

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE SAÚDE DA
ESQUIZOFRENIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA PESQUISA NACIONAL DE
SAÚDE 2019**

**SOCIODEMOGRAPHIC, ECONOMIC AND HEALTH PROFILE OF
SCHIZOPHRENIA IN BRAZIL: ANALYSIS OF THE 2019 NATIONAL HEALTH
SURVEY**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y DE SALUD DE LA
ESQUIZOFRENIA EN BRASIL: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE
SALUD 2019**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n3-026>

Data de submissão: 05/02/2026

Data de publicação: 05/03/2026

Stefanie Leão Gaia

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Estado do Pará

E-mail: gaia.stefanie@gmail.com

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1221850825816151>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9217-9794>

Suehiko Sakai Neto

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade do Estado do Pará

E-mail: suehikosakai@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8442545946923900>

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-1991-4028>

Patricia Regina Bastos Neder

Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Instituição: Universidade do Estado do Pará

E-mail: patricia.neder@uepa.br

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8922509826589120>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2090-4176>

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é um transtorno mental grave associado a importantes desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde no Brasil. **Objetivo:** Analisar o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia no país. **Método:** Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com microdados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram investigadas variáveis demográficas, indicadores socioeconômicos, acesso a serviços de saúde e percepção de suporte social. **Resultados:** Observou-se predominância do sexo masculino, com média de idade de 45,2 anos, associada a marcante vulnerabilidade social. A maioria apresentava baixa escolaridade e renda familiar per capita de até um salário mínimo. Houve heterogeneidade relevante na prevalência autorreferida entre os estados, sugerindo desigualdades regionais relacionadas a barreiras estruturais e possível subdiagnóstico. O cuidado foi majoritariamente realizado pelo sistema

público de saúde, com elevada proporção de uso de medicamentos, embora com irregularidade na continuidade do acompanhamento. Também foram identificadas fragilidades nas redes de apoio e presença de sintomas depressivos. Conclusão: A esquizofrenia no Brasil está fortemente associada a determinantes sociais desfavoráveis, evidenciando a necessidade de fortalecimento da rede de atenção psicossocial e de estratégias intersetoriais voltadas à equidade no acesso e à inclusão social.

Palavras-chave: Fatores Socioeconômicos. Esquizofrenia. Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a severe mental disorder associated with significant social inequalities and barriers to health care access in Brazil. Objective: To analyze the sociodemographic, economic, and health profile of individuals diagnosed with schizophrenia in the country. Method: A cross sectional quantitative study was conducted using microdata from the 2019 National Health Survey carried out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Demographic variables, socioeconomic indicators, access to health services, and perceived social support were investigated. Results: A predominance of males was observed, with a mean age of 45.2 years, marked by significant social vulnerability. Most individuals had low educational attainment and family income per capita of up to one minimum wage. Relevant heterogeneity in self reported prevalence was identified across states, suggesting regional inequalities related to structural barriers and possible underdiagnosis. Care was predominantly provided by the public health system, with a high proportion reporting medication use, although continuity of follow up was irregular. Weak social support networks and depressive symptoms were also identified. Conclusion: Schizophrenia in Brazil is strongly associated with unfavorable social determinants, highlighting the need to strengthen the psychosocial care network and implement intersectoral strategies to promote equitable access and social inclusion

Keywords: Socioeconomic Factors. Schizophrenia. Mental Health.

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave asociado a importantes desigualdades sociales y barreras de acceso a los servicios de salud en Brasil. Objetivo: Analizar el perfil sociodemográfico, económico y de salud de personas diagnosticadas con esquizofrenia en el país. Método: Estudio transversal de enfoque cuantitativo realizado con microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de 2019, llevada a cabo por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Se investigaron variables demográficas, indicadores socioeconómicos, acceso a servicios de salud y percepción de apoyo social. Resultados: Se observó predominio del sexo masculino, con edad media de 45,2 años, asociado a marcada vulnerabilidad social. La mayoría presentaba baja escolaridad e ingreso familiar per cápita de hasta un salario mínimo. Se identificó heterogeneidad relevante en la prevalencia autorreportada entre los estados, lo que sugiere desigualdades regionales vinculadas a barreras estructurales y posible subdiagnóstico. La atención fue realizada principalmente por el sistema público de salud, con elevada proporción de uso de medicamentos, aunque con irregularidad en la continuidad del seguimiento. También se evidenciaron fragilidades en las redes de apoyo y presencia de síntomas depresivos. Conclusión: La esquizofrenia en Brasil está fuertemente asociada a determinantes sociales desfavorables, lo que exige el fortalecimiento de la red de atención psicossocial y estrategias intersectoriales orientadas a la equidad en el acceso y la inclusión social.

Palabras clave: Factores Socioeconómicos. Esquizofrenia. Salud Mental.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos. São cerca de 1,6 milhão de brasileiros que, além da doença, sofrem com o estigma, com a exclusão social e com o abandono institucional (Ministério Da Saúde, 2021). Devido a sua grande capacidade de comprometimento clínico, trata-se de uma doença que reflete nos diversos âmbitos da vida do indivíduo, tendo em vista que tais manifestações resultam em prejuízos importantes na capacidade de estabelecer e manter relações interpessoais, desempenhar atividades cotidianas e manter vínculos laborais (WHO, 2023). Somado a isso, os déficits cognitivos, frequentemente presentes nos estágios iniciais da doença, prejudicam a memória de trabalho, atenção, raciocínio abstrato e velocidade de processamento, interferindo na autonomia e na independência (Lima et al., 2021).

Quanto à história natural da doença, a evolução tende a ser crônica, com recaídas frequentes e desfechos funcionais negativos conforme a doença progride. É notório que os pacientes com este transtorno necessitam de suporte e assistência multiprofissional contínua, visando estabilização clínica, reabilitação psicossocial e a melhora da qualidade de vida individual e das pessoas ao seu redor. Indo além, percebe-se que o transtorno acomete indivíduos de todas as classes socioeconômicas, caracterizando-se como uma doença que possui um perfil sociodemográfico diverso. A esquizofrenia não se restringe a grupos específicos, mas o acesso aos serviços de saúde é diretamente influenciado pelo contexto social. Portanto, torna-se imprescindível analisar as implicações das diferentes condições de vida na evolução e na experiência da doença

Pacientes com transtorno esquizofrênico necessitam de cuidado integrado e contínuo, os quais são essenciais para alcançar a estabilidade clínica e, portanto, um bom prognóstico. Contudo, sabe-se que no Brasil há uma grande disparidade de acesso aos serviços de saúde entre as diversas classes sociais. Dessa forma, populações em situação de vulnerabilidade possuem acesso limitado ou de baixa qualidade, fato que influencia diretamente a forma como os pacientes são acompanhados e assistidos, seja pela descontinuidade do cuidado, seja pela incapacidade de oferecer assistência integral (Carvalho et al., 2020). Nesse sentido, embora existam estudos internacionais que associam variáveis relacionadas à condição social como renda, escolaridade e suporte familiar ao prognóstico da esquizofrenia, no Brasil ainda são escassas as investigações que abordem esses fatores com profundidade, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (Fonseca et al., 2021).

