

# EPIDEMIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA E CERTAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Antonios Térzis\*

## RESUMO

O presente estudo tenta mostrar, criticamente, contribuições da epidemiologia na compreensão da esquizofrenia, através de uma revisão analítica da dinâmica micro-macro-social envolvida.

Estuda o grau de associação entre certas variáveis demográficas e a esquizofrenia.

Para examinar o objetivo acima proposto, foram observados 404 pacientes esquizofrênicos ( 201 do sexo masculino e 203 do sexo feminino ), que estavam internados em cinco hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo.

A amostra foi constituída de pacientes, cuja idade média, era pouco mais de 35 anos.

A proporção de solteiros e de desquitados e divorciados era, na amostra, bem maior que na população geral.

Pouco mais da metade dos pacientes pertencia a proles de quatro a oito irmãos e o número médio de filhos por mulher, entre as mães dos pacientes, foi bastante elevado, 6,60, enquanto este valor médio era 4,65 na população em geral.

## INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos não deixam de ter interesse para orientar as pesquisas. Tem-se que reconhecer o grande interesse dos trabalhos epidemiológicos, não somente por causa do seu valor científico, para a verificação de hipóteses psicopatológicas, em relação a certas variáveis micro-macro sociais e a taxa de doença mental — mas também, pelo seu valor de previsão e, por conseguinte, de higiene mental aplicada às populações.

É amplamente reconhecida, a falta de pesquisas consideradas de natureza epidemiológica, que permitam orientar, da melhor forma, os programas de saúde pública e utilizar, com maior eficiência, os limitados

\* Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCCAMP.

recursos que, no país, existem para esse fim. Diante dessa deficiência de dados e informações, destaca-se a necessidade de promover estudos e pesquisas epidemiológicas que possam proteger a população susceptível de transtornos mentais, diagnosticar e controlar os portadores de doenças mentais consideradas como prioritárias (Freitas, 1977). Ainda, possam elucidar os fatores etiológicos ou psicológicos mais freqüentes no decorrer das doenças mentais (Ey, 1981).

A Organização Mundial da Saúde considera como "valiosa a pesquisa orientada epidemiologicamente", tendo feito diversas recomendações nesse sentido (O.M.S., 1977).

A pesquisa epidemiológica da esquizofrenia trouxe importantes contribuições que são resumidas por Lemkau (1967): 1º A esquizofrenia é a mais freqüente das psicoses crônicas, sendo que os esquizofrênicos ocupam o primeiro lugar como causa de internação nos leitos psiquiátricos; 2º É uma doença que faz a maioria das suas vítimas nas faixas etárias de jovens na transição entre a adolescência e a maturidade; 3º Há alguma evidência de que aqueles que emigram para culturas radicalmente diferentes das suas são mais vulneráveis à doença; 4º Há evidência de que aqueles que vivem em áreas socialmente desorganizadas são mais vulneráveis à doença; 5º Há habituais distúrbios mentais em certas culturas que não existem em outras. Recentemente, uma série de estudos epidemiológicos vem ressaltando o impacto dos fatores sociais sobre o curso evolutivo da esquizofrenia, inicialmente, nos pacientes hospitalizados. Clausen e Kohn (1974) através de um estudo epidemiológico constataram que as porcentagens de primeiras internações em hospitais neuropsiquiátricos públicos e privados tendem a ser maiores nas zonas centrais de baixo nível econômico e em áreas urbanas desorganizadas, com alta mobilidade demográfica. No estudo recentemente realizado por nós (Bucher e Térzis, 1980), em clínicas psiquiátricas do Distrito Federal e arredores, apresentamos os resultados relativos às variáveis sócio-culturais mais importantes. Do conjunto destes dados ressalta um nível sócio-cultural nitidamente superior das mulheres neuróticas e, embora menos acentuado, das alcoólatras (escolaridade superior, condições habitacionais mais propícias, profissões mais qualificadas, rendas familiares e individuais mais elevadas). As diferenças são altamente significativas com relação aos esquizofrênicos também estudados, que dispõem de baixo status sócio-econômico e cultural. Com isso não pretendemos dizer que a esquizofrenia se encontra mais em pessoas pobres mas, apenas, que os membros da classe alta têm muito mais facilidade para receber tratamento a domicílio ou em clínicas privadas do que os membros da classe baixa; estes últimos não dispõem de outro recurso além do hospital público e, por isso, encontram-se mais doentes mentais nas classes desfavorecidas que nas outras. Ainda, acerca do predomínio da esquizofrenia em diferentes estratos sociais, revelam que a

falta de terapêutica adequada, ligada à noção tradicional de esquizofrenia como doença incurável, poderia refletir também na falta de possibilidade de recuperação social para os doentes mentais oriundos de classes sociais menos privilegiadas, enquanto que a possibilidade terapêutica representa precisamente um privilégio para os que pertencem às classes superiores.

Ainda, vários trabalhos de natureza epidemiológica foram consagrados a respeito do isolamento social e da mobilidade geográfica. Clausen e Kohn (1974), através de um estudo realizado na cidade de Hagerstown nos Estados Unidos, que é um centro industrial e comercial, cuja população é homogênea, verificaram, por meio de comparação das histórias dos pacientes esquizofrênicos, com as de um grupo de controle de pessoas normais da mesma origem, que os resultados não sustentam a hipótese de que o isolamento social seja um fator predisponente na esquizofrenia. Os autores julgam que as dificuldades interpessoais prévias, individuais, levam ao isolamento social, e não o contrário. Ou seja, o isolamento social é mais um efeito do que uma causa; seria, simplesmente, o sinal de que as dificuldades de relações com outrem se tornem tão grandes para o doente, que ele resolve viver só.

A imigração de uma sociedade para outra é também uma variável, que recebeu muita atenção por parte dos epidemiologistas. Os primeiros estudos epidemiológicos mostraram que as taxas de doenças mentais entre os grupos migrantes, em distintos países, eram mais altas do que as taxas das populações locais (Cooper, Morgan e Shepherd, 1973). A importância da imigração como causa associada a várias formas de patologia social — marginalidade, delinqüência juvenil, alcoolismo, uso de entorpecentes, esquizofrenia, por exemplo, foi ressaltada em nosso meio por Viana (1978). Nesse estudo o autor defende a idéia de que na migração, o indivíduo perde o que ele chama de "continente externo", que no imigrante se transforma num "conteúdo bloqueador" do desenvolvimento mental. Lembra ainda o autor que, mesmo quando se trata de migração interna, embora algumas condições possam ser semelhantes às do meio original, tem-se que levar em conta, em cada indivíduo, as características de nível cultural, econômico e estrutura psíquica. Madalena (s/d) enfocando o aspecto epidemiológico da esquizofrenia, afirma que há alguma evidência de que aqueles que imigram para culturas radicalmente diferentes ou aqueles que vivem em áreas socialmente desorganizadas são mais vulneráveis à doença. No seu estudo "Dinâmica sócio-cultural na epidemiologia da esquizofrenia" Sandler (1973) admite que a variável migração geográfica pode entrar nas discussões clínico-etiológicas da esquizofrenia, à medida que as sensações de perda de um ente querido e a falta de envolvimento com outras pessoas (isolamento) aparecem no esquizofrênico e no migrante. Em contraposição, acrescenta esse autor que, com relação à mudança de um país para outro, é lógico que um esquizofrênico, em alguma fase de sua

vida, possa ser classificado como pré-esquizofrênico; neste caso a migração pode ser um fator a mais no desencadeamento da doença. Concluindo, o autor diz que as migrações que um esquizofrênico faz são repentinas e não planejadas.

