



ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Monografia submetida à aprovação do Curso de PSICOLOGIA pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA.

Orientador(a): Prof^ª. Esp. Júlia Evangelista Mota Shioga

Fortaleza - CE

2019

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito à obtenção de título de Psicólogo.

Orientador(a): Prof.(a) Júlia Shioga.

Fortaleza-CE

2019

ISAÍAS BRAZ DE ALMEIDA

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^aEsp. Júlia Evangelista Mota Shioga
Orientador(a)

Prof.^aDra. Virzângela Paula Sandy Mendes
(Convidada)

Prof.^aDra. Lucili Grangeiro Cortez
(Convidada)

DEDICATÓRIA

À Deus que deu-me a existência,
à fé de dias melhores, à minha esposa,
meus filhos e netos, incentivo maior da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que concedeu-me a vida e a inteligência para utilizá-la em prol do meu conhecimento; à Faculdade RATIO, por essa valiosa oportunidade; à professora, que muito me orientou neste projeto e os demais professores que administraram e incentivaram em suas disciplinas, a nossa coordenadora que tanto nos apoiou com palavras de incentivo, a minha gratidão. ´

À minha família, que compartilho a vida no dia a dia e que são a razão da minha persistência do meu querer crescer e viver.

À escola deve ser uma instrução social capaz e colaborar na formação do cidadão livre e preparado para enfrentar a vida em sociedade e lutar por seus direitos.

(Freire, Luckesi, Seviani, Demo)

RESUMO

Este trabalho consistiu em abordar a Esquizofrenia paranoide. Em termos específicos, pretendeu despertar o interesse pela investigação científica acerca da esquizofrenia paranoide assim como estimular o desenvolvimento do método científico associado à didática para uma melhor aprendizagem e desenvolver competências e habilidades relacionadas a esquizofrenia paranoide. Após a fundamentação teórica foi apresentada as caracterizações dos sete tipos de esquizofrenia em um contexto simples, mas como foco principal a esquizofrenia paranoide. Uma caracterização metodológica do estudo em questão que é uma pesquisa descritiva, exploratória, baseada em situações de grandes autores com conceitos relevantes no assunto, baseado em restrição bibliográfica e observação participante. Conclui-se que o tema esquizofrenia paranoide é considerado por pesquisadores e estudiosos como complexo e relevante, e que a doença atinge 1% na população mundial, e que as intervenções psicossociais têm se mostrado eficazes na prevenção de recaídas de indivíduos com esquizofrenia paranoide, tendo como base fundamental no processo o acompanhamento de profissionais como: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra e família além da medicação. Por fim, sugere-se que outros trabalhos científicos sejam realizados devido a importância do mesmo para o mundo científico para o paciente e para seus familiares que também fazem parte do processo.

Palavras-Chaves: Esquizofrenia Paranoide, Método científico e Prevenção.

RIASSUNTO

Questo lavoro doveva affrontare la schizofrenia paranoica. Specificamente destinati a generare interesse per la ricerca scientifica sulla schizofrenia paranoide, nonché stimolare lo sviluppo del metodo scientifico associato con l'insegnamento per l'apprendimento migliore e sviluppare le competenze e le abilità legate alla schizofrenia paranoide. Dopo la fondazione teorica sono state presentate le caratterizzazioni dei sette tipi di schizofrenia in un contesto semplice, ma come la principale schizofrenia paranoide messa a fuoco. Una caratterizzazione metodologica del presente studio è descrittivo, esplorativo, basato su situazioni di grandi autori con concetti riguardanti il soggetto, sulla base di restrizione bibliografico e osservazione partecipante. Concludiamo che il tema schizofrenia paranoide è considerato da ricercatori e studiosi come complessa e rilevante, e che la malattia colpisce l'1% della popolazione mondiale, e che gli interventi psicosociali sono dimostrati efficaci nel prevenire le recidive di individui con schizofrenia paranoide, e come base fondamentale nel processo di monitoraggio professionisti come infermiere, psicologo, assistente sociale, terapeuta occupazionale, psichiatra e famiglia in aggiunta ai farmaci. Infine, si suggerisce di eseguire altri lavori scientifici a causa dell'importanza degli stessi nel mondo scientifico per il paziente e i suoi familiari che fanno anch'essi parte del processo.

Palore chiave: Schizofrenia paranoide, Metodo scientifico e prevenzione.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ESQUIZOFRENIA	12
2.1.1 NOÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA	13
2.1.2 CAUSAS DA ESQUIZOFRENIA	15
2.1.3 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	17
2.1.4 O TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA	21
2.1.5 O PAPEL DA FAMÍLIA	25
3 METODOLOGIA	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença comum e, atualmente cerca de 1% da população mundial vem sendo diagnosticada com a mesma. Às vezes, dependendo do caso, já na 1ª seção podemos identificá-la, entretanto, só através de muitas pesquisas chegaremos a um diagnóstico. Contudo, sabemos que o indivíduo apresenta transtorno que em muitas vezes causa problemas para si e quem esteja a sua volta, principalmente seus familiares, os mais que sofrem, pois, um dos fatores mais agravantes é quando o indivíduo começa a se isolar do mundo provocando assim grandes preocupações entre os seus familiares.

O problema da pesquisa está caracterizado pela busca de se compreender o ser humano com esquizofrenia, tendo em vista uma grande demanda de pessoas com esta doença que vem crescendo a cada dia.

Como despertar o interesse pela investigação científica acerca da esquizofrenia já que os próprios cientistas consideram uma doença difícil nas suas descobertas? Contudo, compreendemos que só através de pesquisas chegaremos a resultados daquilo que queremos conhecer, mesmo que estes resultados venham ser negativos. Portanto, o trabalho foi caracterizado por uma abordagem bibliográfica que teve como finalidade identificar estudos, conceitos e informações sobre esquizofrenia e seus vários tipos.