Neste estudo, serão utilizados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019. Esta pesquisa foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de traçar um panorama abrangente das condições de saúde da

população brasileira. Esta foi a segunda edição da PNS (a primeira ocorreu em 2013), e a coleta de dados foi realizada entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020. A pesquisa contou com uma amostra de 108.525 domicílios, cobrindo mais de 3.000 municípios e entrevistando 90.846 pessoas com 15 anos ou mais, atingindo uma taxa de resposta de 96,5% (Brasil, 2019). A PNS 2019 incorporou pela primeira vez um módulo para investigação de distúrbios psiquiátricos graves — incluindo esquizofrenia, o que nos possibilita investigar essa população dentro de seu contexto socioeconômico.

Dessa maneira, a investigação sobre essa população, assim como suas características demográficas, sociais e econômicas, faz-se necessária. Esta análise do cenário brasileiro é imprescindível para a identificação das lacunas presentes nas estratégias assistenciais, visando fomentar melhorias e maior equidade para esses pacientes. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os principais fatores sociodemográficos associados à esquizofrenia, destacando suas implicações para o manejo clínico, e assim auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas e a formulação de estratégias assistenciais mais equitativas e eficazes. Ao aprofundar essa discussão, espera-se contribuir para uma abordagem mais integrada e humanizada no cuidado a indivíduos com esquizofrenia, promovendo uma melhor qualidade de vida e maior inclusão social dessa população.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e observacional, com análise de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, um inquérito de base domiciliar conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. O estudo teve como objetivo compreender os padrões sociodemográficos, econômicos e de saúde dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia.

O universo da pesquisa abrangeu indivíduos com 15 anos ou mais, residentes em domicílios particulares no Brasil, com foco naqueles que autodeclararam diagnóstico médico de esquizofrenia (questão Q11007). Para a análise, foram considerados apenas os casos com respostas válidas nas variáveis de interesse, garantindo a consistência dos dados.

A PNS emprega um plano de amostragem complexo, por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias, o que confere representatividade estatística para o Brasil, suas macrorregiões e Unidades da Federação (IBGE, 2019).

A estruturação dos recortes estabelecidos no Quadro 1 foi definida, visando proporcionar uma leitura progressiva que parte do cenário nacional para as especificidades regionais, permitindo evidenciar as desigualdades territoriais no acesso ao diagnóstico e ao cuidado em saúde mental. Dado que, estudos prévios utilizando dados da PNS demonstram significativa heterogeneidade espacial na

prevalência e no tratamento de transtornos mentais entre as Unidades Federativas brasileiras (Melo et al., 2023; Brito et al., 2022; Lopes et al., 2022), justificando a necessidade de análises subnacionais para revelar disparidades regionais que permaneciam ocultas em estimativas exclusivamente nacionais.

Nesse sentido, a apresentação inicia-se com o Panorama Geral, seguido pela Análise por Unidade Federativa, para então aprofundar-se em três eixos temáticos complementares: Cuidado em Saúde, Perfil Sociodemográfico e Apoio Social. Esses eixos foram selecionados por contemplarem as três dimensões principais do impacto da esquizofrenia sobre os indivíduos diagnosticados: a assistência clínica, abordando o acesso aos serviços de saúde e a adesão medicamentosa, dimensão crítica dado que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos graves não recebe tratamento adequado (Lopes et al., 2016; Amaral et al., 2021); a vulnerabilidade social, caracterizada por indicadores de renda e escolaridade, reconhecidos como determinantes fundamentais das desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado em saúde mental (Mrejen et al., 2022); e o contexto psicossocial, que engloba a percepção de redes de apoio familiar e de amigos, bem como a presença de sintomas depressivos, fatores que influenciam tanto o diagnóstico quanto a continuidade do tratamento (Harding et al., 2022; Rzewuska et al., 2017). Essa organização visa oferecer uma compreensão integrada dos determinantes sociais e assistenciais que permeiam a vivência da esquizofrenia no contexto brasileiro, considerando que a região de residência constitui um dos principais determinantes das desigualdades raciais e socioeconômicas no acesso ao tratamento (Mrejen et al., 2022; Medeiros et al., 2023).

Quadro 1 - Descrição das variáveis selecionadas para o estudo

Eixo	Variável	Descrição
Variável Dependente	Q11007	Indica se o indivíduo referiu ter diagnóstico médico de esquizofrenia.
Demográfico e Regional	V0001	Unidade da Federação de residência do domicílio.
	C008	Idade do morador em anos completos na data de referência.
	C006	Sexo biológico do morador.
Socioeconômico	VDD004A	Nível de instrução mais elevado alcançado pelo indivíduo.
	VDF004	Faixa de rendimento nominal mensal domiciliar per capita.
Características da Doença e Cuidado	Q11201	Regularidade na busca por atendimento médico ou serviço de saúde devido ao transtorno mental.
	Q11406	Utilização de medicamentos ou injeções para o tratamento do transtorno mental.
	Q115	Grau de limitação das atividades habituais (trabalho, afazeres domésticos, etc.) decorrente do transtorno mental.
Acesso e Utilização de Serviços	J026	Relata se o último atendimento realizado pelo indivíduo foi feito pelo SUS
	I00102	Cobertura de plano de saúde médico ou odontológico.
Sintomas Depressivos e Sofrimento Psíquico	phq9_score	Escore total de sintomas mensurado pelo Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).
	N001	Autoavaliação do estado de saúde geral do indivíduo.
Apoio Social e Redes de Suporte	M01401	Quantidade de familiares com quem o indivíduo relata poder contar.
	M01501	Quantidade de amigos com quem o indivíduo relata poder contar.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

A variável principal foi construída a partir da questão Q11007 ('Algum médico ou profissional de saúde já lhe deu o diagnóstico de esquizofrenia?'). As respostas foram classificadas em quatro categorias: 'Sim', 'Não', 'Ignorado/Não Sabe' e 'Não Aplicado'. Esta última engloba os indivíduos não elegíveis à pergunta devido ao fluxo do questionário (resposta negativa ao filtro Q11001), sendo mantida na análise para assegurar a integralidade da amostra. As respostas classificadas como 'Não aplicado' refletem o fluxo do instrumento da PNS e não foram consideradas na interpretação das proporções analíticas, que se referem exclusivamente à população elegível para cada variável.

O processamento, download e a análise estatística dos dados foram conduzidos na linguagem e ambiente de computação estatística chamado R (R Project for Statistical Computing), utilizando o pacote *PNSibge*, desenvolvido e disponibilizado pelo IBGE. A utilização dessa ferramenta específica assegura a integridade metodológica da análise, uma vez que o pacote incorpora automaticamente os parâmetros do desenho amostral complexo, incluindo a estratificação primária e os fatores de expansão calibrados pelo instituto. Dessa forma, a definição do objeto de desenho amostral permitiu a aplicação subsequente das funções do pacote *survey* (que também é um pacote do R) para a execução das análises necessárias para agrupar em tabelas posteriormente usadas nos resultados.

3 RESULTADOS

3.1 PANORAMA GERAL DOS GRUPOS DE DIAGNÓSTICO NO BRASIL

Os dados nacionais revelaram que o grupo diagnosticado com esquizofrenia é majoritariamente masculino (52,9%) e possui idade média de 45,2 anos. O perfil socioeconômico caracteriza-se por acentuada vulnerabilidade: a maioria dos indivíduos (55,0%) não concluiu o ensino fundamental e 78,5% vivem em famílias com renda per capita de até um salário mínimo.