Outro enfoque epidemiológico importante é que certas variáveis familiares objetivas intervêm na etiologia da esquizofrenia. A ordem de nascimento é uma variável familiar que recebeu exames minuciosos por parte de investigadores interessados nas áreas de Psicologia e Psicopatologia. Sundararaj e Rão (1966) numa população indiana de pacientes esquizofrênicos, verificaram que, em ambos os sexos, os primogênitos foram afetados em extensão, significativamente maior do que os nascidos mais tarde. Sandler e Sandler (1978), em seu enfoque epidemiológico encontraram uma associação, estatisticamente significativa, entre esquizofrenia e ordem de nascimento de 1.016 brasileiros. Esta associação foi significativa para os homens esquizofrênicos, em relação aos que nasceram nas primeiras e nas últimas posições em suas proles. Lembramos que no estudo epidemiológico mais recentemente realizado por nós (Térzis, 1983), verificou-se uma relação consistente entre ordem de nascimento, tamanho da família e esquizofrenia. Os pacientes, tanto do sexo masculino como do feminino, foram mais sujeitos à doença quando primogênitos nas pequenas proles e, quando caçulas, nas grandes proles. Para explicar os resultados relativos aos primogênitos esquizofrênicos, pensamos que ocorreriam "Frustrações precoces" (Psicobiológicas) com o primeiro filho, que teriam sua origem: **1<sup>o</sup> quanto à mãe:** a) inexperiência, insegurança e preocupação (Schachter, 1959); b) maior sensibilidade e uma predisposição aumentada para a angústia, durante o primeiro parto e no relacionamento com seu primeiro filho; c) o nascimento de um segundo filho, antes de o primogênito atingir a idade de três anos, a mãe pode tomar conta apenas do filho mais novo que tem maior necessidade, assim, o primogênito sente-se menos preferido e favorecido (Rollman — Branch, 1966). **2<sup>o</sup> quanto ao primeiro filho, ao contrário dos demais irmãos:** a) o primogênito não tem irmãos mais velhos que lhe serviriam de objetos amorosos e auxiliares, funções essas que são desempenhadas por eles em relação aos irmãos menores (Térzis, 1983).

A epidemiologia trouxe então importantes subsídios informativos com respeito à incidência e à prevalência da esquizofrenia. Estas verificações com os eventuais achados de associações, estatisticamente significantes, cientificamente válidas, não possuem valor causal em si. A epidemiologia não pretende ter o poder de deslindar por completo complexas redes etiológicas multifatoriais, mas empresta validade científica, porque nos fornece os subsídios informativos para a construção de modelos teóricos a cargo do clínico.

Em nosso interesse em dar maior amplitude ao estudo epidemiológico da esquizofrenia, achamos importante estudar, no presente

trabalho pelo método epidemiológico, certas características demográficas numa população paulistana de esquizofrênicos, tais como: o sexo do paciente; idade atual do paciente; estado civil e o tamanho da prole à qual pertence o paciente. Isso após termos anteriormente realizado vários estudos de natureza epidemiológica, em certas variáveis macro-micro sociais objetivas, como por exemplo: relações sociais e esquizofrenia ( Bucher e Térzis, 1980 ); ordem de nascimento, tamanho da família e esquizofrenia ( Térzis, 1983 ); o sexo do irmão que precede; o sexo do irmão que sucede e a diferença de idade entre si ( Térzis, 1980 e 1983 ); a relação entre a idade do pai e da mãe na época do nascimento do paciente; a relação entre famílias desagregadas e esquizofrenia e a idade do paciente quando ocorreu a desagregação de sua família ( Térzis, 1984 ).

### MÉTODO E AMOSTRA

Pensamos realizar um estudo eminentemente epidemiológico, dirigido a conhecer o grau de associação de algumas variáveis demográficas e a esquizofrenia.

Foram realizados cálculos estatísticos destinados a verificar a existência ou não de diferenças, estatisticamente significantes, entre: a amostra observada de pacientes esquizofrênicos, internados nos hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo, com um grupo controle que, de maneira ideal, é a população em geral ( IBGE, 1 e 2 ) da qual os pacientes são provenientes.

Foram observados os pacientes, de ambos os sexos, internados com diagnóstico de esquizofrenia, em cinco hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo. A seleção dos pacientes baseou-se nos registros diagnosticados existentes nos hospitais estudados e estão de acordo com a classificação internacional que reserva o código: 295 — para as psicoses esquizofrênicas. A coleta dos dados para fins do presente estudo, foi realizada em duas etapas:

Numa primeira etapa foram selecionados os pacientes que comporiam a amostra, feita após estudo: 1) do exame psiquiátrico feito pelo psiquiatra da instituição; 2) dos resultados dos testes psicológicos ( estudo de nível intelectual e da personalidade ) aplicados, visando confirmar o diagnóstico clínico, ou seja, os resultados do exame psiquiátrico e 3) dos resultados dos exames físicos a que todos os pacientes são submetidos, com o objetivo de afastar a possibilidade de uma psicose orgânica. Estes diagnósticos de esquizofrenia não deixavam nenhuma

---

(1) IBGE — Sinópsse preliminar do censo demográfico: São Paulo — Rio de Janeiro, IBGE, 1981.

(2) IBGE — Tabulações avançadas do censo demográfico: resultados preliminares. Rio de Janeiro, IBGE, 1981.

margem de dúvida, isto é, foram confirmados por três exames acima referidos. Para segunda etapa procedeu-se à coleta dos dados propriamente ditos, foi preenchido pelo próprio autor, para cada paciente, um questionário especialmente elaborado para fins deste trabalho, do qual constavam dados demográficos relativos ao próprio paciente.

Muitos casos foram sumariamente rejeitados porque apresentavam diagnósticos duvidosos ou os prontuários incompletos. Por essas razões, dos 618 prontuários inicialmente consultados, 214 foram rejeitados, restando 404, cujos dados serão a seguir analisados.

Pacientes pertencentes a Família de todos os tamanhos foram estudados, os pacientes que não eram filhos legítimos foram excluídos. Sempre que possível foram também, colhidos dados relativos à ocorrência da natimortalidade e da mortalidade infantil no seio de uma unidade familiar.