Optou-se por analisar, pesquisar e identificar os sintomas com base em estudos profissionais da área da saúde, e nos estágios evolutivos da doença, bem como o tratamento de seus respectivos centros especializados, coube também uma criteriosa investigação acerca dos medicamentos indicados para tal anomalia.

A pesquisa em questão também tentou analisar a família do esquizofrênico, pois quando não se tinha o resultado, a mesma passava por várias dificuldades e chegava a tratar o doente como pessoa inválida. A criança com esquizofrenia tem um aprendizado muito abaixo das demais, pois devido a doença, ela não consegue ter concentração e a sua mente, em alguns momentos, vive momentos de delírios.

Como despertar o interesse pela investigação científica acerca da esquizofrenia paranoide?

Este trabalho está dividido nos seguintes capítulos: no primeiro capítulo, a introdução; o segundo capítulo aborda fundamentação teórica, esquizofrenia

Paranoica sobre o problema da pesquisa e fazer uma abordagem a fundamentação teórica, fazendo um comentário das características dos sete tipos de esquizofrenia e tendo como base principal a esquizofrenia Paranoide.

Vale ressaltar que não se pretende parar aqui, mas continuar pesquisando e incentivando outros profissionais caminharem na busca de novas descobertas, compreendendo que o trabalho do pesquisador nunca se esgota, diante das mudanças que ocorrem no mundo globalizado, no processo educacional e das dificuldades que se encontra ao exercer a função de psicólogo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Aqui vamos retratar e fazer um breve relato sobre esquizofrenia paranoide, características gerais, noções sobre a esquizofrenia, causas da esquizofrenia, características da esquizofrenia, transtorno do pensamento, distúrbios formais do pensamento, alterações no comportamento, alterações no afeto, tratamento da esquizofrenia, papel da família, considerações finais e dados bibliográficos.

2.1 CARACTERÍSTICA DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia compõe o grupo das psicoses que causam a incapacidade de distinguir entre a realidade e a imaginação e é encarada como um transtorno mental que afeta processos cognitivos, comportamentais e emocionais. Atualmente é definida através de sintomas como delírios, alucinações entre outros que veremos do decorrer do texto. Comportamentos e discursos desorganizados, isolamento social, estados de catatonia e embotamento afetivo.

É uma doença que se manifesta mais tarde nas mulheres, entre os 20 e 30 anos, e nos homens o aparecimento ocorre no início da adolescência, por volta dos 15 anos. Um dos primeiros sinais de que uma pessoa pode manifestar uma crise psicótica estão ligados a deterioração das relações sociais, descuido com a higiene, pensamentos desorganizados, que, em algumas vezes, chega a gritar e se mostra agitado, distorção de afeto com as pessoas, tem dificuldade em expressar sentimentos e emoções, perda da vontade das coisas que antes era de grande importância para ele, fala desarrumado, e não tem preocupações das coisas em sua volta; ouve vozes sem ninguém estar falando. Vivem a realidade de uma maneira muito particular, que não é compartilhada por outras pessoas. Passam a acreditar em uma realidade de maneira diferente, suas ideias apresentam conteúdos distorcidos da realidade e do contexto. E alguns momentos pode acreditar estar sendo perseguido. É importante ressaltar que a esquizofrenia evoluiu através de crises agudas em determinados períodos.

[...] A esquizofrenia é uma doença mental crônica e incapacitante [...] geralmente se manifesta na adolescência ou início da idade adulta, entre 20 e 30 anos de idade [...]. Seus principais sintomas são: positivos: - diminuição ou perda das funções psíquicas, redução da afetividade, da

motivação, pobreza de discurso e retraimento social; negativos: – distorção do funcionamento psíquico, com alucinações, delírios. (APA Apud MORAIS, 2006, p. 13).

2.1.1 Noções sobre a Esquizofrenia

A Esquizofrenia segundo a Organização Mundial de Saúde é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras. Segundo a Classificação Internacional das Doenças, ela é uma enfermidade complexa, caracterizada por distorções do pensamento, da percepção de si mesmo e da realidade externa, além de inadequação e embotamento do afeto (OMS).

A esquizofrenia é uma doença que atinge cerca de 1% da população mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde, ou seja, aproximadamente 70 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2000). Classificada hoje pela psiquiatria como uma síndrome que é caracterizada por uma série de sintomas.

Para Silva (2006), a esquizofrenia é uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem, sendo de origem multifatorial. Portanto, é um transtorno causado por diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno. Os fatores biológicos seriam aqueles ligados à genética e/ou aqueles que são devidos a uma lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores.

Para muitos pesquisadores, a esquizofrenia é resultado de uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Em (2009), Dr. Miguel Jorge, professor associado do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, acredita que a hereditariedade é um fator importante, mas que o ambiente deve ser de igual forma observado. Ele exemplifica com gêmeos univitelinos, que caso um deles apresente a doença, a probabilidade de o outro também apresentar é de 60 a 70%. Como eles tem exatamente a mesma carga genética, se a esquizofrenia fosse determinada apenas por fatores genéticos, esta probabilidade deveria ser de 100%. Isto demonstra que fatores psicossociais também contribuem para a determinação da esquizofrenia.

Os fatores psicossociais são aqueles ligados ao indivíduo, do ponto de vista psicológico e de sua interação com o seu ambiente social, tais como: ansiedade muito intensa, estado de estresse elevado, fobia social e situações sociais e emocionais intensas. Enfim, indivíduos com predisposição podem desenvolver a doença quando estimulados por fatores biológicos, ambientais ou emocionais.

Smith (1985) relata que a esquizofrenia é o termo utilizado pelos profissionais especializados na área que se desenvolveu na psiquiatria a partir dos esforços para subdividir e classificar o grande número de pacientes mentalmente enfermos, internados em hospitais a partir do século XX.