No aspecto psicossocial, identificou-se fragilidade nas redes de suporte, com 49,1% dos entrevistados relatando ausência total de apoio social (amigos ou familiares). Esse cenário é agravado por indicadores de saúde mental desfavoráveis, incluindo a maior média de sintomas depressivos entre os grupos avaliados (escore 10,7 no PHQ-9) e uma autoavaliação de saúde negativa, classificada como regular, ruim ou muito ruim por 74,6% da amostra.

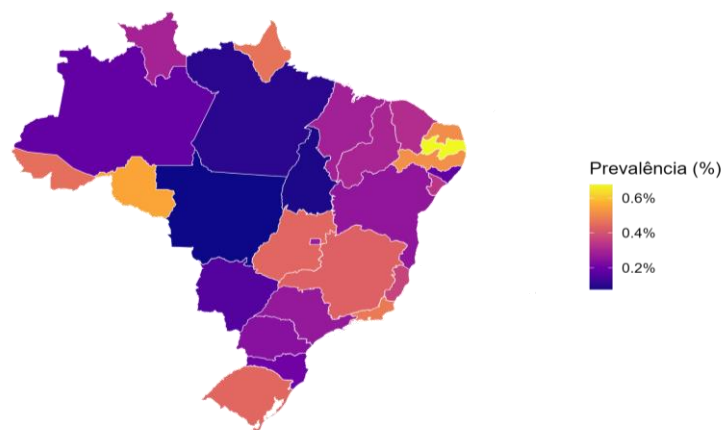
3.1.1 Análise detalhada por unidade da federação

Aprofundando a análise nos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, esta seção explora a distribuição dos indicadores por Unidade da Federação. Considerando a baixa prevalência populacional da esquizofrenia (~1%), o desenho amostral da Pesquisa Nacional de Saúde e o uso de diagnóstico autorreferido, a desagregação dos dados por UF resulta em subamostras reduzidas. Assim, percentuais extremos (0% ou 100%) observados em determinados estados refletem limitações inerentes à estrutura amostral e devem ser interpretados como descrições amostrais indicativas de tendências, sujeitas a maiores margens de erro, e não como estimativas populacionais consolidadas da realidade epidemiológica local

3.1.1.1 Prevalência da esquizofrenia por Unidade da Federação

A análise espacial da prevalência indicou heterogeneidade marcante na distribuição dos diagnósticos reportados. Observou-se uma amplitude considerável entre os extremos: enquanto a Paraíba e Rondônia apresentaram as maiores proporções da amostra, estados como Mato Grosso, Tocantins e Pará registraram taxas inferiores a 0,10%. Essa variação sugere desigualdades na capacidade de detecção dos sistemas locais, apontando para provável subnotificação nas regiões com os menores índices registrados.

Figura 1 - Prevalência de diagnósticos de Esquizofrenia por estado, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

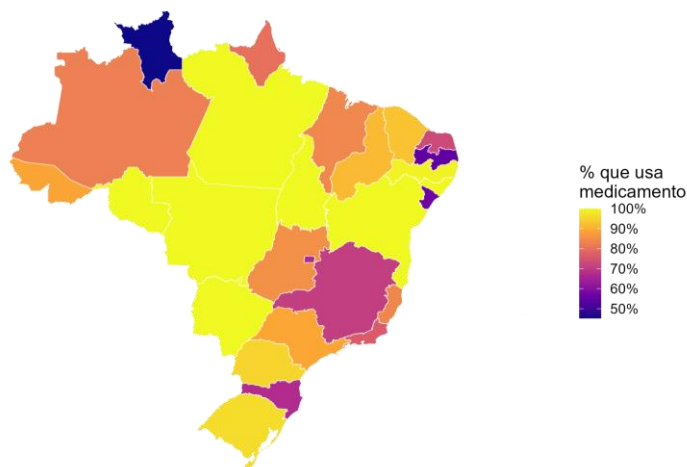
3.1.1.2 Cuidado em saúde e utilização de serviços

Esta seção explora o comportamento dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia em relação ao cuidado de saúde, incluindo o uso de medicamentos, a regularidade na procura por serviços e a utilização do sistema público.

3.1.1.3 Uso contínuo de medicamentos

A adesão ao tratamento farmacológico apresentou comportamento polarizado entre as unidades federativas. Em estados como Rondônia, Pará e Mato Grosso, a taxa de adesão atingiu a totalidade da amostra (100%), resultado que deve ser interpretado com cautela em função do reduzido número de observações por Unidade da Federação. Em contrapartida, Roraima, Paraíba e Sergipe destoam desse padrão, exibindo taxas de descontinuidade expressivas (superiores a 40%), o que sinaliza falhas críticas na retenção do tratamento ou na regularidade do fornecimento medicamentoso nessas localidades.

Figura 2 - Proporção de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia que faz uso de medicamentos, 2019.

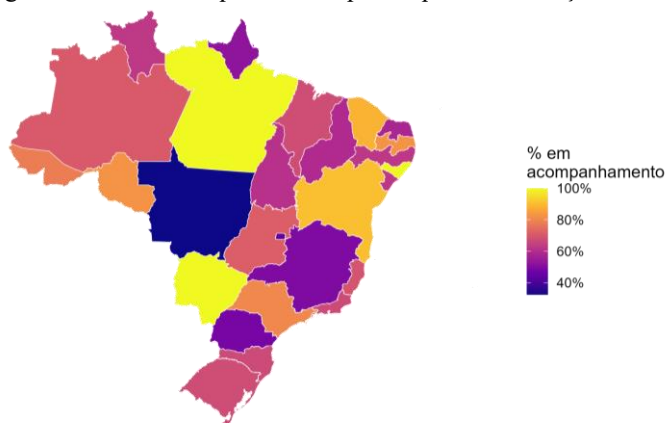


Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

3.1.1.4 Regularidade no cuidado de saúde

A frequência de utilização dos serviços de saúde revelou lógicas de cuidado distintas. A busca regular foi predominante em estados como Pará, Alagoas e Mato Grosso do Sul. No caso do Pará, que possui percentual de 100%, os achados podem refletir o reduzido número de casos captados na amostra. Opostamente, no Mato Grosso, Distrito Federal e Paraná, prevaleceu a busca por atendimento apenas diante de problemas ou crises, evidenciando uma lacuna na manutenção preventiva e longitudinal do cuidado.

Figura 3 - Indivíduos diagnosticados com esquizofrenia que frequentam serviços de saúde regularmente, 2019



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

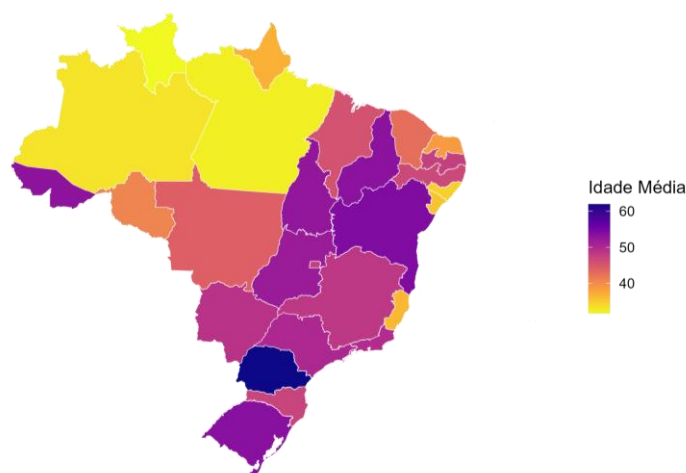
no Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Roraima, uma parcela significativa dos indivíduos reportou ausência de limitações. Dados que devem ser compreendidos como efeito do reduzido número de observações, não representando necessariamente ausência real de limitação funcional na população.