## RESULTADOS

Apresentamos de forma sistemática a amostra com base nos dados colhidos dos 404 pacientes, de ambos os sexos, que a compõe. Para essa análise foram elaborados gráficos e tabelas, bem como realizados cálculos estatísticos, destinados a verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes entre: a amostra observada de esquizofrênicos e a amostra teórica da população geral.

### SEXO DO PACIENTE

Os dados do presente estudo revelam que a esquizofrenia não parece incidir, preferencialmente, em nenhum dos sexos. Feito o levantamento do sexo dos pacientes, verificou-se estarem ambos os sexos representados praticamente em proporções iguais na amostra ( 49,75% de pacientes do sexo masculino e 50,25% do sexo feminino ). Comparadas estas proporções com as que se observam na população do Estado de São Paulo, segundo o Censo Demográfico para 1980, verifica-se que são muito semelhantes entre si ( 49,71% de homens e 50,29% de mulheres ).

### IDADE ATUAL DO PACIENTE

Um dos dados fornecidos pelo questionário era a idade dos pacientes no momento da coleta. Com essa informação foi possível organizar a pirâmide etária ( Gráfico n<sup>o</sup> 01 ), que permite visualizar a participação de cada faixa etária na amostra ( a distribuição dos sujeitos da amostra por faixa etária, pode também ser vista na tabela I ).

# IDADE ATUAL DO PACIENTE POR SEXO

SEXO FEMININO

SEXO MASCULINO

MAIS DE 70 ANOS

66 A 70 ANOS

61 A 65 ANOS

56 A 60 ANOS

51 A 55 ANOS

46 A 50 ANOS

41 A 45 ANOS

36 A 40 ANOS

31 A 35 ANOS

26 A 30 ANOS

21 A 25 ANOS

15 A 20 ANOS

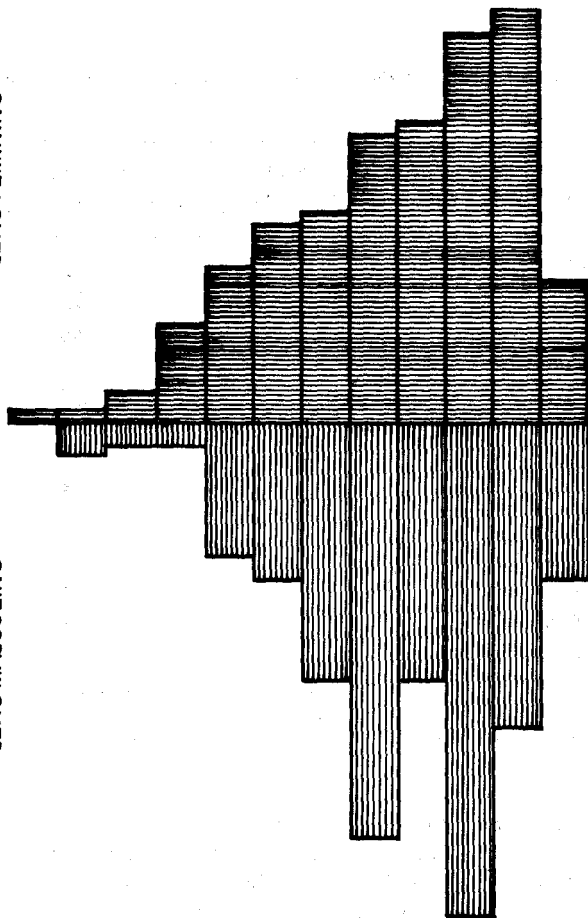


GRÁFICO Nº 01 - PIRÂMIDE ETÁRIA, POR SEXO, DOS PACIENTES.

## ANEXO II

TABELA I

Distribuição de idade atual do paciente na amostra observada.

| Idade Atual<br>do Paciente | Sexo Masculino<br>(em nº absoluto) | Sexo Feminino<br>( em nº absoluto ) |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 15 a 20                    | 14                                 | 13                                  |
| 21 a 25                    | 27                                 | 37                                  |
| 26 a 30                    | 44                                 | 35                                  |
| 31 a 35                    | 23                                 | 27                                  |
| 36 a 40                    | 37                                 | 26                                  |
| 41 a 45                    | 23                                 | 19                                  |
| 46 a 50                    | 14                                 | 18                                  |
| 51 a 55                    | 12                                 | 14                                  |
| 56 a 60                    | 2                                  | 9                                   |
| 61 a 65                    | 2                                  | 3                                   |
| 66 a 70                    | 3                                  | 1                                   |
| mais de 70                 | 0                                  | 1                                   |
| Total                      | 201                                | 203                                 |
| Média                      | 35,1                               | 35,5                                |

Estes dados foram comparados com os dados da amostra teórica retirada da população geral, uma amostra para cada sexo ( a distribuição da população do Estado de São Paulo por faixa etária pode também ser vista na Tabela II. Estas amostras teóricas, baseadas no Censo Demográfico de 1980, seriam aquelas de igual tamanho das amostras observadas e em que cada faixa etária estaria representada com a mesma porcentagem do total, com que o estão na população geral. Foi considerada a população geral total do Estado de São Paulo, uma vez que a inexistência de hospitais psiquiátricos, na maioria das cidades do interior, faz com que muitos de seus doentes sejam internados em hospitais da área metropolitana.

Vê-se no Gráfico nº 02 que as primeiras faixas etárias, de 15 a 25 anos, para o sexo masculino e de 15 a 20 anos para o feminino e,



especialmente, as últimas faixas etárias, isto é, idade superior a 55 anos para o sexo masculino e superior a 60 anos para o feminino, estão sub-representadas na amostra observada. Por sua vez, em ambos os sexos as faixas etárias intermediárias estão super-representadas. Nota-se também que a super-representação das faixas etárias intermediárias é sensivelmente uniforme no caso do sexo feminino, sendo, no entanto, bastante variável no caso do sexo masculino, onde há grande excesso nas faixas de 25 a 30 anos e de 35 a 40 anos ( as Tabelas I e III, permitem também comparar as distribuições de idade da amostra observada com a de uma amostra teórica baseada na população geral do Estado de São Paulo ).

TABELA II

Distribuição de idade na população do Estado de São Paulo ( Brasil )

| Idade ( anos ) | Total      | Homens    | Mulheres  |
|----------------|------------|-----------|-----------|
| 15 a 19*       | 2.714.541  | 1.335.559 | 1.378.982 |
| 20 a 24        | 2.653.393  | 1.326.462 | 1.326.931 |
| 25 a 29        | 2.336.849  | 1.173.953 | 1.162.896 |
| 30 a 34        | 1.908.937  | 977.458   | 931.479   |
| 35 a 39        | 1.520.759  | 748.185   | 772.574   |
| 40 a 44        | 1.339.642  | 703.429   | 636.213   |
| 45 a 49        | 1.100.627  | 533.468   | 567.159   |
| 50 a 54        | 979.308    | 484.842   | 494.466   |
| 55 a 59        | 756.163    | 359.225   | 396.938   |
| 60 a 64        | 547.380    | 262.108   | 285.272   |
| 65 a 69        | 440.915    | 219.419   | 221.496   |
| 70 e mais      | 577.485    | 265.780   | 311.705   |
| Total          | 16.875.999 | 8.389.888 | 8.486.111 |

Fonte: Tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980 ( IBGE ).

