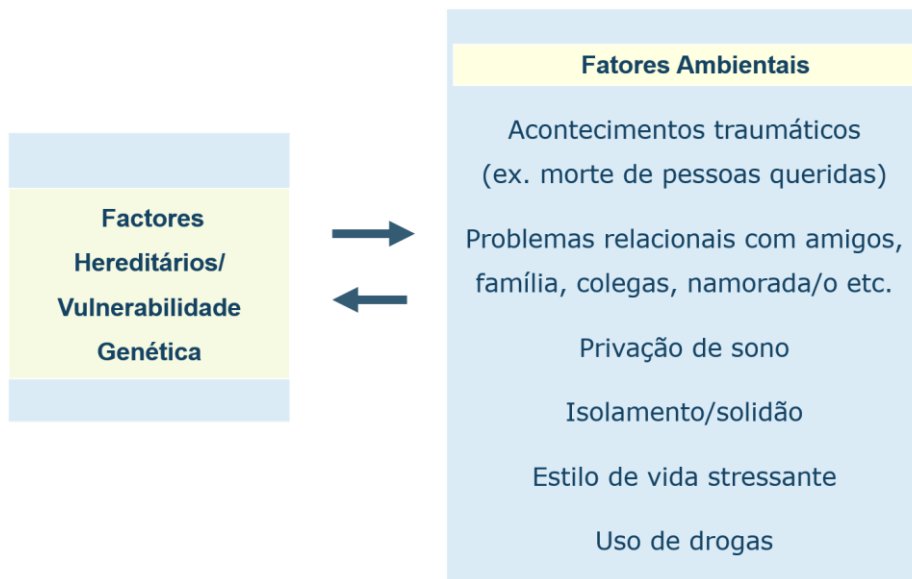
1.3 SINTOMAS COGNITIVOS

- Alterações da memória;
- Alterações do raciocínio;
- Dificuldade de concentração;
- Dificuldade em iniciar e manter atividades.

1.4 ETIOLOGIA

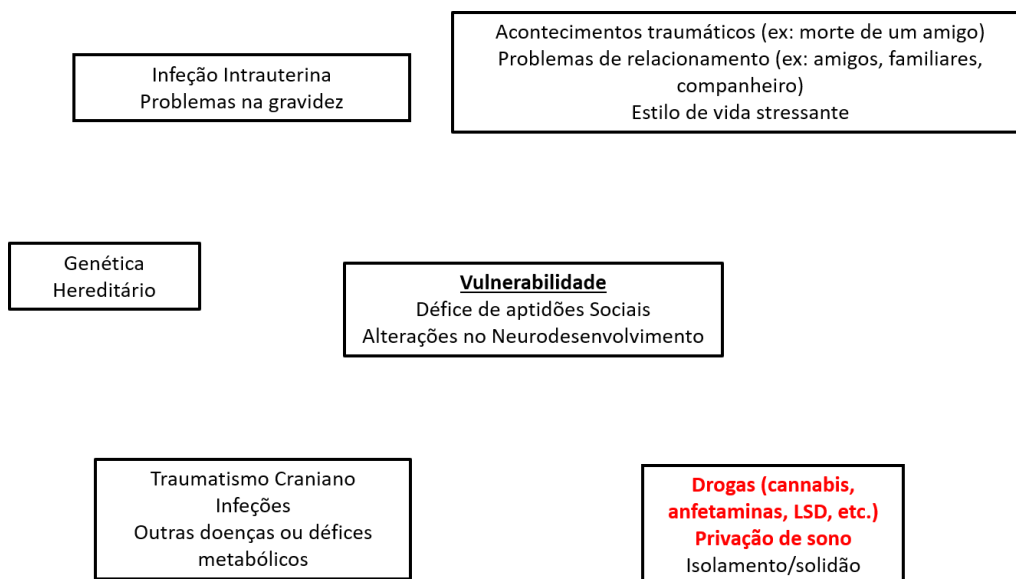
Existe uma interação e associação entre fatores ambientais, e fatores hereditários/vulnerabilidade genética (Figura 1: Interação e associação entre fatores ambientais, e fatores hereditários/vulnerabilidade genética).

Figura 1: Interação e associação entre fatores ambientais, e fatores hereditários/vulnerabilidade



Podem ainda estar associadas mais possibilidades (Figura 2: Outras possibilidades etiológicas).