3.1.2 Perfil sociodemográfico

3.1.2.1 Idade

A idade média nacional dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia é de 45,2 anos. A análise por UF revela, contudo, uma variação expressiva. A distribuição etária revelou um padrão regional claro. As médias de idade mais elevadas concentraram-se na região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul) e na Bahia. Em contraste, a região Norte apresentou um perfil etário significativamente mais jovem entre os diagnosticados, com médias próximas aos 30 anos em estados como Roraima, Pará e Amazonas.

Figura 6 - Idade média dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, por Unidade da Federação, Brasil, 2019.

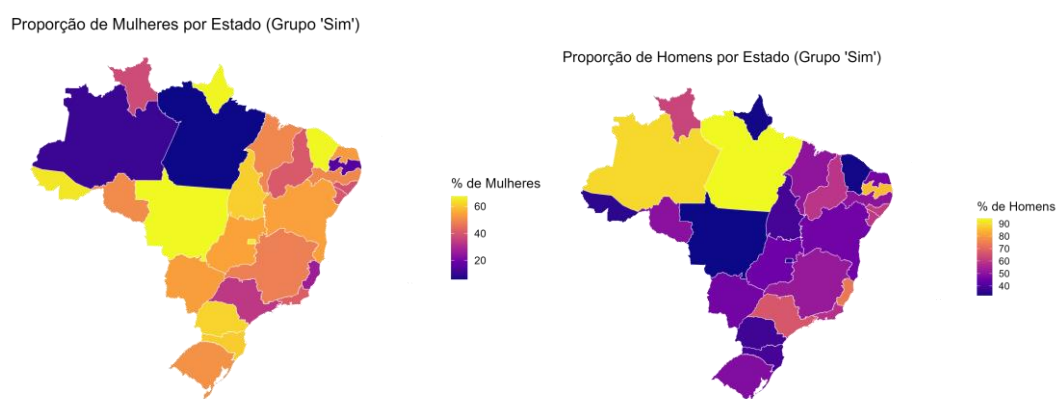


Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

3.1.2.2 Sexo

A predominância masculina também apresenta variações regionais. Enquanto alguns estados confirmaram a tendência de maioria masculina, observou-se uma inversão demográfica no Amapá, Ceará e Mato Grosso, onde as mulheres representaram a maioria dos diagnósticos (acima de 67%).

Figura 7 - Proporção de mulheres e homens (%) entre os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, por Unidade da Federação, Brasil, 2019.

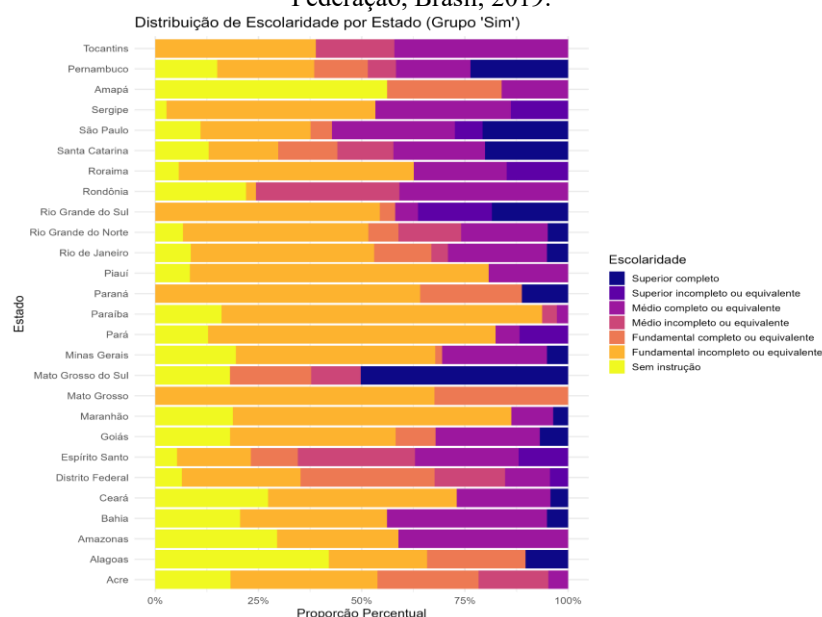


Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

3.1.2.3 Nível de escolaridade

A desigualdade educacional mostrou-se geograficamente demarcada. Nos estados do Nordeste, como Paraíba, Maranhão e Piauí, o perfil foi dominado pela baixa instrução, com a soma das categorias "sem instrução" e "fundamental incompleto" abrangendo a vasta maioria da amostra. Já em unidades com melhores indicadores socioeconômicos (Mato Grosso do Sul, São Paulo e Santa Catarina), o perfil mostrou-se mais heterogêneo, com presença relevante de indivíduos que alcançaram o ensino superior completo.

Figura 8 - Composição do nível de escolaridade de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, por Unidade da Federação, Brasil, 2019.

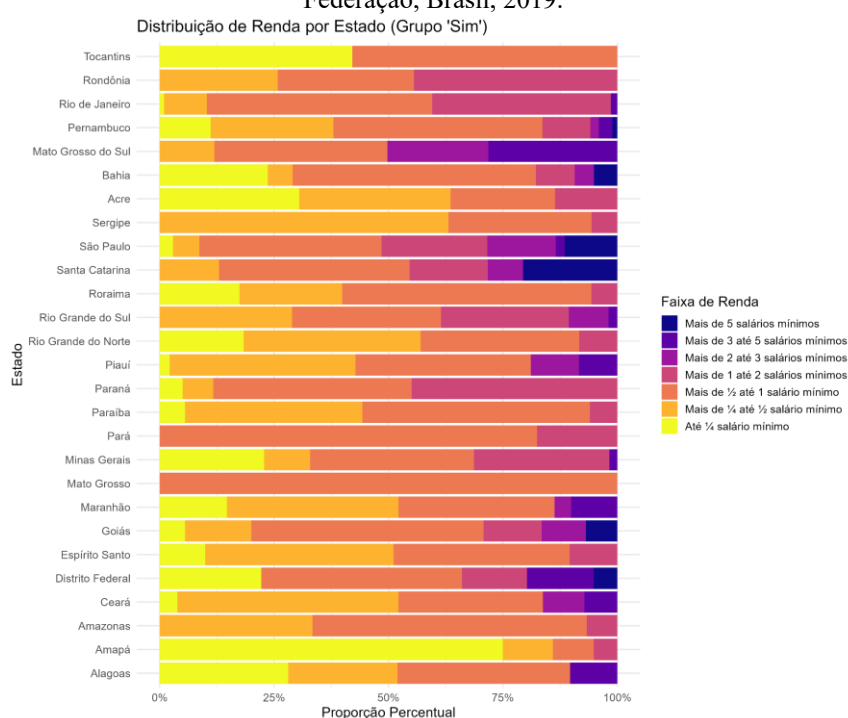


Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

3.1.2.4 Renda Familiar

A vulnerabilidade econômica revelou-se transversal, porém agudizada nas regiões Norte e Centro-Oeste. Em estados como Amapá, Mato Grosso e Pará, a quase totalidade da amostra concentrou-se nas faixas de renda de até um salário mínimo, refletindo pobreza severa. O Distrito Federal e estados do Sul/Sudeste apresentaram uma distribuição de renda ligeiramente mais diversificada, com maior presença de faixas salariais superiores a dois salários mínimos.