\* Embora haja pequenas diferenças entre os limites das faixas etárias da amostra observada ( Tabela I e da amostra teórica, indicados na tabela acima, os limites desta, sendo um ano a menos que os daquela, parece que tal diferença não invalida as comparações feitas no presente estudo.

# IDADE ATUAL DO PACIENTE POR SEXO

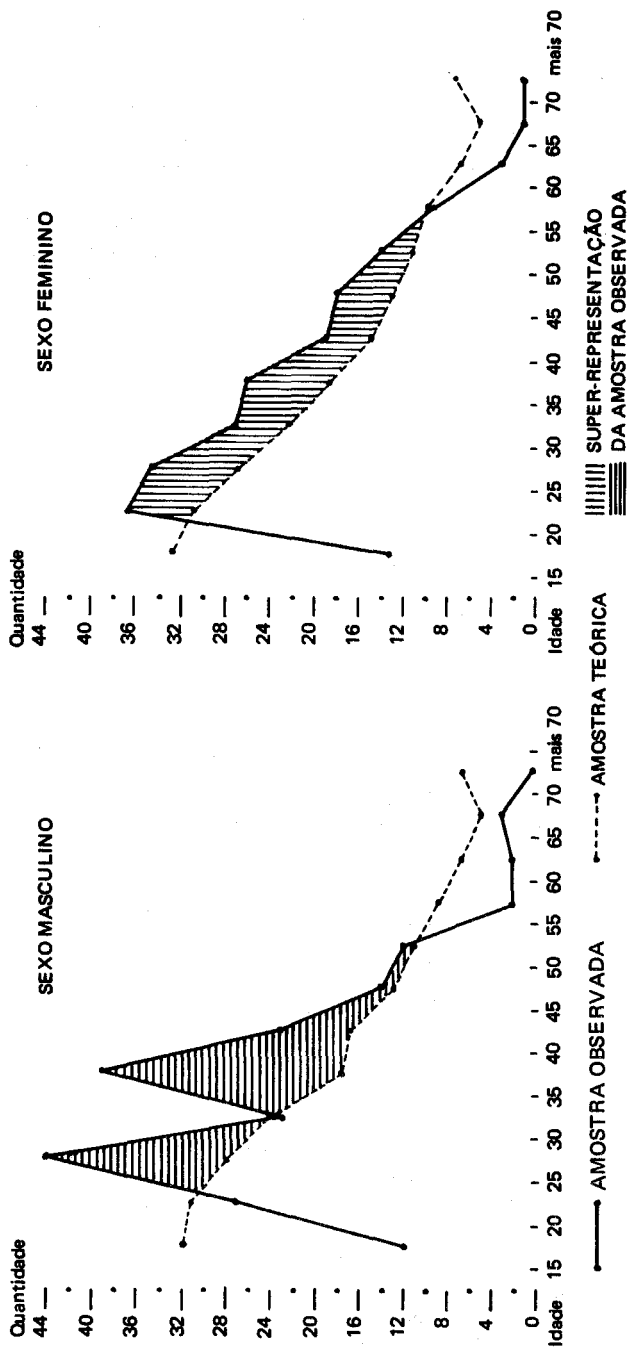


GRÁFICO Nº 02 - COMPARAÇÃO DE AMOSTRA OBSERVADA COM AMOSTRA TEÓRICA (POR SEXO)

TABELA III

Distribuição de idade numa amostra teórica baseada na população geral do Estado de São Paulo

| Idade<br>( anos ) | Sexo masculino<br>( em nº absoluto ) | Sexo feminino<br>( em nº absoluto ) |
|-------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 15 a 20           | 32,00                                | 32,99                               |
| 21 a 25           | 31,78                                | 31,74                               |
| 26 a 30           | 28,12                                | 27,82                               |
| 31 a 35           | 23,42                                | 22,28                               |
| 36 a 40           | 17,92                                | 18,48                               |
| 41 a 45           | 16,85                                | 15,22                               |
| 46 a 50           | 12,78                                | 13,57                               |
| 51 a 55           | 11,62                                | 11,83                               |
| 56 a 60           | 8,61                                 | 9,50                                |
| 61 a 65           | 6,30                                 | 6,82                                |
| 66 a 70           | 5,26                                 | 5,30                                |
| mais de 70        | 6,37                                 | 7,46                                |
| Total             | 201,03                               | 203,01                              |
| Média             | 35,8                                 | 36,2                                |

Calculada a média de idade dos pacientes esquizofrênicos, verificou-se ser ela da ordem de 35 anos ( 35,1 anos para o sexo masculino e 35,5 para o feminino ), enquanto que na amostra teórica esta média é um pouco maior — 0,7 anos — ou seja, da ordem de 36 anos ( 35,8 anos para o sexo masculino e 36,2 para o sexo feminino ).

Estas diferenças, no entanto, não se revelaram, estatisticamente significantes, ao nível de 0,01, como mostram os dados contidos na Tabela IV, a seguir.

TABELA IV

**Teste de Significância das Diferenças de Média**  
**( Idade Atual do Paciente — Amostra Observada X Amostra Teórica )**

| Estatísticas calculadas a partir das idades dos sujeitos de cada tipo de amostra |       | Sexo Masculino    |                  | Sexo Feminino     |                  |
|--|-------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
|  |       | Amostra Observada | Amostra Teórica* | Amostra Observada | Amostra Teórica* |
| Média  | M     | 35,10             | 35,80            | 35,50             | 36,20            |
| Desvio padrão  | S     | 10,88             | 15,34            | 12,11             | 15,70            |
| Erro padrão da média   | $E_m$ | 0,767             | 0,00             | 0,850             | 0,00             |
| t de Student   | t     | 0,9126            |                  | 0,8235            |                  |

\* Baseada nas Tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980 ( IBGE ).