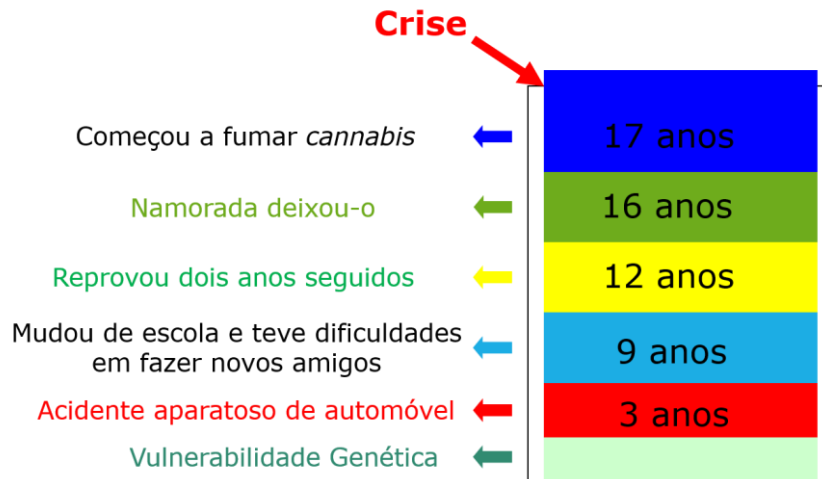
Figura 2: Outras possibilidades etiológicas



Nota: Em particular as possibilidades destacadas

Estas possibilidades etiológicas têm de ser consideradas num determinado contexto ou percurso de vida (Figura 3: Exemplo de percurso de vida).

Figura 3: Exemplo de percurso de vida



1.5 SINTOMATOLOGIA MAIS COMUM

- Delírios;
- Alucinações;
- Pensamento (discurso) desorganizado;
- Comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado;
- Sintomas negativos.

1.5.1 Delírios

- Crenças fixas que não são passíveis de mudar à luz de evidência oposta (alteração do pensamento):
- Exemplos: persecutório, somático, de referência, religioso, de grandiosidade, niilísticos, erotomaníacos;
- Mais comuns:
 - Delírio persecutório;
 - Delírio de referência: crença de que certos gestos, comentários, estímulos do ambiente, entre outros são dirigidos ao próprio.

Os delírios são considerados bizarros quando são claramente implausíveis e incompreensíveis e não derivam de experiências comuns da vida.

- Exemplo de um delírio bizarro:
 - Crença de que uma força exterior removeu os seus órgãos internos e os substituiu pelos de outrem sem deixar nenhum ferimento ou cicatriz;
 - Roubo do pensamento (crença de que os pensamentos de alguém foram removidos por uma força exterior);
 - Inserção do pensamento (pensamentos estranhos ao próprio foram introduzidos na sua mente);
 - Delírio de controlo (crença de que as ações ou o corpo da pessoa estão a agir ou a ser manipulados por alguma força exterior).
- Exemplo de um delírio não bizarro: crença de que alguém está sob vigilância da polícia, apesar da ausência de evidências convincentes.

1.5.2 Alucinações

- **Alteração da percepção** que ocorre **sem um estímulo externo**;
- Não estão sob controlo voluntário;
- Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial;
- Mais comuns: alucinações auditivas.

1.5.3 Pensamento

- Pensamento (discurso) desorganizado;
- O pensamento desorganizado é avaliado através do discurso da pessoa (exemplos):
 - Descarrilamento – ausência de uma relação lógica entre pensamentos e ideias, em que a pessoa salta de um tema para outro, mas sem que existam relações associativas aparentes;
 - Tangencialidade – as respostas podem estar obliquamente relacionadas ou completamente não relacionadas com as perguntas.

1.5.4 Comportamento

- Comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado;
- Pode manifestar-se de diversas formas, que vão desde a “estupidez” infantil à agitação imprevisível;
- Pode levar a dificuldades nas atividades de vida diária;
- Comportamento catatónico:
 - Diminuição marcada da reatividade ao ambiente;
 - Pode ir desde a resistência a instruções (negativismo), manutenção de postura rígida, imprópria ou bizarra, até à completa ausência de resposta verbal ou motora (mutismo e estupor);
 - Atividade motora excessiva e sem objetivo, sem causa óbvia;
 - Movimentos repetidos estereotipados;
 - Olhar fixo;
 - Fazer caretas;
 - Eco do discurso.

1.5.5 Exemplos de sintomas negativos mais comuns

- Mais comuns na esquizofrenia;
- Diminuição da expressão emocional: Reduções na expressão de emoções faciais, no contato ocular, na entoação do discurso e nos movimentos das mãos, cabeça e face que normalmente dão ênfase emocional ao discurso;
- Avolição: diminuição de atividades com objetivo e motivação por iniciativa do próprio;
- Por exemplo, a pessoa pode sentar-se por longos períodos de tempo e mostrar pouco interesse em participar num trabalho ou em atividades sociais.

