

A epidemiologia da esquizofrenia

Jair J Mari^a e Raquel J Leitão^b

^aDepartamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM. ^bDepartamento de Medicina Preventiva da Unifesp/EPM

A epidemiologia estuda a ocorrência e a distribuição de uma doença, ou condição relacionada à saúde, nos diversos grupos populacionais, procurando investigar os fatores determinantes em sua etiologia e prognóstico. Para o cálculo da frequência da esquizofrenia na população, devem-se considerar o numerador (número de doentes) e a população (número de habitantes da área estudada) em determinada faixa etária. Em uma dada população, todos os casos devem ser incluídos no numerador. Alguns estudos epidemiológicos identificam seus casos a partir do contato com os serviços de atendimento, enquanto outros são desenvolvidos na comunidade, incluindo ou não os pacientes eventualmente institucionalizados.

Prevalência

A prevalência é a medida da proporção de indivíduos que apresentam um determinado transtorno no momento da avaliação (ponto-prevalência) ou em um período de tempo estabelecido (prevalência em um mês, no ano, na vida etc). Em uma revisão de vários estudos epidemiológicos conduzidos na Europa e nos Estados Unidos, Dohrenwend et al¹ estimaram a prevalência de esquizofrenia com base na tendência central dos resultados (mediana) em 0,59%, com variação de 0,6% a 3%, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados, não havendo evidência de diferença entre os sexos. Eaton² revisou 25 estudos de prevalência de transtornos mentais realizados em diversos países a partir de 1960. Em cerca de 2 por 3 dos estudos analisados, a prevalência de esquizofrenia ficou entre 0,16% e 0,57%. Em revisão mais recente, Torrey (1987)³ analisou cerca de 70 estudos de prevalência publicados desde 1948, encontrando uma variação de 0,03% a 1,7%. Um estudo de prevalência de transtornos mentais foi conduzido por Santana⁴ no bairro do Ó, zona pobre da costa marítima de Salvador. A prevalência de esquizofrenia foi de 0,57% para os homens e de 0,36% para as mulheres (comunicação verbal da autora).

Trabalhos mais recentes, conduzidos com metodologia mais sofisticada, têm apresentado resultados acima desses valores, próximos a 1% da população.⁵ Em recente revisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o impacto mundial da doença, Murray & Lopez⁶ relataram uma taxa de prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres. Taxas de prevalência mais elevadas (próximas a 1%) também têm sido relatadas em estudos recentes realizados na América Latina e no Brasil.^{7,8}

Incidência

A incidência da esquizofrenia pode ser calculada diretamente em estudos populacionais do tipo corte transversal, ou por meio de dados sobre o contato de pacientes com unidades de serviços médicos e unidades psiquiátricas.

Primeira admissão hospitalar

A estimativa de incidência de uma doença pode ser obtida por intermédio de dados de primeira admissão hospitalar, geralmente no período de um ano. Walsh,⁹ por exemplo, estudou as primeiras internações psiquiátricas em Dublin durante o ano de 1962. A incidência da esquizofrenia foi de 5,7 por 10.000 habitantes nos homens e de 4,6 por 10.000 habitantes nas mulheres. Caetano¹⁰ calculou a taxa de primeira internação em hospitais brasileiros: a incidência da esquizofrenia variou de 1,9 a 3,9 por 10.000 habitantes na população masculina e de 1,8 a 3,2 por 10.000 na população feminina. Entretanto, esse tipo de coeficiente tende a dar um valor inferior ao real, pois nem todos os pacientes com esquizofrenia são tratados em hospitais psiquiátricos.