Figura 9 - Composição da faixa de renda familiar de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, por Unidade da Federação, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

3.1.3 Apoio social e saúde mental

A percepção de apoio social, fundamental para o manejo de condições crônicas, revela-se mais frágil entre os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia.

3.1.3.1 Apoio familiar e de amigos

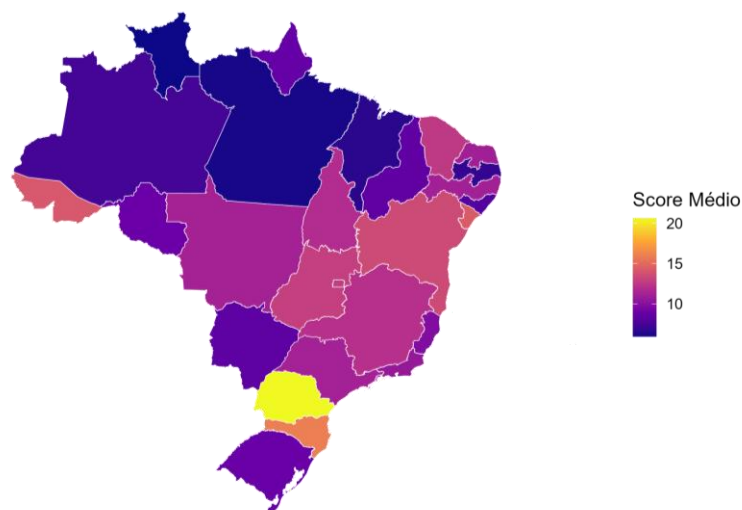
A percepção de apoio social, fundamental para o prognóstico do transtorno, revelou-se fragilizada entre os indivíduos diagnosticados, que reportaram redes de suporte consistentemente menores em comparação à população geral. Embora a proporção de indivíduos que relatam poder contar com "três ou mais" familiares seja a categoria majoritária em quase todos os estados, há variações importantes. Identificou-se uma restrição importante desses laços em estados como Minas Gerais, Paraná e Alagoas, onde as redes familiares mostraram-se comparativamente mais limitadas.

A vulnerabilidade torna-se ainda mais crítica na análise do suporte de amigos. Em nível nacional, quase metade dos indivíduos relatou isolamento social total (ausência de amigos). Essa desarticulação é agravada regionalmente: em estados do Nordeste e Norte, como Rio Grande do Norte, Pará, Alagoas e Sergipe, a inexistência de qualquer rede de amizade foi a realidade para a vasta maioria dos entrevistados, evidenciando um cenário de exclusão social severa. Em contraste, localidades como Mato Grosso e Tocantins apresentaram indicadores de integração social ligeiramente mais favoráveis

3.1.3.2 Sintomas depressivos (Score PHQ-9)

Os maiores escores médios de depressão concentraram-se na região Sul, com o Paraná registrando o valor mais extremo do país, seguido por Santa Catarina. Em contrapartida, os menores escores foram observados na região Norte (Roraima e Pará), sugerindo possíveis desigualdades assistenciais, em que a restrição do diagnóstico a casos graves com predominância de sintomatologia negativa ou menor letramento em áreas desassistidas tende a subestimar o sofrimento psíquico reportado, mascarando a prevalência real quando comparada ao espectro clínico mais amplo captado em locais com redes de saúde mais estruturadas.

Figura 10 - Escore médio de sintomas depressivos (PHQ-9) em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, por Unidade da Federação, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

4 DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir da PNS demonstram um claro perfil de vulnerabilidade social destes indivíduos, algo esperado à luz da literatura já existente. É certo que a associação entre doença funcionalmente incapacitante e exposição à adversidade social produz um cenário extremamente

desastroso. Tal fato é comprovado pela constatação de déficit em todos os parâmetros analisados na pesquisa, tais como renda, nível de escolaridade, suporte social e familiar etc.

Observa-se a confirmação do perfil identificado nas análises nacionais retrospectivas, no que se refere aos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia. No presente estudo, o sexo masculino teve predominância a partir dos resultados obtidos (52,9%), estando em consonância com a narrativa histórica descrita da doença. Ademais, verificou-se que a idade média desse grupo foi de 45,2 anos, coincidindo com a média de idade de outras pesquisas demográficas anteriores (Pinho et al., 2017).

O perfil de escolaridade predominantemente inferior (55% com ensino fundamental incompleto) confirma uma associação amplamente descrita na literatura. Tesli et al. (2022), ao compararem dados populacionais, observaram que, embora indivíduos com esquizofrenia apresentem escolaridade significativamente inferior à da população geral, a escolaridade de seus pais é semelhante à dos pais de indivíduos sem o transtorno. Esse achado enfraquece a hipótese de causalidade social e fortalece a hipótese de deriva social, sugerindo que o início da doença, frequentemente no final da adolescência ou início da vida adulta, interrompe a trajetória educacional desses indivíduos (Tesli et al., 2022).

A constatação da vulnerabilidade econômica enfatiza o caráter bidirecional que envolve doença e pobreza, haja vista que a imensa maioria dos indivíduos possui renda familiar mensal de até 1 salário-mínimo. Nesse sentido, estudos mostram que a condição econômica exerce influência direta na progressão da doença e no prognóstico, e que indivíduos desprovidos de suporte financeiro suficiente têm mais dificuldade de aderir ao tratamento e menor qualidade de vida (Pinho et al., 2018).

Outro agravante que comprovadamente contribui para a redução da qualidade de vida é a alta taxa de desemprego desse grupo, que segundo estudos chega a ser de 90% (Pinho et al., 2018). Em comparação, a população geral possui uma taxa estimada de desemprego de cerca de 13% (Borba et al., 2017), demonstrando uma disparidade que reflete o prejuízo na inserção desses indivíduos ao mercado de trabalho e, assim, na condição global de saúde, haja vista que um vínculo empregatício se constitui como valioso fator de percepção de melhora por parte do grupo em questão (Franzmann et al., 2017).

Outro aspecto de destaque é a fragilidade do apoio social — elemento reconhecido como determinante para o prognóstico e para a efetividade do tratamento. No presente estudo, indivíduos diagnosticados com esquizofrenia relataram, de maneira consistente, menor apoio familiar e, sobretudo, menor apoio de amigos, com elevada proporção daqueles que referem não possuir ninguém com quem contar. A literatura demonstra que menor satisfação com apoio social associa-se a menor

qualidade de vida, maior gravidade dos sintomas, maior risco de recaída e piores indicadores de recuperação funcional, o que torna esse dado especialmente preocupante (Pinho et al., 2018).