1.5.6 Exemplos de sintomas positivos mais comuns

- Alogia: diminuição do débito do discurso.
- Anedonia: diminuição da capacidade de sentir prazer a partir de estímulos positivos (também comum nos quadros depressivos);
- Isolamento social: falta de interesse nas interações sociais (pode estar associado a avolição ou à limitação nas oportunidades para interações sociais).

2. ESQUIZOFRENIA

- O termo esquizofrenia surgiu em 1908 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler;
- A palavra deriva do grego “skhizo” (dividir) e “phren” (mente);
- As características psicóticas da esquizofrenia surgem entre o final da adolescência e o meio da quarta década de vida;
- O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradual.

“Esta doença é, talvez, a perturbação mental grave mais trágica, enigmática e a mais devastadora, sendo uma das principais causas de incapacidade entre jovens adultos.”

(Ho, Black & Andreasen, 2003)

2.1 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

- A. Presença de **dois (ou mais)** dos seguintes sintomas, cada um por uma porção de tempo significativa durante um período de **1 mês** (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um destes sintomas deverá ser (1), (2) ou (3):
- 1. Delírios;**
 - 2. Alucinações;**
 - 3. Discurso desorganizado;**
 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico;
 5. Sintomas negativos.
- B. Desde o início da perturbação e por um período de tempo significativo, o **nível de funcionamento** numa ou mais das áreas principais (trabalho, relações interpessoais, autocuidado), está **marcadamente abaixo do nível previamente atingido**;
- C. Sinais contínuos da perturbação persistem por **pelo menos 6 meses**. Este período de 6 meses tem de incluir pelo menos 1 mês de sintomas que preencham o critério A;
- D. A perturbação esquizoafetiva e as perturbações depressiva ou bipolar com características psicóticas foram excluídas porque ou: 1) os episódios depressivos major ou maníaco não ocorreram simultaneamente com os sintomas da fase ativa, ou 2) caso os episódios do humor tenham ocorrido durante os sintomas da fase ativa, estes estiveram presentes durante uma pequena parte da duração total dos períodos de doença ativa e residual;
- E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica;
- F. Caso exista história de perturbação do espectro do autismo ou de perturbação de comunicação com início na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia só é realizado

se, para além dos outros sintomas requeridos para esquizofrenia, também estiverem presentes delírios ou alucinações proeminentes por pelo menos 1 mês.

2.2 SINTOMAS ASSOCIADOS MAIS COMUNS

- Os sintomas característicos abrangem uma série de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais;
- Envolve uma constelação de sinais e sintomas associada a défices no funcionamento ocupacional ou social;
- Sintomas de humor são comuns na esquizofrenia e podem ocorrer em simultâneo com a sintomatologia da fase ativa;
- A hostilidade e a agressividade podem ser associadas à esquizofrenia embora as agressões espontâneas ou aleatórias sejam pouco comuns;
- É mais frequente em jovens do sexo masculino e em indivíduos com história de violência, não adesão ao tratamento, abuso de substâncias e impulsividade;
- A grande maioria das pessoas com esquizofrenia não são agressivas e são mais frequentemente vitimizadas do que os indivíduos da população geral;
- Afetos inapropriados (risos imotivados);
- Humor disfórico (irritabilidade e mal-estar permanente);
- Humor deprimido;
- Raiva;
- Ansiedade;
- Padrão de sono alterado (ex. sono diurno e atividade noturna);
- Falta de interesse em comer ou recusa alimentar;
- Distanciamento do próprio corpo ou processos mentais, geralmente com uma sensação de ser um observador externo da própria vida (despersonalização) ou de estar desconectado de um ambiente (desrealização);
- Preocupações somáticas;
- Défices cognitivos, vocacionais e funcionais;
- Dificuldade de concentração;
- Socialização diminuída;
- Falta de crítica para a doença o que leva à não adesão à terapêutica.

2.3 TRATAMENTO

- Farmacologia;
- Estratégias que promovam a adesão à terapêutica;
- Estratégias psicossociais centradas na pessoa e na família;
- Psicoeducação à pessoa, familiar ou pessoa significativa;
- Treino de Competências Sociais;
- Estimulação cognitiva.

3. PERTURBAÇÃO ESQUIZOAFETIVA

- Início dos sintomas mais frequente no início da idade adulta, mas pode aparecer em qualquer fase do ciclo de vida a partir da adolescência.