## ESTADO CIVIL DO PACIENTE

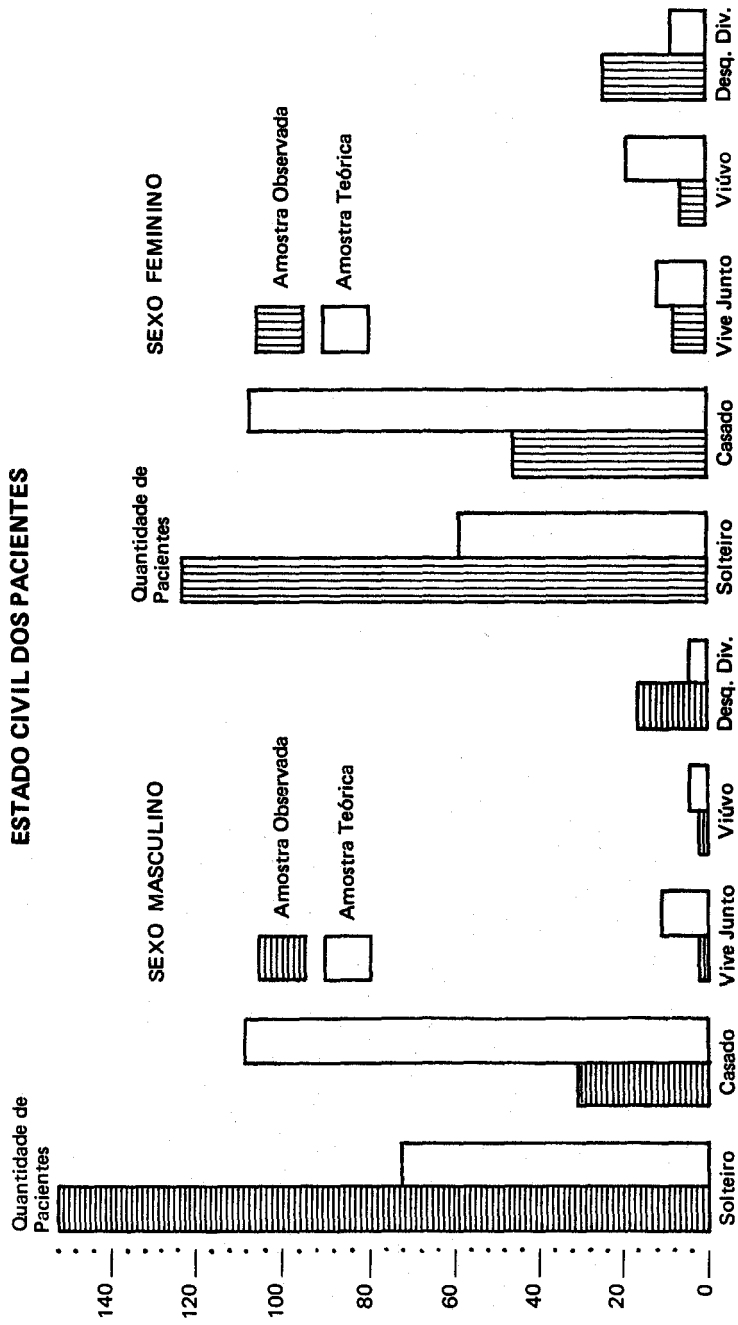
Na pesquisa procurou-se averiguar o estado civil do paciente, e os dados colhidos estão apresentados nos Gráficos nº 03 e nº 04.

No Gráfico nº 03 está representada, em números absolutos e por sexo, a quantidade de pacientes em cada estado civil, tanto na amostra observada como na amostra teórica obtida a partir do Censo Demográfico de 1980.

Observe-se que a predominância de solteiros na amostra não pode ser explicada pela predominância de pacientes jovens ( 15 a 20 anos ), que representam apenas cerca de 7%, tanto dos pacientes masculinos, como dos femininos. Pelo contrário, na amostra observada de ambos os sexos há uma super-representação de sujeitos, cujas idades seriam compatíveis com o casamento entre pessoas psicologicamente normais.

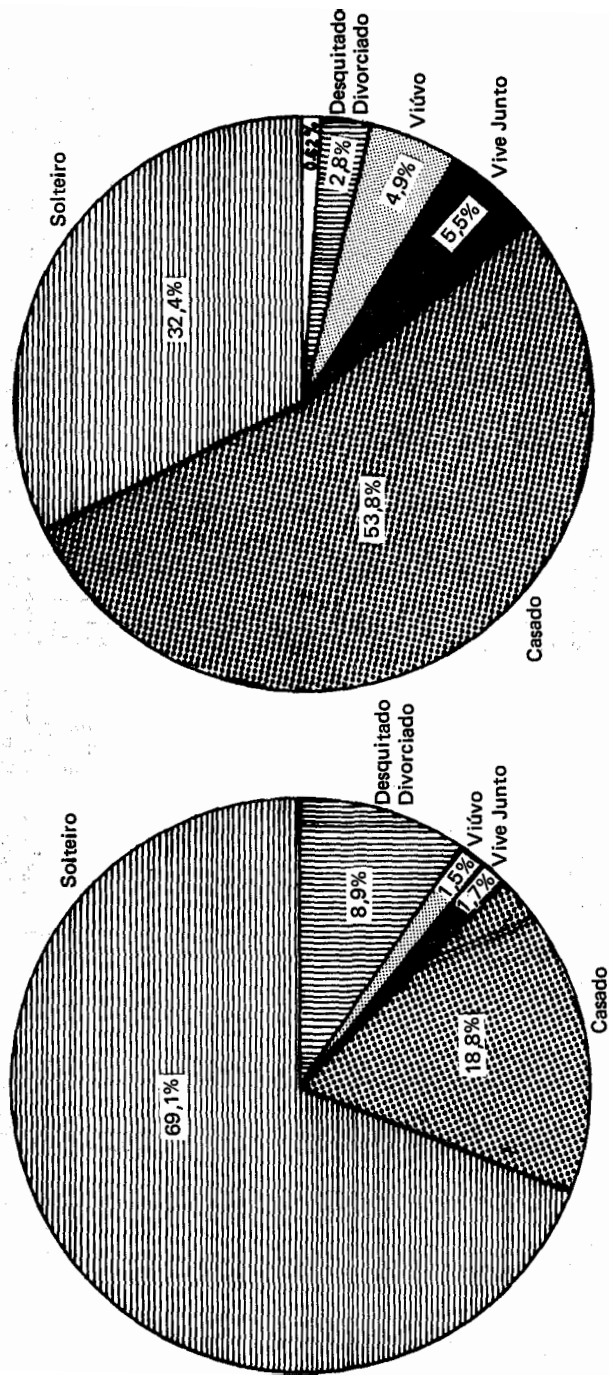
No Gráfico nº 04 está representado, percentualmente, para ambos os sexos, a participação de cada estado civil no total das amostras, observadas e teóricas ( as distribuições dos sujeitos de cada sexo e de cada amostra, bem como das amostras totais, conforme o estado civil, podem ser vistas, respectivamente, nas Tabelas V e VI ). Observando-se o gráfico, nota-se que a participação de solteiros, de um lado, e de desquitados e de divorciados, de outro, no total da amostra de pacientes esquizofrênicos é,

# ESTADO CIVIL DOS PACIENTES



**GRÁFICO Nº 3 – ESTADO CIVIL DOS PACIENTES, POR SEXO. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA OBSERVADA COM A AMOSTRA TEÓRICA**