Louzã Neto (1996) acrescenta que foi a partir do século passado que os psiquiatras passaram a definir e a demarcar melhor o conceito de esquizofrenia e que a maneira como se faz hoje o diagnóstico da doença, baseia-se fundamentalmente nos trabalhos de três pioneiros: Kraepelin, que observando alguns jovens que apresentavam uma grave doença que evoluía de modo crônico e com alterações da personalidade denominou-a “demência precoce”; Bleuler, que em 1911 criou o termo “esquizofrenia”, pois achava que o problema principal dos pacientes era uma cisão – “esquizo” – de suas mentes – renia”; Shneider, que definiu alguns sintomas que são considerados hoje muito importantes para o diagnóstico da doença.

Segundo Paim (1990, p.1), essa doença recebeu várias denominações, entre elas, “demência precoce”, “idiotia”, “demência crônica” e “parafrenia”. Os primeiros casos de esquizofrenia foram descritos por Pinel, em 1809, sob a denominação de “idiotia”.

Para Galvêas (2003), a esquizofrenia faz com que o indivíduo perca parcial ou totalmente, o contato com a realidade objetiva, ou seja, eles costumam ver, ouvir e/ou sentir sensações que realmente não existem na realidade objetiva e concreta, de que as pessoas supostamente “normais” partilham.

Figueiredo Et Al, (2008) em seus estudos apresenta Tipo de Esquizofrenias, tais como:

PARANÓIDE: Mais predominante; se destaca por apresentar delírios do tipo persecutórios onde o paciente acredita estar sendo perseguido; também

podem ocorrer perturbações na percepção e alucinações de caráter auditivo;

HEBEFRÊNICA: É marcada principalmente porque pode ocorrer tanto no final da adolescência como no início da vida adulta. Comportamentos como mudanças afetivas, ou de forma irresponsável; pensamentos desorganizados; maneirismos; rápida evolução para sintomas negativos; também pode apresentar embotamento afetivo;

CATATÔNICA: O paciente pode apresentar mutismo (não se comunica por um longo período de tempo). Perturbações psicomotoras; obediência automática; estupor e hipercinesia;

SIMPLES: Pode ocorrer incapacidade perante a sociedade e suas exigências; pode haver conduta estranha, sendo que alucinações e delírios não são percebíveis;

RESIDUAL: Estado mais avançado e crônico da esquizofrenia, neste tipo destaca-se os sintomas negativos onde os mesmos são mais difíceis de tratar.

ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA: Esse tipo de esquizofrenia apresenta, normalmente, características de outros tipos, como a paranoica, a Hebefrênica ou a catatônica, mas não se encaixa por completo em nenhum deles.

ESQUIZOFRENIA CENESTOPÁTICA: Na esquizofrenia cenestopática, o paciente possui características que não são abrangidas em nenhum outro tipo aqui relatados. (FIGUEIREDO, 2008, p.25)

2.1.2 Causas da Esquizofrenia

A esquizofrenia tem causa multifatorial, envolvendo fatores genéticos e do ambiente ainda não muito conhecido. A hereditariedade do transtorno é conhecida desde que a doença foi descrita por Kraepelin e Bleuler, há um século atrás. Há na família de pacientes adoecidos, outras pessoas com os mesmos sintomas ou quadros muito parecidos. A hereditariedade, entretanto, não parece ser o fator determinante, já que também é comum filhos de pais esquizofrênicos não desenvolverem a doença.

Pesquisadores e estudiosos relatam que a Esquizofrenia é uma doença que dura a vida toda, como diabetes ou hipertensão. As pessoas com esquizofrenia necessitarão de cuidados médicos e medicação pelo resto de suas vidas. As medicações antipsicóticas¹ não curam a esquizofrenia, somente controlam os sintomas da doença, ou seja, se o paciente deixar de tomar a medicação pode sofrer uma recaída. Outro fator identificado é que essa enfermidade ainda gera muitas dúvidas, angústias e preconceitos em seus portadores, familiares, amigos e em toda a sociedade.

¹ Abordaremos o assunto posteriormente no decorrer do trabalho.

Para Smith (1985), as causas são físicas e psicológicas. Sendo que as físicas são classificadas em: hereditariedade, bioquímica e desordens do cérebro.

Já para Louzã Neto (1996), não há conhecimento suficiente sobre as causas e origens da esquizofrenia e que essa pode ser uma das razões pelas quais os familiares demonstram total desconhecimento sobre essa doença. E que a esquizofrenia é identificada através dos diversos tipos de sintomas que os doentes apresentam que podem variar de pessoa para pessoa, uma vez que é possível encontrar pacientes esquizofrênicos com manifestações completamente diferentes uns dos outros.

Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa. Sintomas prodromáticos pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. (Vallada Filho & Busatto Filho, 1996).

Os sintomas mais comuns na esquizofrenia, segundo os estudos de Louzã Neto (1996, p.29-30) são:

“Delírios”: Há uma perda do juízo da realidade. Pensamentos ou ideias que não correspondem à realidade, o doente começa a acreditar que estão acontecendo coisas à volta dele quando na realidade essas coisas não estão acontecendo;

“Alucinações”: o doente tem percepções irreais dos órgãos dos sentidos, sendo as alucinações auditivas as mais frequentes. Podem acontecer, embora mais raramente, alucinações visuais, olfativas ou do tato;

“Alterações do pensamento”: algo que foge do seu controle, incapacidade de pensar, sensação de que seus pensamentos não lhe pertencem;

“Alterações da afetividade”: perda da capacidade de reagir afetivamente aos acontecimentos. O paciente esquizofrênico perde a capacidade de expressar suas emoções. O paciente apresenta uma reação afetiva que não é adequada ao contexto;

“Diminuição da motivação”: perda da vontade, não tem impulso suficiente para enfrentar as tarefas do dia-a-dia. Falta ânimo, fica apático, isolado e retraído socialmente;

“Sintomas motores”: pacientes ficam muito parados, sem movimentação espontânea, com posturas estranhas. Outros pacientes podem apresentar o quadro oposto: ficam agitados, não conseguem parar de se movimentar, falam e gesticulam bastante, sem propósito algum.