3.1 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

- A. Período ininterrupto de doença durante o qual existe um episódio do humor (depressivo major ou maníaco) simultaneamente com o critério A de esquizofrenia. Nota: o episódio depressivo major deve incluir o Critério A1: humor deprimido;
- B. Delírios ou alucinações por 2 ou mais semanas na ausência de um episódio major do humor (depressivo ou maníaco) ao longo da vida da doença;
- C. Os sintomas que preenchem os critérios para um critério do humor (depressivo major ou maníaco) estão presentes na maior parte da duração total dos períodos ativos e residuais da doença;
- D. A perturbação não é atribuível aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica.

3.1.1 Tipos de perturbação esquizoafetiva

- Tipo Bipolar: aplica-se se um episódio maníaco faz parte da apresentação. Também podem ocorrer episódios depressivos major;
- Tipo Depressivo: aplica-se apenas se os episódios depressivos major fazem parte da apresentação.

3.2. SINTOMAS ASSOCIADOS E CARACTERÍSTICAS MAIS COMUNS

- Inicialmente a pessoa pode ser diagnosticada com esquizofrenia e só mais tarde com o aparecimento dos sintomas do humor ser diagnosticada com perturbação esquizoafetiva;
- Esta perturbação pode ocorrer com diversos padrões temporais. Por exemplo: a pessoa pode ter marcadas alucinações auditivas e delírios persecutórios durante 2 meses antes do início de um episódio depressivo major. Os sintomas psicóticos e o episódio depressivo major completo estão presentes, em seguida, durante 3 meses. Depois, a pessoa recupera

completamente do episódio depressivo major, mas os sintomas psicóticos persistem por mais um mês antes destes acabarem também por desaparecer;

- Durante este período da doença, os sintomas da pessoa preenchem simultaneamente os critérios para um episódio depressivo e o critério A da esquizofrenia, e durante esse mesmo período as alucinações auditivas e os delírios estiveram presentes antes e após a fase depressiva;
- A duração total dos sintomas é de cerca de 6 meses, com sintomas psicóticos isolados presentes durante os 2 primeiros meses, sintomas depressivos e psicóticos presentes durante os 3 meses seguintes e, novamente, sintomas psicóticos isolados durante o último mês. Nesta situação, a duração do episódio depressivo não foi breve comparativamente com a duração total do distúrbio psicótico.

4. PERTURBAÇÃO PSICÓTICA INDUZIDA POR SUBSTÂNCIAS

4.1 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

- A. Presença de um ou de ambos dos seguintes sintomas:
 - 1. Delírios;
 - 2. Alucinações.
- B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e de (2):
 - 1. Os sintomas do critério A desenvolvem-se durante ou pouco depois da intoxicação por substância, ou da abstinência de substância, ou da exposição a medicamento;
 - 2. A substância/medicamento envolvido é capaz de produzir os sintomas do critério A.
- C. A perturbação não é melhor explicada por uma perturbação psicótica que não seja a induzida por substância/medicamento;
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente do decurso de um *delirium* (estado confusional agudo);
- E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

5. CONCLUSÃO

A análise detalhada da esquizofrenia e das outras perturbações psicóticas, permite compreender a complexidade e a gravidade que envolvem o espectro da psicose.

Esta tipologia de perturbação manifesta-se através de uma multiplicidade de sintomas que comprometem de forma profunda o raciocínio, a memória, a perceção e as relações interpessoais da pessoa.

Um dos maiores desafios identificados na prática clínica prende-se com a barreira inicial na procura de ajuda e com a falta de crítica para a doença. Esta falta de perceção do seu próprio estado de saúde reflete-se diretamente nos elevados índices de não adesão à terapêutica, perpetuando o ciclo de crises e o declínio no funcionamento ocupacional, social e de autocuidado.

O prognóstico e a qualidade de vida da pessoa dependem de uma abordagem terapêutica integrada e abrangente. O sucesso do tratamento não se esgota na abordagem farmacológica. Exige o desenvolvimento ativo de estratégias que promovam a adesão e, fundamentalmente, de intervenções psicossociais e psicoeducativas direcionadas tanto para o doente como para a sua família.

O treino de competências sociais e a estimulação cognitiva surgem, assim, como pilares indispensáveis na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, visando mitigar o isolamento, reabilitar as funções deficitárias e capacitar a pessoa para a reintegração na sociedade de forma digna e autónoma.

REFERÊNCIAS

APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2014). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5a Ed. Revista). Climepsi Editores.

DGS. (2017). Programa nacional para a saúde mental. https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf

DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>

Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. C. B. Saraiva (Ed.). Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. ISBN 978-989-752-413-4.