## ESTADO CIVIL DOS PACIENTES



AMOSTRA OBSERVADA

AMOSTRA TEÓRICA

GRÁFICO Nº 4 – PARTICIPAÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O ESTADO CIVIL NO TOTAL DA AMOSTRA

TABELA V

## Estado Civil do Paciente

| Estado Civil          | SEXO MASCULINO    |        |                  |        | SEXO FEMININO     |        |                  |        |
|-----------------------|-------------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|------------------|--------|
|                       | Amostra Observada |        | Amostra Teórica* |        | Amostra Observada |        | Amostra Teórica* |        |
|                       | Freqüência        | %      | Freqüência       | %      | Freqüência        | %      | Freqüência       | %      |
| Solteiro              | 152               | 75,6   | 72,39            | 36,1   | 127               | 62,5   | 58,38            | 28,9   |
| Casado                | 31                | 15,4   | 108,49           | 54,1   | 45                | 22,1   | 108,74           | 53,5   |
| Vive junto            | 1                 | 0,5    | 11,00            | 5,5    | 6                 | 3,0    | 11,02            | 5,4    |
| Viúvo                 | 1                 | 0,5    | 3,55             | 1,8    | 5                 | 2,5    | 16,24            | 8,0    |
| Desquitado/divorciado | 16                | 8,0    | 3,80             | 1,9    | 20                | 9,9    | 7,34             | 3,6    |
| Sem declaração        | —                 | —      | 1,34             | 0,6    | —                 | —      | 1,12             | 0,6    |
| Total                 | 201               | 100,00 | 200,57           | 100,00 | 203               | 100,00 | 202,84           | 100,00 |

\* Baseado nas tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980 ( IBGE )

TABELA VI

## Estado Civil do Paciente ( Amostra Total )

| Estado                | Amostra Observada |       | Amostra Teórica* |       |
|-----------------------|-------------------|-------|------------------|-------|
|                       | Freqüência        | %     | Freqüência       | %     |
| Solteiro              | 279               | 69,1  | 130,77           | 32,4  |
| Casado                | 76                | 18,8  | 217,23           | 53,8  |
| Vive junto            | 7                 | 1,7   | 22,02            | 5,5   |
| Viúvo                 | 6                 | 1,5   | 19,79            | 4,9   |
| Desquitado/divorciado | 36                | 8,9   | 11,14            | 2,8   |
| Sem declaração        | —                 | —     | 2,46             | 0,6   |
| Total                 | 404               | 100,0 | 403,41           | 100,0 |

\* Baseado nas tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980 ( IBGE )

respectivamente, pouco mais que o dobro ( 69,1%: 32,4% ) e que o triplo ( 8,9%: 2,8% ) da participação destes estados civis na população geral. Verifica-se, também, que a participação dos demais estados civis na amostra observada é, para cada caso, aproximadamente de um terço da participação na amostra teórica ( casados 18,8%: 53,8%, vivem juntos 1,7%: 5,5% e viúvos 1,5%: 4,9% ).

## TAMANHO DA PROLE À QUAL PERTENCEM OS PACIENTES

Com as informações colhidas, foi organizado o Gráfico nº 05, no qual está representado o número de pacientes que pertenciam a proles de diversos tamanhos ( a distribuição de freqüência relativa ao tamanho da prole, a qual pertencem os pacientes, pode ser também vista na Tabela VII ). Verificam-se de pacientes masculinos e femininos que, a não ser no caso de proles com sete pessoas, as proles de tamanho médio, com 4 até 8 pessoas, são as mais freqüentes. O número médio de filhos foi 6,60 filhos, quando ambos os sexos foram considerados, sendo 6,43 para as proles às quais pertenciam os pacientes do sexo masculino e 6,76 para as proles, às quais pertenciam os de sexo feminino. Tal diferença não é estatisticamente significativa ao nível de 0,01.



# TAMANHO DA PROLE A QUE PERTENCEM OS PACIENTES

Quantidade de Pacientes

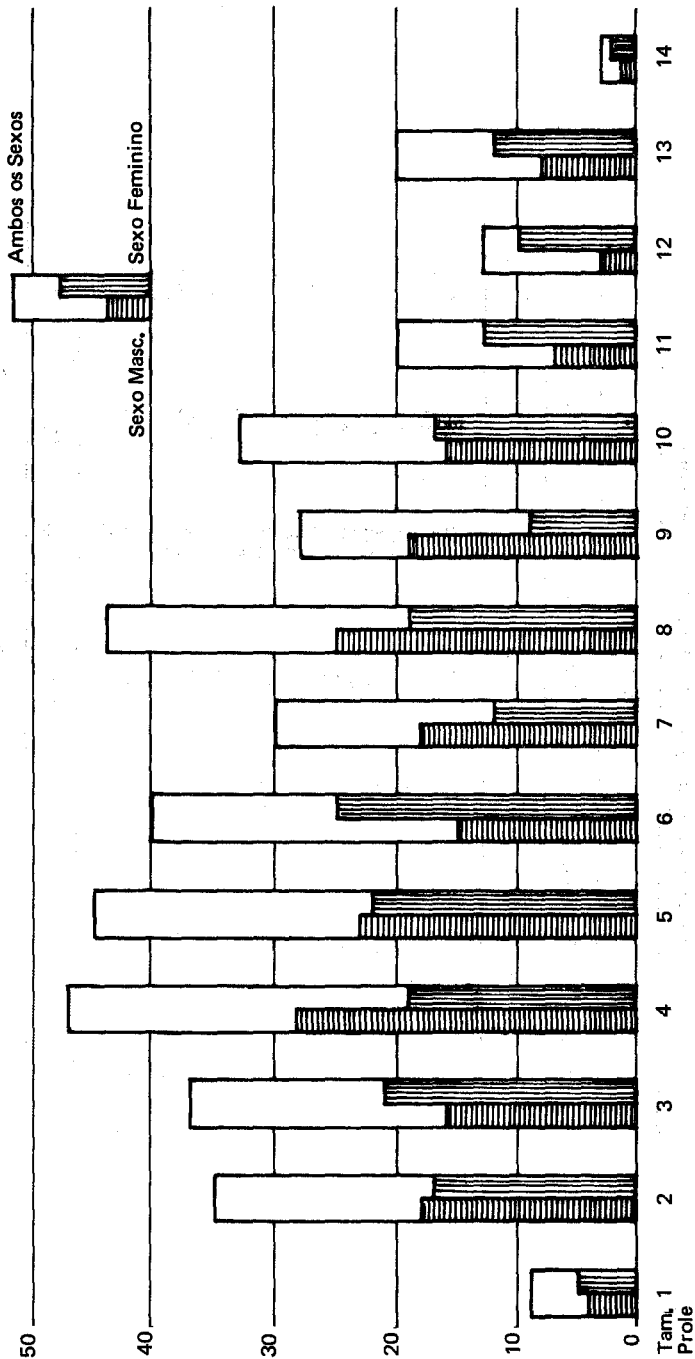


GRÁFICO Nº 05. TAMANHO DA PROLE A QUE PERTENCEM OS PACIENTES ( POR SEXO )