Louzã Neto (Ibidem), relata ainda que pode ser observados em pacientes esquizofrênicos outros sintomas, como autismo, ambivalência, dificuldade de atenção e concentração e dificuldades de memória.

De acordo com os estudos revisados, os primeiros sinais de que uma pessoa pode manifestar uma crise psicótica estão ligados à deterioração das relações sociais, descuido com a higiene, pensamentos mágicos, comportamento estranho (completamente desarrumada, que grita e se mostra agitada), distorção do afeto (dificuldade em expressar sentimentos e emoções, perda da vontade), do discurso (fala desorganizada) e das percepções (a pessoa pode ter percepção sem estímulo externo, ouvir vozes sem ninguém está falando, ter visões sem objetos reais).

Outra característica comum é a ruptura com a realidade, ou melhor, vivem a realidade de uma maneira muito particular que não é compartilhado por outras pessoas. Passam a acreditar em uma realidade de maneira diferente, suas ideias apresentam conteúdos que para ela são verdades, mas que não estão realmente acontecendo. Podem se sentir perseguidos, vigiados e ouvir vozes que ninguém mais ouve. Podem apresentar alterações dos pensamentos, que se tornam confusos e se manifestam através de uma salada de palavras ou fala sem sentido e um déficit cognitivo.

O que sabemos que a esquizofrenia é uma doença comum e que seus portadores podem experimentar mudanças na sua forma de pensar e sentir. Com isso, suas relações afetivas e sua capacidade de viver em sociedade podem ser prejudicadas. No entanto é importante ressaltar que outras doenças também podem apresentar alguns desses sintomas, e um diagnóstico final só poderá ser feito por um profissional habilitado.

2.1.3 Esquizofrenia Paranoide

No nosso dia a dia nos deparamos, por muitas vezes, como o termo “Paranoico” para definir uma pessoa que acredita que está sendo perseguida, que acha que alguém quer lhe fazer mal, ou que estão contra ela, no entanto, o termo “paranoico” é mais do que isso. A esquizofrenia paranoide também desenvolve na maioria dos casos em uma idade mais avançada do que os outros modos. É o tipo de esquizofrenia mais comum e se caracteriza por insistentes alucinações e/ ou delírios, bem como alterações na fala e nas emoções.

Os sintomas positivos parecem refletir um excesso ou uma distorção das funções normais, ao passo que os sintomas negativos refletem uma diminuição ou perda das funções normais. Os sintomas positivos incluem distorções do pensamento inferencial (as comumente chamadas ideias delirantes, dentre as quais estão incluídas as ideias “paranoicas” das quais falamos anteriormente). Também incluem alucinações, linguagem desorganizada e um comportamento seriamente desorganizado.

Por sua vez, os sintomas negativos compreendem restrições no âmbito e na intensidade da expressão emocional (aplainamento afetivo), do fluxo e da produtividade do pensamento e da linguagem (alogia), e do início de comportamento direcionado a um objetivo (abulia).

A característica principal da esquizofrenia paranoide consiste na presença de ideias claramente delirantes ou alucinações auditivas. No entanto, a pessoa não apresenta deficiências durante o pensamento ou a afetividade.

Os sintomas associados incluem ansiedade, raiva, retraimento e tendência à discursão. A pessoa pode apresentar arrogância, minuciosidade, falta de naturalidade ou veemência externas nas relações pessoais.

As causas ainda não estão completamente claras e existem controvérsias sobre esse assunto. De qualquer forma, foram estabelecidos alguns fatores de risco e prognóstico. São os seguintes: fatores ambientais, fatores genéticos, e por fim, e não menos importante, os fatores fisiológicos.

A psicose paranoide crônica é tratada com uma combinação de medicamentos, principalmente neurolépticos, antipsicóticos, ansiolíticos e o apoio através da psicoterapia. No entanto, requer tratamento durante toda a vida, mesmo após o desaparecimento de sintomas. Durante os períodos de crise ou tempos de

agravamento dos sintomas, a hospitalidade pode ser necessária para garantir a segurança, alimentação adequada, sono adequado e higiene básica do paciente. Em casos severos, a internação deve ser considerada, pois um paciente com esquizofrenia, bem como a verificação das causas e o comportamento de cada paciente a fim de obter o diagnóstico, é através de conhecimentos deste indivíduo que podemos detectar meios que nos levará a um acompanhamento mais eficaz.

Em linhas gerais, a esquizofrenia paranoide compõe o grupo das psicoses que causam a incapacidade de distinguir entre a realidade e a imaginação e é encarada como um transtorno mental que afeta processos cognitivos, comportamentais e emocionais. Atualmente é definida através de sintomas como delírios, alucinações, comportamentos e discursos desorganizados, isolamento social, estados de catatonia e embotamento afetivo.

“O transtorno é psicologicamente incompreensível, pois a pessoa que o sofre apresenta características antissociais e incomuns, assim como alucinações, delírios e alterações na consciência do “eu” – e apesar de ser um transtorno mental, não apresenta nenhuma alteração na esfera cognitiva do indivíduo. A memória e o nível de consciência não serão prejudicados e, caso sejam, será devido ao uso de substâncias psicoativas ou a outras alterações clínicas, como o delirium, um transtorno que causa distúrbios temporários na consciência, reduz a habilidade de atenção, aumenta o sono e produz um alto nível de agitação e irritabilidade”. (GALVÉAS, 2000, p.10)

Os transtornos do pensamento envolvem delírios e alucinações. Delírios são crenças não verdadeiras, baseadas em um julgamento incorreto sobre a realidade exterior, apesar de provas e evidências contrárias. A pessoa pode sentir que seus pensamentos são influenciados, controlados, inseridos ou transmitidos por algo exterior fora de seu controle. Os eventos normais do dia a dia passam a ter significado diferente. O delírio pode levar a pessoa a acreditar que estão sendo perseguidas, que tem dotes ou poderes especiais, como controlar o tempo ou se comunicar com os extraterrestes.