Há estudos que analisam também a fragilidade e a sobrecarga dos cuidadores desses pacientes e que revelam dificuldades que permeiam essas relações em outros países com estruturas socioeconômicas semelhantes ao Brasil. Segundo estudos de Onyia et al., entre os cuidadores, observou-se predominância de mulheres, especialmente mães, desempenhando o papel de cuidadoras. Esse fato reflete padrões culturais que atribuem a elas a maior parte das responsabilidades de cuidado e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade à sobrecarga.

Nesse sentido, observou-se que elementos como baixa escolaridade, desemprego, renda reduzida, maternidade solo, fragilidade no vínculo religioso, idade mais elevada, maior tempo dedicado ao cuidado e convivência diária com o paciente intensificaram o fardo percebido. Tal panorama sugere que a insuficiência de apoio social e familiar observada em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia estende-se também aos seus cuidadores, o que limita ainda mais a rede de suporte e aprofunda o ciclo de desassistência que marca a trajetória desses pacientes.

Além disso, os escores mais elevados de sintomas depressivos nesse grupo reforçam a sobreposição entre sofrimento psíquico grave e vulnerabilidade social (Lund et al., 2018). A presença concomitante de sintomas depressivos já é amplamente reconhecida como um fator de piora do prognóstico, maior risco de hospitalização e menor adesão ao tratamento antipsicótico (Miller et al., 2021). Estudos evidenciam que a presença de sintomas depressivos e ansiosos está robustamente associada a uma pior qualidade de vida em pacientes crônicos, exercendo um impacto negativo muitas vezes superior ao da própria sintomatologia psicótica ou dos efeitos adversos medicamentosos. Há necessidade de uma abordagem que abranja o rastreio e o tratamento das comorbidades afetivas como estratégia essencial para a recuperação funcional e a melhoria global da vida desses indivíduos (Zhou et al., 2024)

Indivíduos diagnosticados com esquizofrenia referem ter pior autoavaliação em saúde, com a grande maioria reportando níveis regulares, ruins ou muito ruins. Isso reforça a necessidade contínua de cuidado multidisciplinar, com suporte clínico, psicológico, social, entre outros. Pesquisas nacionais apontam que pacientes com transtornos de origem psíquica que são atendidos de forma intensiva pelos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) apresentam menor índice de ocorrência de crises e de internações psiquiátricas, assim como o aumento do nível de cobertura destes centros de atendimento também provoca redução de tais indicadores, demonstrando como o acompanhamento longitudinal interfere positivamente na progressão desses quadros (Miliauskas et al., 2019).

Apesar disso, os dados mostram padrões de baixa continuidade do cuidado em saúde, o que dificulta um tratamento consistente. Vega et al. (2021) destacam, em estudo longitudinal, a complexidade e a prevalência da não adesão ao tratamento em pacientes com esquizofrenia nos meses subsequentes à internação e que a transição entre a alta hospitalar e o retorno ao cuidado comunitário constitui um período crítico para a manutenção do vínculo terapêutico. Os autores reforçam que a descontinuidade medicamentosa e assistencial nesta fase é um preditor determinante para recaídas, o que sublinha a necessidade imperativa de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) proativa e capaz de garantir o acompanhamento longitudinal, mitigando os riscos de reinternação e agravamento da vulnerabilidade social desses indivíduos (VEGA et al., 2021).

4.1 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS UNIDADES FEDERATIVAS

Quanto à análise da prevalência da esquizofrenia nos estados brasileiros, observa-se importante heterogeneidade entre as regiões. Tal disparidade não se explicaria somente pela diferença simples de ocorrência da doença, mas estaria associada a desigualdades estruturais e assistenciais, resultando em provável subdiagnóstico decorrente da escassez de profissionais e de serviços especializados. A prevalência significativamente menor observada nas regiões Norte e Nordeste, em comparação ao Sul e Sudeste, não deve ser interpretada como variação epidemiológica natural, mas como um indicativo de barreiras estruturais ao diagnóstico.

Essa interpretação é corroborada por Wang, Guan e Tao (2025), que, ao analisarem a carga global de transtornos mentais, demonstraram que regiões com menor Índice Sociodemográfico (SDI) tendem a apresentar estatísticas de prevalência artificialmente reduzidas. Segundo os autores, embora os estressores socioeconômicos nessas áreas teoricamente aumentem o risco de adoecimento, a insuficiência de infraestrutura em saúde e o estigma cultural contribuem para o subdiagnóstico sistemático, mascarando a real magnitude do transtorno quando comparado a regiões com sistemas de vigilância em saúde mais robustos (WANG et al, 2025).

Com relação ao comportamento de cuidado em saúde, a divergência de assiduidade na busca regular aos serviços de saúde, entre os Estados, pode refletir a existência de desigualdades estruturais e organizacionais no acesso, oferta e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. A baixa procura dos serviços de saúde no Mato Grosso, DF e Paraná sugere lacunas na coordenação do cuidado, fragilidade no acompanhamento longitudinal e menor eficácia da porta de entrada da atenção primária e dos CAPS em reter pacientes em tratamento contínuo.

Por outro lado, em estados que apresentam percentuais de 100% de busca regular, a exemplo do Pará, infere-se que essa estatística pode estar sendo influenciada pela baixa cobertura e efetividade

da rede de atenção, resultando na inclusão apenas de pacientes que, em algum momento, tiveram contato suficiente com o sistema de saúde para receber um diagnóstico - estando, assim, mais vinculados ao serviço. É importante ressaltar que estudos mostram que a chance de melhora clínica é maior em indivíduos que referem facilidade no acesso ao serviço e, também, naqueles que estão inseridos há mais tempo (Franzmann et al., 2017).

A predominância do uso do SUS em muitos estados sugere forte dependência de serviços públicos, seja por maior vulnerabilidade socioeconômica dos pacientes com esquizofrenia, seja pela ausência de alternativas privadas ou pela maior presença territorial de serviços comunitários, como CAPS e atenção básica. Contudo, nas regiões mais pobres, essa dependência exclusiva frequentemente ocorre em contextos de alta demanda e infraestrutura limitada, o que compromete a capacidade do sistema em atender plenamente às necessidades dessa população (Szwarcwald et al., 2021).

Em contrapartida, nos estados com menor utilização do SUS, como Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Ceará e Rio Grande do Sul, o padrão pode indicar maior participação do setor privado, maior cobertura de planos de saúde ou maior capacidade financeira das famílias. Essas diferenças também podem refletir variações culturais na busca por cuidado e desigualdades regionais na organização da rede psicossocial. Assim, o padrão de uso do SUS evidencia não apenas formas distintas de acesso, mas desigualdades estruturais que influenciam a continuidade e a qualidade do cuidado recebido (Palmeira et al., 2019).

Variações entre as UF's quanto à percepção dos indivíduos sobre o impacto nas atividades de vida podem ilustrar diferentes níveis de assistência biopsicossocial no território nacional. De modo geral, nos estados da região Sul e Nordeste há maior referência a limitação intensa na funcionalidade, o que pode ser explicado pela maior frequência de casos graves nessas localidades, haja vista que possuem os maiores índices de internações por crises relacionadas ao transtorno esquizofrênico (Simas et al., 2022).