TABELA VII

Tamanho da Prole à qual Pertencem os Pacientes

## SEXO

| Tamanho da Prole | Masculino  |       | Feminino   |       | Total      |       |
|------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                  | Frequência | %     | Frequência | %     | Frequência | %     |
| 1                | 4          | 2,0   | 5          | 2,5   | 9          | 2,2   |
| 2                | 18         | 9,0   | 17         | 8,4   | 35         | 8,7   |
| 3                | 16         | 8,0   | 21         | 10,3  | 37         | 9,2   |
| 4                | 28         | 13,8  | 19         | 9,4   | 47         | 11,6  |
| 5                | 23         | 11,4  | 22         | 10,8  | 45         | 11,1  |
| 6                | 15         | 7,5   | 25         | 12,3  | 40         | 9,9   |
| 7                | 18         | 9,0   | 12         | 5,9   | 30         | 7,4   |
| 8                | 25         | 12,3  | 19         | 9,4   | 44         | 10,9  |
| 9                | 19         | 9,5   | 9          | 4,4   | 28         | 6,9   |
| 10               | 16         | 8,0   | 17         | 8,4   | 33         | 8,2   |
| 11               | 7          | 3,5   | 13         | 6,4   | 20         | 5,0   |
| 12               | 3          | 1,5   | 10         | 4,9   | 13         | 3,2   |
| 13               | 8          | 4,0   | 12         | 5,9   | 20         | 5,0   |
| 14               | 1          | 0,5   | 2          | 1,0   | 3          | 0,7   |
| Total            | 201        | 100,0 | 203        | 100,0 | 404        | 100,0 |
| Média            | 6,43       |       | 6,76       |       | 6,60       |       |

Comparando-se aquele valor médio, 6,60, com 4,65, que é o número médio de filhos por mulher com mais de 30 anos, conforme o Censo Demográfico de 1980 para o Estado de São Paulo, vê-se que a diferença entre essas médias é de pouco mais de 40%, ou seja, quase dois filhos ( a Tabela VIII, em anexo, apresenta dados relativos à fecundidade de mulheres de 15 anos e mais, na população do Estado de São Paulo ). Fez-se a comparação com o número médio de filhos de mulheres de mais de 30 anos da população do Estado de São Paulo, porque as mães dos pacientes tinham, no mínimo, 30 anos de idade, pois os pacientes tinham no mínimo 15 anos de idade e não houve caso de mãe ter gerado filho antes de 15 anos de idade, como se pode ver na Tabela X, em anexo.

Este valor é ainda significativamente maior, ao nível de 0,01, do que o número de filhos por mulher, tidos pelas que pertencem à faixa etária de 65 a 69 anos, o que bem mostra que os pacientes da amostra pertencem a proles bem maiores do que a prole da população geral do Estado de São Paulo.

TABELA VIII

FECUNDIDADE: Mulheres de 15 anos e mais; filhos tidos e filhos por mulher na população do Estado de São Paulo

| Idade      | Mulheres que tiveram filhos | Filhos tidos                 |                   | Filhos nascidos vivos por mulher | Observação               |
|------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------------|--------------------------|
|            |                             | Total de filhos <sup>1</sup> | Filhos por mulher |                                  |                          |
| 15 a 19    | 143 900                     | 195 407                      | 1,36(2)           | 1,31                             | Mães com mais de 30 anos |
| 20 a 24    | 610 613                     | 1 061 260                    | 1,74(2)           | 1,61                             | 4 019 991                |
| 25 a 29    | 822 369                     | 1 926 909                    | 2,34(2)           | 2,25                             | Total de filhos          |
| 30 a 34    | 751 867                     | 2 335 039                    | 3,11(2)           | 2,96                             | 18 709 762               |
| 35 a 39    | 671 280                     | 2 606 512                    | 3,88(2)           | 3,69                             | Filhos por mulher        |
| 40 a 44    | 567 139                     | 2 526 774                    | 4,46(2)           | 4,26                             | 4,65                     |
| 45 a 49    | 516 600                     | 2 608 423                    | 5,05(2)           | 4,77                             |                          |
| 50 a 54    | 445 224                     | 2 262 417                    | 5,08(2)           | 4,75                             |                          |
| 55 a 59    | 343 276                     | 1 852 420                    | 5,40              | 5,00                             |                          |
| 60 a 64    | 254 099                     | 1 527 352                    | 6,01              | 5,65                             |                          |
| 65 a 69    | 196 638                     | 1 208 339                    | 6,14              | 5,75                             |                          |
| mais de 70 | 273 868                     | 1 782 486                    | 6,51              | 6,07                             |                          |
| Total      | 5 596 873                   | 21 893 338                   | 3,91              | 3,70                             |                          |

(1) Inclui filhos nascidos mortos.

(2) Tiveram filho no ano anterior à data do CENSO

FONTE: Tabulações avançadas do Censo Demográfico - IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980 ( IBGE ).

## DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo consistiu em conhecer a relação entre alguns dados demográficos e a esquizofrenia. Comparamos os dados da amostra observada com os dados da amostra teórica, retirada da população geral do Estado de São Paulo. Estudamos não se esses dados são a causa da esquizofrenia, mas qual participação eles podem ter na série de fatores complexos, atuando em reciprocidade de influências em momentos ou em circunstâncias significativas para o indivíduo.

No que diz respeito à "idade dos pacientes no momento da coleta dos dados", a média nos pacientes esquizofrênicos, verificou-se ser de ordem de 35 anos ( 35,1 anos para o sexo masculino e 35,5 para o feminino ). Resultados semelhantes ao deste estudo foram obtidos por nós ( Bucher e Térzis, 1980 ), em clínicas psiquiátricas do Distrito Federal e arredores. Ao que diz respeito à idade, a média nos esquizofrênicos foi 34,8 anos para os homens e de 35,9 para as mulheres. Já Henry Ey ( 1981 ) expressa a opinião que a esquizofrenia aparece, quanto à idade, de maneira idêntica em ambos os sexos, o que corresponde aos nossos resultados. Todavia, não conhecemos a idade da primeira manifestação da doença em nossos pacientes, considerando-se que a maioria desses pacientes já estava internada, há pelo menos cinco anos e que a internação tende a ocorrer após a doença ter atingido um estágio avançado, pode-se afirmar que realmente a esquizofrenia é uma doença de jovens.