Os pensamentos saltam de um tópico a outro, às vezes sem conexão aparente. A pessoa pode criar palavras novas, substituir palavras por sons, rimas e repetir sílabas. Podem ocorrer interrupções na sequência de pensamentos (bloqueios de pensamento). Quando o pensamento fica muito desorganizado ou fragmentado, a fala torna-se incoerente e incompreensível.

Apresentam-se como diminuição de iniciativa, transtornos motores e alterações no comportamento social. A pessoa pode ficar parada por um longo período de tempo ou se engajar numa atividade repetitiva e aparentemente sem finalidade. Os extremos podem incluir o estupor catatônico (indivíduo que sofre de perturbação psicomotora são fatores psicológicos ou neurológicos). Esse indivíduo também apresenta atividade motora incontrolável e sem objetivo (movimentos repetidos sem objetivo aparente). (HOLMES, 2001). Para obter uma compreensão ampla e abrangente do assunto, torna-se necessário englobar diferentes ângulos de interpretação.

“É arriscado tentar uma definição específica, mas se poderia dizer que comportamento anormal é o comportamento que é pessoalmente angustiante ou pessoalmente incapacitante ou é culturalmente tão afastado da norma que outros indivíduos o julgam como inapropriado ou mal-adaptado. “(HOLMES, 2001. p. 3)”.

Algumas pessoas com esquizofrenia apresentam dificuldades de seguir regras sociais (despem-se em público). Podem fazer gestos estranhos, expressões faciais impróprias ou caretas e assumir posturas estranhas sem qualquer objetivo aparente. Como também, podem negligenciar seus cuidados pessoais, vestir roupas sujas ou inapropriadas e descuidar de seus pertences. Esse descuido com a higiene pessoal e comportamentos excêntricos podem dificultar ainda mais a aproximação de familiares, amigos e estranhos.

Na esquizofrenia, o principal campo de avaliação diagnóstica é o comportamental, onde os pensamentos são, por frequência, incoerentes com perda de continuidade lógica do raciocínio. As crenças irracionais delirantes e as experiências alucinatórias são frequentes e podem acompanhar o paciente em toda história natural da doença (ALVARENGA-SILVA; TEIXEIRA-JÚNIOR; COSTA, 2000).

Em casos graves, os indivíduos tornam-se indiferentes ou apáticos, evitam o contato com o olhar, apresentam ausência na modulação da voz, mudanças na expressão facial e os movimentos espontâneos e os gestos expressivos podem estar diminuídos. Com frequência referem uma perda na capacidade de sentir prazer e poder descrever-se como vazios de emoção.

2.1.4 O Tratamento da Esquizofrenia

Uma vez que a causa ainda é desconhecida, o tratamento é direcionado apenas para o controle dos sintomas da doença e inclui o emprego de medicamentos antipsicóticos: haloperidol, risperidona, clorpromazina, ferfenazina, clozapina. Contudo, os antipsicóticos não curam a doença e possuem uma série de efeitos colaterais.

Os representantes mais antigos como haloperidol, podem causar rigidez ou espasmos musculares persistentes, tremores e inquietude os mais novos como clozapina podem ressaltar um ganho de peso, aumento do risco para diabetes e elevação dos níveis de colesterol, além de reduzir perigosamente as contagens de glóbulos brancos no sangue.

Mesmo com todos estes transtornos a esquizofrenia é uma condição humana possível de ser compreendida e para qual há caminhos de superação.

Louzã Neto (1996), em seus estudos, relata que o tratamento da esquizofrenia se fundamenta em dois pilares essenciais: no tratamento medicamentoso e nas abordagens psicossociais. O medicamento tem duas funções básicas: aliviar os sintomas na fase aguda da doença e prevenir novos episódios da doença. Segundo o autor, não se deve se limitar só a essa necessidade, faz-se necessário que seja adotado vários outros procedimentos, que possam contribuir para a reintegração global do paciente e para melhor qualidade de vida possível dentro dos limites que a doença impõe.

O tratamento da esquizofrenia envolve um trabalho de equipe, onde diferentes profissionais atuam de modo simultâneo colaborando no processo de reabilitação. A conscientização da doença é um fator fundamental para o desenvolvimento do tratamento.

Na década de 1950, a quantidade de pacientes internados diminuiu rapidamente. Infelizmente, pacientes bastante incapacitados, muitas vezes, eram devolvidos à sociedade despreparados para enfrentar as demandas das integrações social e profissional. Nos estudos revisados como Louzã Neto, Holmes dentre outros, a farmacoterapia antipsicótica deve fazer parte de uma abordagem terapêutica ampla e abrangente visando à reabilitação psicossocial do paciente.

Enquanto que a medicação neuroléptica pode reduzir os sintomas positivos e prevenir recaídas psicóticas, o apoio psicoterapêutico e o treinamento de estratégias de enfrentamento e manejo de situações de vida ajudam o paciente a adaptar-se ao ambiente e a enfrentar o estresse, sendo que as intervenções familiares e sócio-profissionais modificam fatores ambientais de acordo com a capacidade do paciente.

Essa abordagem multidimensional é oferecida, avaliada e coordenada continuamente ao longo do tempo em contextos diferentes adaptados para cada paciente e suas necessidades específicas. Dessa forma, pode-se evitar o risco de provocar a exacerbação de sintomas psicóticos por estimulação exagerada ou induzir a regressão e o déficit por baixa estimulação.

Segundo McGlashan (1994), antes da década de 1970, as psicoterapias individuais e de grupo para a esquizofrenia baseavam-se, geralmente, em teorias psicodinâmicas ou, ainda, em teorias que consideravam que a esquizofrenia seria causada por padrões patogênicos de comportamento ou de comunicação da família do indivíduo. Além de não serem efetivos em termos dos sintomas psicóticos fundamentais, esses métodos de tratamento estigmatizavam a família do paciente, que muitas vezes eram o seu principal sistema de apoio. Assim, após a introdução de antipsicóticos efetivos na década de 1960, houve afastamento do foco nas intervenções psicológicas para a esquizofrenia.