Por outro lado, estados como Mato Grosso, Roraima e Tocantins apresentam proporções elevadas de indivíduos que afirmam não ter limitações decorrentes da doença, o que pode indicar maior estabilização clínica, melhor suporte social ou maior oferta de serviços - fatores que favorecem autonomia e qualidade de vida (Silva et al., 2011). Alternativamente, tais achados podem refletir sub-reconhecimento das limitações, diferenças culturais na forma de relatar incapacidade ou menor sensibilidade dos serviços locais para identificar prejuízos funcionais mais sutis. Dessa forma, a heterogeneidade observada sugere que a percepção de limitação é influenciada não apenas pela gravidade da condição, mas por desigualdades regionais na organização do cuidado e nos recursos disponíveis aos pacientes.

Há variação, também, no perfil sociodemográfico dos Estados. Segundo os resultados obtidos, existe um claro padrão regional no qual a região Sul apresenta as maiores médias de idade do grupo com diagnóstico, enquanto a região Norte possui perfil etário mais jovem. Dessa forma, é plausível que esse cenário ocorra devido a diferença de idade média entre as referidas regiões (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022), o que resulta em deslocamento do perfil etário de diagnóstico a depender da fase de transição demográfica da localidade.

Ademais, a literatura descreve uma predominância masculina da doença, e isso está de acordo com os dados obtidos (Carteri et al., 2020). Contudo, há variações regionais importantes: nos estados do Amapá, Ceará e Mato Grosso, os quais apresentam uma elevada prevalência feminina (67% dos diagnósticos), sugere-se elevado subdiagnóstico entre homens, decorrente da menor procura aos serviços de saúde e maior taxa de abandono em comparação com as mulheres (Szwarcwald et al., 2021). Por outro lado, Pará e Amazonas possuem taxas de prevalência no sexo feminino de 5,8 e 10,7% respectivamente, podendo refletir subdiagnóstico massivo no sexo feminino, o qual estaria associado a questões socioculturais intrínsecas da região, tais como maiores barreiras de acesso e menor autonomia das mulheres para buscar assistência (Zamba et al., 2025).

Apesar do perfil de baixa escolaridade identificado na análise nacional, a investigação por regiões identificou que a intensidade varia entre as UFs. Notadamente, Paraíba, Maranhão e Piauí - estados com menor oferta de recursos e maiores barreiras de acesso à saúde mental - possuem a maior parte dos indivíduos com diagnóstico com pouco ou nenhum nível de instrução, pois os casos registrados tendem a concentrar-se entre indivíduos em maior vulnerabilidade social, reforçando o padrão observado de níveis educacionais mais baixos (Dornelas et al., 2019).

Em contraste, unidades federativas com maior desenvolvimento socioeconômico tendem a apresentar maior escolaridade média da população e maior disponibilidade de serviços especializados, o que favorece a identificação de casos entre pessoas que conseguiram avançar mais na escolarização, como é observado em Mato Grosso do Sul, São Paulo e Santa Catarina, os quais apresentam maiores parcelas de diagnosticados com níveis de instrução mais elevados. É importante reconhecer que tais padrões refletem desigualdades estruturais que influenciam tanto o acesso ao diagnóstico quanto a trajetória educacional dos indivíduos antes do adoecimento, conforme relatado por Palmeira et al. (2019).

A vulnerabilidade econômica identificada também apresenta variações regionais, com rendas familiares de até 1 salário mínimo compondo a maioria da amostragem em estados como Amapá, Mato Grosso e Pará, situação diferente de estados como São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal, que apresentam distribuição de renda mais heterogênea. Pode-se admitir que isso ocorre por um

conjunto de fatores: a própria disparidade socioeconômica existente entre as regiões, a qual reflete na população alvo; o risco maior de adoecimento em contextos de pobreza; e a maior utilização do serviço público de saúde por pessoas em situação de vulnerabilidade (Palmeira et al., 2019).

A rede de apoio exerce influência significativa no estado de saúde e no prognóstico dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia. Todavia, nota-se que, em alguns estados, parcela significativa do grupo em questão refere pouco suporte familiar e, principalmente, pouco ou nenhum suporte de amigos, relato que coincide com o estudo de Macêdo et al. (2013), o qual analisou as redes de apoio de uma amostra com pacientes esquizofrênicos e constatou que 88% destes referem interferência de suas limitações no estabelecimento de vínculos.

Entre os fatores que influenciam na integração social, Balsa e Prieto (2023) destacam que o estado de remissão dos sintomas é imprescindível para o sucesso no estabelecimento de vínculos. Indo além, este mesmo estudo demonstra que a atuação de múltiplos profissionais é essencial para garantir intervenção efetiva na promoção de participação social. Portanto, uma possível causa da variação da percepção de suporte em alguns estados, seria a ausência de articulação conjunta por parte da rede de atenção psicossocial nesses locais, a qual deveria englobar ações de diversos profissionais como médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, com definição clara dos papéis de cada um no processo de reabilitação e integração social (Balsa; Prieto, 2020).

Ademais, é importante destacar a variação geográfica no que se refere a intensidade dos sintomas depressivos, na qual identificamos os estados da região Sul com maior proporção de indivíduos com pontuações mais elevadas do escore PHQ-9. Tendo em vista que a depressão está diretamente interligada ao quadro clínico e à evolução da esquizofrenia, esse achado pode refletir uma maior captação de pacientes com quadros clinicamente mais graves, haja vista que, nessa mesma região, há também o maior índice de prejuízo provocado pela doença sobre as atividades habituais, reportado pelos pacientes. Por conseguinte, infere-se que há também o maior risco de suicídio nessa população, pois a presença persistente de sintomas depressivos se constitui como importante fator de risco para tal (Soares et al., 2024).

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, observa-se que a esquizofrenia no Brasil está fortemente associada a condições de vulnerabilidade social, caracterizadas por baixa escolaridade, menor renda, fragilidade das redes de apoio e pior percepção do estado geral de saúde. As marcadas desigualdades regionais identificadas sugerem não apenas diferenças na distribuição da doença, mas também limitações estruturais no acesso ao diagnóstico, ao acompanhamento contínuo e à assistência

especializada em saúde mental. O uso majoritário do Sistema Único de Saúde evidencia seu papel central no cuidado dessa população, ao mesmo tempo em que expõe a necessidade de fortalecimento e qualificação da rede de atenção psicossocial.

Nesse contexto, os dados em saúde mostram-se fundamentais para a compreensão do perfil epidemiológico e social da esquizofrenia, permitindo a identificação de lacunas assistenciais, a formulação de políticas públicas mais equitativas e o direcionamento de recursos de forma mais eficiente. A incorporação de módulos específicos sobre transtornos mentais em inquéritos populacionais, como a PNS, representa um avanço relevante para o planejamento em saúde pública, porém necessita-se ainda de mais dados e pesquisas na área.

Diante desse cenário, torna-se pertinente propor o fortalecimento de estratégias voltadas à identificação precoce do adoecimento mental, especialmente entre crianças e adolescentes atendidos na rede pública de saúde, visando captar estes pacientes desde o início do quadro. A elaboração de protocolos assistenciais mais detalhados no âmbito do Sistema Único de Saúde, aplicáveis às Unidades Básicas de Saúde e aos hospitais públicos, poderia favorecer o reconhecimento oportuno dos primeiros sinais de sofrimento psíquico. Ademais, a articulação desses serviços com os Centros de Atenção Psicossocial, incluindo os CAPS infantojuvenis, permitiria a continuidade do cuidado e o acompanhamento longitudinal dessa população, com destaque para o aprimoramento da atuação multiprofissional e da formação das equipes envolvidas.