Em relação ao estado civil, a comparação entre os números de sujeitos de cada amostra — observada e teórica — conforme o estado civil, mostra um contingente, visivelmente maior, de sujeitos solteiros e, com menor evidência, de sujeitos desquitados e divorciados. Esta observação é aplicável à amostra feminina. Essa ocorrência pode ser explicada tanto por um fator interno psicológico — rejeição de responsabilidade e/ou participação, por uma impossibilidade de estabelecer relações; como por um fator externo social — pressões do meio ambiente, família e comunidade, como procedimento, por assim dizer profilático, que impede ou dificulta o casamento do esquizofrênico. Na mesma direção dos resultados aqui relatados, orientam-se os que foram obtidos por outros autores. Assim, por exemplo, Crowcroft ( 1971 ) entende que a condição de solteiro é, muitas vezes, já uma expressão da doença, sobretudo de dificuldades próprias ao indivíduo ter contato e comunicação. Além disso, esse autor encontrou nas hospitalizações psiquiátricas uma taxa elevada de pessoas desquitadas, o que levou a concluir que tanto a dificuldade para se casar, quanto o malogro no casamento são sintomas de um distúrbio básico.

Quanto ao "tamanho da prole à qual pertencem os pacientes", verifica-se que o número médio de filhos foi 6,60 filhos, quando ambos os sexos foram considerados. Este dado é confirmado por outros autores. Farina et alii (1963) mostraram que no caso de grandes famílias, a ocorrência de esquizofrenia é maior, especificamente, entre indivíduos que se situam em postos correspondentes à segunda metade dentro do grupo de irmãos. Wahl (1954) estudou um grupo de quatro subtipos de pacientes esquizofrênicos internados e notou uma grande fecundidade nas famílias de que provinham. O número médio de filhos foi 4,1, enquanto que em famílias norte-americanas que tiveram filhos, o número médio por família era 2,2. Convém aqui lembrar que no presente estudo o número médio de filhos foi 6,60.

O dado empírico, estatisticamente comprovado, é que aumenta o número de esquizofrênicos conforme aumenta o número de filhos (Térzis, 1983). Esse dado, no entanto, pode, de um lado, ser apreciado à luz de variáveis micro e macrosociais. Entre as primeiras, incluem-se aquelas ligadas ao meio familiar e sua influência sobre os filhos. Entre as variáveis macrosociais, destacam-se a classe social e cultura.

Estudos correlacionais têm permitido estabelecer uma verdadeira tipologia psicológica baseada na ordem de nascimento e esquizofrenia. De acordo com o nosso estudo (Térzis, 1983), que levou em consideração o tamanho da prole, encontramos uma relação consistente entre ordem de nascimento e esquizofrenia. Por exemplo, a análise dos dados de famílias grandes e pequenas forneceu uma clara evidência de que a distribuição dos esquizofrênicos por ordem de nascimento varia com o tamanho da família. Os pacientes, tanto do sexo masculino como do feminino, foram mais sujeitos à doença, quando primogênitos nas pequenas proles, e, quando caçulas, nas grandes proles. Os resultados referentes aos caçulas, foram considerados à luz de variáveis familiares e sócio-culturais, que descrevem o caçula como o filho que tende a enfrentar mais freqüentemente situações de maior dependência e geradoras de frustrações (Biopsicológicas). Também essas famílias com maior número de filhos, foram classificadas como pertencentes à classe social-econômica baixa, e verificou-se significativa a ocorrência de desagregação familiar ocorrida numa idade em que a criança era mais vulnerável a ela (Térzis, 1984). Provavelmente, a pobreza em que viveram e a ignorância dessas famílias a respeito das técnicas de controle de natalidade expliquem a tendência a terem grandes proles.

#### ABSTRACT

*The purpose of the present study is to investigate the association between certain characteristics – Demographics and of schizophrenia.*

*In order to examine the above mentioned proposal the relation between birth order, in different family sizes, and schizophrenia – 404 schizophrenic patients ( 201 males and 203 females ) from five psychiatric hospitals in the Greater São Paulo were observed.*

*The sample included patients whose age ranged from fifteen to seventy, their mean age being slightly above 35.*

*The proportion of unmarried, legally separated and divorced people was significantly larger in this sample than in the general population of the State of São Paulo, for the year of 1980.*

*Over half the patients came from families of 4 to 8 siblings, and the average number of children per mother in those families was significantly higher, e. ( 6.60 ) in comparison with the average figure from the population, in general ( 4.65 ).*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUCHER, R. E. e TÉRZIS, I. A. – Ordem de nascimento e relacionamento Fraternal de Pacientes esquizofrênicos. **Arquivos Neuropsíquicos** ( São Paulo ), **38**: 53 – 64, 1980.
- CLAUSEN, J. A. y KOHN, M. L. – “Relaciones Sociales y Esquizofrenia: un Informe de Investigación y la Manera de enfocar el Tema”. In: JACKSON, D.D. **Etiologia de la Esquizofrenia**. Version Castelhana, Buenos Aires, Amarrortu Edit., 1974.
- COOPER; MORGAN, H. G. y SHEPERD, M. – **Epidemiologia Psiquiátrica**. Madrid, Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1973.
- CROWCROFT, A. – **O Psicótico: Compreensão da Loucura**. Trad. de Marcelo Corção. Rio de Janeiro, Zahar Edit., 1971.
- EY, H. – **Tratado de Psiquiatria**. Barcelona, Toray-Masson, 1970.
- FARINA, A.; BARRY, H. and GARMEZY, N. – Birth order of Recovered and nonrecovered Schizophrenics. **Arch. Gen. Psychiat.**, **9**: 224 – 228, 1963.
- FREITAS, J. – **Diretrizes programáticas de Saúde Mental**. Trabalho apresentado na VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1977.
- MADALENA, J. C. – **A Epidemiologia das Doenças Mentais, Hospital das Clínicas, Departamento Psiquiatria ( Biblioteca )**, S/D.
- O.M.S. – **La Schizophrenie: Etude Multinational: resumé de la phase d'évaluation initial de l'étude Pilote internationale sur la schzophrénie**. Genése, O.M.S., 1977.

- ROLLMAN – BRANCH, H. S. – The First born child, male vicissitudes of Preoedipal Problems. *Int. J. Psycho-Anal.*, **47**: 404 – 415, 1966.
- SANDLER, P. C. – Dinâmica Sócio – Cultural na Epidemiologia da esquizofrenia. *Bol. de Psiquiatria ( São Paulo )*, **6**: 59 – 100, 1973.
- SANDLER, P. C. e SANDLER, E. H. – Esquizofrenia e ordem de nascimento. *Arq. Neur. – Psiquiat. ( SP )*, **36**: 46 – 66, 1978.
- SCHACHTER, S. – *The psychology of affiliation*. Stanford – Califórnia, Stanford Univ. Press, 1959.
- SUNDARARAJ, N. and RAO, R. – Order of Birth and Schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.*, **112**: 1127 – 1129, 1961.
- TÉRZIS, I. A. – Ordem de nascimento, tamanho da Prole e Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia ( PUCAMP )*, **1**: 82 – 109, 1983.
- TÉRZIS, I. A. – Motivos Determinantes de Desagregação Familiar e Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia. ( PUCAMP )*, **2**: 85 – 102, 1984.
- WAHL, C. W. – Some Antecedent Factors in the Family Histories of 392 Schizophrenics. *Amer. Jour. Psychiat.*, **110**: 668 – 676, 1954.