Brown (1972) demonstraram que a natureza do ambiente familiar para o qual o paciente esquizofrênico retorna após a alta hospitalar é fortemente preditiva de recaídas psicóticas no decorrer dos nove meses seguintes. Assim, na década de 1980, surgiram ensaios controlados de intervenções psicológicas projetadas para promover a aquisição de habilidades sociais e reduzir recaídas, melhorando a atmosfera familiar. Seus resultados positivos foram bem-recebidos e promoveram um interesse maior nas terapias psicológicas para essa população (Birchwood & Spencer, 2005).

Nos estudos de Louzã Neto (1996), são apresentadas abordagens psicossociais utilizadas frequentemente em tratamento de pacientes esquizofrênicos, tais como:

Hospital-dia (HD) – onde o paciente permanece durante o dia ou parte dele, retornando a sua casa diariamente. No HD são oferecidas diversas atividades, centralizadas em um espaço físico, com uma programação que ocupa a semana inteira visando à interação social do paciente;

Hospital-noite (HN) e pensão protegida – no hospital-noite e também na pensão protegida ocorre o paciente que tem algum tipo de trabalho e não tem condições de morar sozinho ou junto aos familiares dispõe de um local, sob supervisão, para morar e passar o fim-de-semana;

Terapia ocupacional – são desenvolvidas atividades manuais e de expressão, tais como pintura, trabalhos com argila, desenho e outros;

Oficina abrigada – tem como objetivo o treinamento para um trabalho ou atividade profissional. O paciente aprende uma nova atividade, sob supervisão constante, ele é submetido às condições semelhantes de um trabalho (produtividade, estresse), permitindo avaliar sua capacidade de tolerar a pressão do trabalho;

Acompanhamento terapêutico – o acompanhamento terapêutico é uma atividade desenvolvida por uma pessoa tecnicamente capacitada junto ao paciente em seu dia-a-dia, em seu ambiente de vida;

Psicoterapia - A psicoterapia não cura a esquizofrenia, porém, permite a construção de uma relação humana consistente, onde o terapeuta irá ajudar o paciente a lidar com as dificuldades que enfrentará ao longo de sua vida;

Orientação e psicoterapia familiar – visa e contribui para esclarecer sobre a doença e sobre o modo de lidar no dia-a-dia com o paciente. (LOUZÁ NETO, 1996, p.5).

A Revisão bibliográfica permite perceber que a esquizofrenia requer tratamento para toda vida, através de medicamentos e terapias psicossociais que contribuem na melhoria dos sintomas da doença. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece como ajuda os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que é o Centro de Apoio Psicossocial, para pessoas com algum transtorno psiquiátrico, para que eles possam ser integrados na sociedade e dar apoio aos familiares que convivem com esse paciente.

Segundo Rocha (2010), os (CAPS) entre todos os dispositivos de atenção a saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento desses serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestarem atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos

CAPS organizarem a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Para MERHY (2007), o cuidar de um paciente psiquiátrico leva a refletir sobre como tem acontecido o cuidado por si só. Assim, ele pode receber uma diversidade de interpretações, mas a de maior prevalência é de cuidar apenas da patologia apresentada. Esse é o modelo biomédico que predomina nas práticas em saúde. O foco é a doença, geralmente física, e não o indivíduo como um todo. Contudo, o tratamento psiquiátrico se baseia na relação de confiança entre a pessoa com esquizofrenia, a família e o médico. O principal objetivo é tratar a crise quando acontece e prevenir as recaídas, de forma que a pessoa tenha condições internas de redesenhar seu caminho na vida. O tratamento se baseia no uso de medicamentos que são denominados de antipsicóticos. Não existe um antipsicótico que seja melhor que os outros, cada pessoa se adapta melhor com o uso de um deles. É fundamental conversar com o psiquiatra sobre como a pessoa com esquizofrenia se sente e também como a família está percebendo a pessoa, estas informações são muito importantes para negociar com o médico estratégias de enfrentamento da doença, as doses dos medicamentos e a relação custo-benefício considerando os efeitos colaterais e efeitos terapêuticos.

Um ambiente acolhedor é primordial para a melhora do paciente, constituído por uma relação afetiva entre os familiares marcados pelo amor, pela compreensão e pela confiança. Esse é o objetivo a se alcançar com o tempo, por meio de superação e de mudanças. (SCAZUFCA, 2002).

Dentre outros caminhos a inclusão destas pessoas na sociedade ocorre quando apresentam sinais de recuperação como: capacidade de sentir e expressar emoções (alegria, excitação, tristeza, desespero, etc.); não apresentar sentimentos de grandiosidade; aparência de perplexidade no episódio agudo; não se isolar e não apresentar distúrbios do pensamento. Eles podem beneficiar-se participando de diferentes programas que vão ajudá-lo a reintegrar-se na sociedade.

São programas que incluem desde terapia cognitiva específica para transtornos esquizofrênicos a fim de ensiná-los a lidar com os sintomas e a doença, até um treinamento de profissionalização para aqueles que não conseguem retomar as atividades que exerciam antes ou treinamento em oficina abrigada para ajudá-lo a reintegrar-se na sociedade.

2.1.5 O Papel da Família

Apud Correira 2009, aponta em seus estudos que é a família que proporciona os aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal. "É em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais" (Ibidem p.23).

No contexto da esquizofrenia a família desempenha um papel primordial no tratamento de membros acometidos pela doença. Pelas características da esquizofrenia, profissionais e estudiosos, relatam que os doentes passam a maior parte de sua vida no âmbito familiar, principalmente com seus pais e irmãos. E que esquizofrenia pode interferir nas relações familiares. O impacto emocional que a situação causa a família é muitas vezes tão intenso quanto àquele que atinge o paciente.