Registro de caso

O objetivo do registro de caso é traçar o caminho do paciente pelo sistema de assistência à saúde, de saúde mental e de serviços sociais situados na área de captação do registro. Hafner & Heiden¹¹ fizeram uma compilação dos achados de incidência para esquizofrenia obtidos de 12 sistemas de registro de casos localizados na Europa, Estados Unidos e Austrália. A média foi 3,8 por 10.000 habitantes (desvio-padrão de 0,22) e a mediana de 5 por 10.000 habitantes. Em Nottingham, Reino Unido, Brewin et al¹² encontraram uma taxa de incidência de 0,87 por 10.000, inferior àquela encontrada em um outro estudo da OMS para essa população no período de 1978 a 1980 (1,41 por 10.000). Suvisaari et al¹³ conduziram um estudo de seguimento, na Finlândia, da população nascida de 1954 a 1965, identificando por meio do registro de casos cerca de 5.645 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Observaram um declínio na incidência de esquizofrenia, durante esse período, de 0,79 por 1.000 para 0,53 por 1.000 entre os homens e de 0,58 para 0,41 por 1.000 entre as mulheres.

Estudo multicêntrico

Por ser um transtorno de baixa incidência na população, uma metodologia apropriada para a construção epidemiológica da esquizofrenia é a colaboração multicêntrica, como a realizada por

Sartorius et al.¹⁴ Nesse trabalho, 13 áreas de captação em 10 países diferentes participaram de um sistema de vigilância prospectiva, visando a identificar casos novos de esquizofrenia em todos os serviços médicos e sociais de uma área determinada, por um prazo de dois anos. Os pacientes foram divididos em dois grupos segundo o espectro diagnóstico adotado (amplo e restrito). Para o critério amplo, a incidência na população masculina variou de 1,5 a 4,2 por 10.000 habitantes com idade entre 15 e 54 anos, e de 1,2 a 4,8 na população feminina (diferenças estatisticamente significantes entre os centros). Para o critério restrito, nos homens a incidência caiu para uma variação de 0,8 a 1,7 por 10.000 e nas mulheres a variação foi de 0,5 a 1,4 por 10.000, desaparecendo a diferença estatística entre os centros. Com base nesses resultados, os investigadores concluíram que há uma síndrome de esquizofrenia "central" com uma probabilidade de ocorrência aproximada nas diferentes populações.

Idade de início e diferença entre os sexos

Casos novos de esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade e acima dos 50 anos. Quando o começo é insidioso, há uma dificuldade de se estabelecer com precisão o início da doença. Albus et al¹⁵ investigaram 197 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico na Alemanha com diagnóstico de esquizofrenia pelos critérios do DSM-III-R. A idade na primeira admissão hospitalar foi mais precoce para os homens (média de 25 anos) do que para as mulheres (média de 30 anos). Entretanto, para o subgrupo de pacientes com história familiar positiva para transtornos psicóticos em parentes de primeiro grau não houve diferença entre os sexos quanto à idade de início, mas esses pacientes apresentaram um início de doença mais precoce do que aqueles sem antecedentes familiares. Suvisaari et al¹⁶ também observaram uma associação entre história familiar positiva e início mais precoce para a esquizofrenia.

O curso da esquizofrenia

Watt et al¹⁷ estabeleceram um corte de esquizofrênicos que haviam sido internados por um período de 20 meses (1973-1974) no hospital St. Johns em Buckinghamshire, Reino Unido, que atendia uma área de captação de cerca de meio milhão de habitantes. Os pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia ou com diagnósticos sugestivos da doença foram entrevistados com pressão sangüínea encefálica (PSE). Os autores conseguiram um corte de 121 esquizofrênicos (61 homens e 60 mulheres) representativo dessa população. Os autores conseguiram avaliar 107 esquizofrênicos após cinco anos, e verificaram que 48% dos pacientes tiveram um bom prognóstico. Na comparação entre sexos, das 22 mulheres da primeira internação, 15 (68,2%) apresentaram um bom prognóstico contra apenas 13 (50%) de um total de 26 homens. A diferença do curso da doença entre os sexos atingiu significância estatística.