Para mitigar a exclusão social dessa população, faz-se imprescindível investir em estratégias intersetoriais que articulem saúde, assistência social, educação e trabalho, com foco na reabilitação psicossocial, no fortalecimento de vínculos comunitários e no combate ao estigma. A ampliação do acesso ao cuidado contínuo, a promoção de ações de inclusão social e laboral, bem como o suporte às famílias, são medidas essenciais para a redução das desigualdades e para a promoção de maior autonomia, dignidade e qualidade de vida às pessoas com esquizofrenia no Brasil.

DECLARAÇÕES

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionados a este estudo.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento específico de agências de fomento públicas, privadas ou do terceiro setor.

Aspectos Éticos

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público, provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Por se tratar de base de dados pública, anonimizada e sem identificação dos participantes, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as normativas vigentes.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. E. M. et al. Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, e00043420, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043420>.
- ANSARI, Z. et al. Cross-sectional study of factors associated with caregiver's burden in patients diagnosed with psychotic disorders in urban India. *Medicine (Baltimore)*, v. 103, n. 41, e39994, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11479421/>. Acesso em: 8 jan. 2026.
- BORBA, L. O. et al. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 21, e1010, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622017000100219&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia: cercada de tabus, doença tem tratamento no SUS. Brasília, DF, 24 maio 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/dia-nacional-da-pessoa-com-esquizofrenia-cercada-de-tabus-doenca-tem-tratamento-no-sus>. Acesso em: 16 fev. 2025.
- BRITO, V. C. A. et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, spe1, e2021389, 2022. <https://doi.org/10.1590/ss2237-9622202200006.especial>.
- CARTERI, R. B. et al. Uma análise mais detalhada da epidemiologia da esquizofrenia e dos transtornos mentais comuns no Brasil. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 14, n. 3, p. 283–289, 2020.
- CARVALHO, L. R. et al. Acesso aos serviços de saúde mental em contextos de vulnerabilidade social: desafios persistentes. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, 2020.
- CHAFI, Y. K. et al. Prevalence and correlates of job loss among schizophrenia outpatients at St. Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: cross sectional study. *PLoS One*, v. 15, n. 12, e0242352, 2020.
- DIJKSTRA, L. G. et al. Efeitos da reabilitação comunitária em cuidadores de pessoas com esquizofrenia na Etiópia no ensaio RISE. *BMC Psychiatry*, v. 25, 231, 2025. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06651-4>.
- DORNELAS, L. et al. Fatores socioeconômicos e esquizofrenia nas regiões brasileiras. *Revista Científica Online*, v. 11, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/FATORES_SOCIOECONOMICOS_E_ESQUIZOFRENIA_NAS_REGIOES_BRASILEIRAS.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.
- FONSECA, G. M. et al. Determinantes sociodemográficos e desfechos clínicos na esquizofrenia: uma revisão integrativa. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, 2021.
- FRANZMANN, U. T. et al. Fatores associados à percepção de melhora por usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 7, e00085216, 2017.

HARDING, C. et al. Interpersonal violence and depression in Brazil: analysis of the 2019 National Health Survey. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, 120, 2022.

HAZAN, H. et al. The impact of duration of untreated psychosis on functioning and quality of life over one year of Coordinated Specialty Care (CSC). *PLoS One*, v. 20, n. 2, e0312740, 2025.

LIMA, C. A. et al. Transtornos cognitivos na esquizofrenia: implicações para o funcionamento social e ocupacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 48, n. 1, 2021.

LOPES, C. S. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *International Journal for Equity in Health*, v. 15, n. 1, 154, 2016.

LOPES, C. S. et al. Trend in the prevalence of depressive symptoms in Brazil: results from the Brazilian National Health Survey 2013 and 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, suppl. 1, e00142821, 2022.

LUND, C. et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, v. 5, n. 4, p. 357–369, 2018.

MACÊDO, T. E. P. M.; FERNANDES, C. A.; COSTA, I. S. Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: estudo exploratório. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 18, n. 4, p. 639–647, 2013.

MEDEIROS, R. A. et al. Racial inequalities in mental healthcare use and mortality: Rio de Janeiro cohort. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, 64, 2023.

MELO, A. P. S. et al. Prevalence of positive screening for depression in Brazil: Brazilian National Health Survey 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, suppl. 1, e230013.supl.1, 2023.

MENG, N. et al. Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of family functioning: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, v. 99, n. 46, e23159, 2020.

MILIAUSKAS, C. R. et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1935–1944, 2019.

MILLER, B. J. et al. Insomnia, suicidal ideation, and suicide attempts in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 82, n. 3, 20m13338, 2021.

MREJEN, M.; HONE, T.; ROCHA, R. Socioeconomic and racial/ethnic inequalities in depression prevalence and the treatment gap in Brazil: a decomposition analysis. *SSM – Population Health*, v. 20, 101266, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101266>.

ONYIA, C. O. et al. Sociodemographic characteristics implicated in severe caregiver burden amongst family caregivers of patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, v. 32, n. 2, p. 104–114, 2025.

PALMEIRA, N. C. et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 3, e2022966, 2022. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>.

PINHO, L. G.; PEREIRA, A.; CHAVES, C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, e03244, 2017.

PINHO, L. G.; PEREIRA, A.; CHAVES, C. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 40, n. 3, p. 202–209, 2018.

RZEWUSKA, M. et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *PLoS One*, v. 12, n. 2, e0171813, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171813>.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SÁNCHEZ-BALSA, A.; SOBRIDO-PRIETO, M. Efectividad en intervenciones destinadas a la participación social en personas con esquizofrenia: revisión sistemática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 31, e3299, 2023.

SILVA, T. F. C. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia em Centros de Atenção Psicossocial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, n. 2, p. 91–98, 2011.

SIMAS, J. T. et al. Internações hospitalares por esquizofrenia no Brasil: estudo do perfil e tendência temporal entre 2010 e 2023. *SciELO Preprints*, 2025. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11223>.

SOARES, I. V. A. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da esquizofrenia: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 5, p. 2448–2461, 2024.

SZWARCWALD, C. L. et al. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, suppl. 1, p. 2515–2528, 2021.

TESLI, M. et al. Educational attainment and mortality in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 145, n. 5, p. 481–493, 2022. <https://doi.org/10.1111/acps.13407>.

VEGA, D.; ACOSTA, F. J.; SAAVEDRA, P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a six-month naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, v. 108, 152240, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152240>.

WANG, J. et al. GBD: incidence rates and prevalence of anxiety disorders, depression and schizophrenia in countries with different SDI levels, 1990–2021. *Frontiers in Public Health*, v. 13, 1556981, 2025. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1556981>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO, 2023.

ZAMBA, M. A. S. A. et al. Entre barreiras e direitos: uma análise crítica da saúde da mulher no Brasil. *Cadernos Pedagógicos*, v. 22, n. 4, e14036, 2025.