A maioria das famílias não está preparada para lidar com mudança de comportamento como delírio ou alucinação. Algumas reações comuns entre os familiares, quando tomam conhecimento do diagnóstico são: negação ou subestimação; sentimento de culpa; sentimento de revolta ou superproteção.

Neste contexto, TEIXEIRA (2005) relata que algumas famílias acreditam que a melhor atitude para o membro portador dessa patologia é o isolamento e a exclusão. Mesmo considerando o grau de rigidez desse comportamento, é necessário compreender que cada família se adapta da maneira que julga ser mais eficiente àquela situação. Ainda, é possível imaginar também, que esses familiares não tiveram – ou tiveram de forma inadequada – orientações sobre os cuidados com a pessoa portadora de transtorno mental.

A família do doente mental tem dificuldades para lidar com ele, com a doença mental e com o tratamento por não terem informações suficientes para tal, portanto, suscitando, também, atenção especial (PAIVA ET AL, 2000).

Para VILLARES (2003), os familiares também têm que buscar ajuda para compreender a condição do paciente e darem conta das questões de cada um,

iniciando assim as mudanças. Isso permite ir elaborando soluções a partir das questões cotidianas, principalmente o entendimento das limitações que a doença traz e como ajudá-lo a combater e superar suas dificuldades.

Em linhas gerais, a literatura revisada mostra que a família necessita de tempo e de informação para saber lidar com a nova realidade, mudar seus sentimentos, perder os seus preconceitos e ter o conhecimento dos aspectos da doença, como meio de compreender melhor seu familiar.

Deve ainda, ter a assistência através de um programa governamental que possibilite preservar o desempenho social (estudo, trabalho, profissão) dos parentes dos pacientes esquizofrênicos. Uma vez que muitos dos familiares de portadores não se encontram em condições emocionais e econômicas para lidar com o sofrimento que a doença causa.

Nos estudos de SCAZUFCA (2002), uma das intervenções psicossociais aos familiares é a ênfase no trabalho colaborativo entre familiares e profissionais, compartilhando e abordando informações sobre a doença. A proposta de grupos para essas famílias é de que os integrantes possam reconhecer e aceitar o aparecimento das dificuldades e que as mesmas façam parte do contexto da doença durante o convívio.

É a família que deve proporcionar o contato entre o portador da esquizofrenia e os serviços de saúde disponíveis a este tipo de patologia, e isso faz com que os familiares saibam lidar melhor com as situações de crise do paciente e saibam quando é hora de procurar ajuda emergencial. (CORREIRA, 2009).

Para Caetano apud Correia (2009) afirma que o episódio esquizofrênico se desencadeia em uma crise. Sendo assim, suas consequências não são previsíveis, no entanto o modo em que a família lida com essa crise e com o portador do transtorno interfere positiva ou negativamente em seu prognóstico. Por isso a família não deve ser somente vista como um informante, ou coadjuvante do tratamento do doente, mas também deve ser tratada, expondo suas dificuldades, anseios, medos, angústias e ansiedades, realizando um acolhimento da família. (CORREIRA, 2009).

Smith (1995) ressalta que as famílias sentem-se sobrecarregadas, mal compreendidas pelos serviços profissionais, e desnorteadas pelo comportamento do paciente. No passado ofereceu-lhes pouca ajuda, exceto a internação do paciente

quando a vida era intolerável, e agora a ênfase no atendimento comunitário fora das instituições significa que pacientes permanecem em casa quando o pretense atendimento pode ser inadequado. Para esse autor, tem faltado e sido dolorosamente omitido aconselhamento informativo sobre a enfermidade e suas incapacitações, sobre o excesso e a falta de estimulação social, e a redução da intensidade e duração do contato dentro da família quando o paciente mostra sinais de recidiva, a respeito das drogas e sobre os serviços disponíveis.

No referencial teórico apresentado encontra-se o relato de que o principal fator de inclusão social dos esquizofrênicos são os aspectos familiares (relação família - paciente), pois a esquizofrenia é entendida como causada por eventos externos em relação ao indivíduo doente, onde a doença é percebida como um problema de toda a família e não apenas do enfermo.

O paciente esquizofrênico sofre com sua condição e sua família também, não há como isto ser evitado. Esta é vista como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao paciente. Da mesma forma que o paciente esquizofrênico sofre duas vezes, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação e incompreensão social. A família é o principal elemento no cuidado dos pacientes esquizofrênicos, pois estes ficam cada vez mais com seus familiares.

Para auxiliar os que lidam com pessoas esquizofrênicas, Louzã Neto (1996) faz as seguintes recomendações:

- Participar e colaborar em tudo que diz respeito ao tratamento do paciente;
- trocar experiências que possam ajudar no relacionamento;
- encarar qualquer situação com tranquilidade, sem medo ou retração;
- não criticar ou ridicularizar o paciente;
- evitar a superproteção;
- tomar cuidado com os preconceitos.
- não ter expectativas elevadas em relação a uma rápida e total recuperação do paciente;
- imbuir-se da ideia de que conviver e auxiliar um paciente com esquizofrenia exige esforço e dedicação, muitas vezes sem uma recompensa equivalente;
- estar ciente das possibilidades e limitações inerentes à doença, para que se saiba enfrentar os sentimentos negativos como raiva, vergonha, frustração, entre outros, que poderão ocorrer;

tornar o ambiente estruturado e organizado auxiliando o esquizofrênico a criar uma rotina diária de acordo com as capacidades e habilidades preservadas do doente. (LOUZÃ NETO, 1996, p.76).