Um outro fator importante relacionado com o curso da esquizofrenia emerge da comparação entre pacientes esquizofrênicos de países desenvolvidos e países em desenvolvimento. No estudo multicêntrico IPSS (International Pilot Study of Schizophrenia), Sartorius et al¹⁴ observaram que a proporção de pacientes com curso grave nos países desenvolvidos foi significativamente maior do que a verificada em pacientes de países menos desenvolvidos.¹⁸

Hegarty et al¹⁹ realizaram uma metanálise de 320 estudos selecionados sobre o curso da esquizofrenia nos anos de 1895 a 1992, abrangendo um total de 51.800 pacientes. Apenas 40,2% dos pacientes apresentaram uma melhora para um período médio de seguimento de 5,6 anos. O curso foi melhor quando se utilizaram critérios de diagnóstico mais abrangentes (46,5% apresentaram melhora) e pior para critérios mais restritos (27,3% melhoraram). A partir dos anos 50, houve uma melhora no prognóstico da esquizofrenia (48,5% apresentaram melhora), mas, na última década analisada pelo estudo, houve um declínio na melhora para apenas 36,4%, provavelmente refletindo a utilização de critérios mais restritos nos últimos anos.

Principais conclusões dos estudos epidemiológicos

As revisões dos estudos de prevalência de esquizofrenia originam uma estimativa aproximada de 0,5%. Os estudos de prevalência realizados nos últimos anos sugerem uma prevalência aproximada de esquizofrenia na ordem de 1%.

As diferentes estimativas de incidência da esquizofrenia sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes. A incidência real deve estar entre 1 e 7 casos novos para 10.000 habitantes por ano, dependendo do critério diagnóstico adotado na estimativa.

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

O começo da doença é mais precoce no homem do que na mulher. Entretanto, na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade de início é mais precoce para homens e para mulheres.

Casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 50 anos.

As mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social.

Dados de estudos multicêntricos sugerem que os pacientes de países menos desenvolvidos apresentam um prognóstico melhor na esquizofrenia.

Referências

1. Dohrenwend PD, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Wunsch-Hitzig R. Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates. Nova York: Prager Publishers; 1980.
2. Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiol Rev* 1985;7:105-26.
3. Torrey EF. Prevalence studies in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;150:598-608.
4. Santana VS. Estudo epidemiológico das doenças mentais em bairros de Salvador. Série de estudos número 3. Instituto de Saúde do Estado da Bahia; 1982.
5. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.
6. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Harvard School of Public Health; 1996.
7. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Vielma M, Escobar B, Medina E et al. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: Prevalência de seis meses. *Rev Psiquiatr Chile* 1994;4:194-202.
8. Almeida NF, Mari JJ, Coutinho ESF, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992;16:93-104.
9. Walsh D. Mental illness in Dublin: first admissions. *Br J Psychiatry* 1969;115:449-56.
10. Caetano R. Admisiones de primer ingreso a los servicios psiquiátricos en Brasil, 1960-1974. *Bol Ofic Sanitaria Panamer* 1982; 92(2):103-17.
11. Hafner H, Heiden WAD. The Mannheim Case Register: The long-stay population. *Psychiatric Case Register in Public Health*. Horn et al, editors. Amsterdam: Elsevier; 1986. p.28-38.
12. Brewin J, Cantwell R, Dalkin T, Fox R, Medley I, Glazebrook C et al. Incidence of schizophrenia in Nottingham. *Br J Psychiatry* 1997;171:140-4.
13. Suvisaari JM, Haukka JK, Tanskanen AJ, Lönnqvist JK. Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish cohorts born from 1954 a 1965. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:733-40.
14. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med* 1986;16:909-28.
15. Albus M, Scherer J, Hueber S, Lechleuthner T, Kraus G, Zausinger S et al. The impact of familial loading on gender differences in age at onset of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:132-4.
16. Suvisaari JM, Haukka JK, Tanskanen AJ, Lönnqvist JK. Age at onset and outcome in schizophrenia are related to degree of familial loading. *Br J Psychiatry* 1998;173:494-500.
17. Watt DC, Katz K, Shepherd M. The natural history of schizophrenia: a 5-year follow-up of a representative sample of schizophrenia by means of a standardised clinical and social assessment. *Psychological Med* 1983;13:663-70.
18. Sartorius N, Jablensky A, Korte NA, Ernberg G. The International pilot study of schizophrenia: Five-year follow-up findings. *Psychol Med* 1992;22:131-45.
19. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151(10):1409-16.

Correspondência: Jair de Jesus Mari

Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM - Escola Paulista de Medicina - Rua Botucatu, 740, 3º andar.
CEP 04023-900 - São Paulo, SP