3 METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma pesquisa de natureza bibliográfica sobre o assunto. Para a coleta de dados, foram adotados os seguintes procedimentos: efetuou-se consultas sistemáticas, junto a sites especializados na internet, tais como os sistemas “Scielo”, “Medline”. Através dessa consulta, foi efetuado um levantamento de trabalhos publicados em periódicos, abordando a temática em questão. Selecionou-se artigos sobre o tema, publicados em periódicos das áreas de Psicologia e de Psiquiatria. Desta forma, pretende-se apresentar um conjunto de dados atualizados sobre o assunto.

Para coleta dos artigos, foram utilizadas palavras chaves como: “Esquizofrenia paranoide”, “Psicoses Esquizofrênicas”, “Psicanálise”, “Psicanálise e Esquizofrenia”, entre outras, para busca do material. Além disso, foi efetuado um levantamento bibliográfico, junto a obras especializadas. Após a coleta e seleção do material bibliográfico, foi efetuado um trabalho sistemático de leitura, fichamento e análise dos dados coletados. As informações coletadas foram organizadas em categorias ou seções, de modo a atender aos objetivos estabelecidos neste estudo. Assim, este trabalho apresenta uma descrição compreensiva do material bibliográfico coletado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema esquizofrenia é considerado por pesquisadores e estudiosos como complexo e relevante. É uma patologia difícil de diagnosticar e quando diagnosticado é um impacto para família e para o próprio indivíduo. Mas se for diagnosticado precocemente o tratamento possibilita lidar com o indivíduo e de ser tratado.

Vários autores apresentam a prevalência da doença de 1% na população mundial. Sendo que a primeira ocorrência é por volta dos 15 aos 25 anos.

O diagnóstico da esquizofrenia é dividido em vários tipos de acordo com o comportamento, sinais e sintomas do paciente e cada tipo é tratado, conforme sua manifestação

No contexto de tratamento, estudos evidenciaram que o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS desenvolve um papel fundamental na atenção ao paciente e a sua família.

A revisão bibliográfica mostra que a esquizofrenia é uma condição humana possível de ser compreendida e para tal há caminhos de superação. E que as intervenções psicossociais têm se mostrado eficazes na prevenção de recaídas de indivíduos com esquizofrenia, independentemente da utilização da medicação. Contudo, mesmo com todas as diversidades existentes é possível afirmar: foram superadas as perspectivas.

É válido que se destaque o relato de VILLARES 2005; MORAIS, 2006): (...) Nem todos os familiares possuem convicções estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença.

Por fim, sugere-se que outros trabalhos científicos sejam realizados devido a importância do mesmo para o mundo científico para o paciente e para seus familiares. Portanto, não foi fácil, mas consegui atingir meus objetivos.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Silva H; TEIXEIRA JÚNIOR, A; COSTA, C. **Esquizofrenia de início na infância: uma revisão da apresentação clínica e da evolução.** J. bras. Psiquiatria 2000.

BROWN, G. W.; BIRLEY, J.; E WING, J. ***Influence of family life on the course of schizophrenia: A replication.*** *British Journal of Psychiatry*, 21, 241-258, 1972.

BIRCHWOOD & SPINCER, 2005. Psicoterapias para a esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Org.), *Esquizofrenia* (pp. 133-203). Porto Alegre: Artmed.

CARREIRA. O. GEORGIA . **ESQUIZOFRENIA: Uma abordagem geral, com enfoque na assistência de enfermagem e familiar.** Publicado em: 24.10.2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/26876/1/ESQUIZOFRENIA-Uma-abordagem-geral-com-enfoque-na-assistencia-de-enfermagem-e-familiar/pagina1.html>>. Acesso em 25/06/2019.

FIGUEIREDO, A. M. Nébia, Et al. **Tratado prático de enfermagem.** Volume 2.2 ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

GALVÊAS, Elias Celso. **Esquizofrenia Paranóide.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://healthsquare.com>>. Acesso em: 09 mar. 2004.

HOLMES, D.S. **Psicologia dos Transtornos Mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Convivendo com a Esquizofrenia: Um Guia Para Pacientes e Familiares.** São Paulo: Lemos Editorial, 1996.

MCGLASHAN, T. H. ***What has become of the psychotherapy of schizophrenia? Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum***, 384, 147-152, 1994.

MERHY, E.E., AMARAL, H. (org). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MIGUEL, ROBERTO JORGE **Saúde Mental**,o 2009.

MORAIS, Geuza Ferreira de. **“Etiologia e desenvolvimento da esquizofrenia: diferentes perspectivas e tendências atuais.** São Paulo: FASU, 2006. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/20.pdf>>. Acesso em: 25/06/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **The world health report 2000: Health System: improving performance.** Genebra: OMS, 2000.

PAIVA. A. S. MARIA ET AL. **Grupo Familiar na Convivência com o Doente Mental: Programa de Educação em Saúde.** Curitiba: Fam. Saúde Desenv., 2000.

PAIM, Isaías. **Esquizofrenia.** 4 ed. São Paulo: EPU, 1990.

SILVA, R.C.B. **Esquizofrenia: Uma revisão.** *Revista de psicologia da USP*, São Paulo, -285,nov., 2006. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/avaliacaodoequilibrioestaticoedina_micoempacientecomdiagnosticodeesquizofrenia.pdf>. Acesso em 06 jun. 2015.

SMITH, Andrew Croyden. **Esquizofrenia & loucura.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

SCAZUFCA, Marcia. **Abordagem familiar em esquizofrenia.** *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, 2011 .

TEIXEIRA, Marina Borges. **Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico.** *Rev. bras. enferm.*, Brasília, Apr. 2005 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200008>>. Acesso 20 nov. 2017.

VALLADA FILHO, H., & BUSATTO FILHO, G. **Esquizofrenia.** In P. Almeida, L. Dactu & R. Laranjeira (Orgs.), *Manual de psiquiatria* (pp. 127-150). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1996.

VILLARES,C.Cecília;REDKO,P.Cristina;MARI,J.M Concepções de Doenças Por Familiares com Diagnóstico de Esquizofrenia .*Revista Brasileira de Psiquiatria* v.21 n.1São Paulo-SP,2005. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>