

A ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, SEUS SINTOMAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA SOCIAL

PARANOID SCHIZOPHRENIA, ITS SYMPTOMS AND ITS IMPLICATIONS IN SOCIAL LIFE

Artigo acadêmico elaborado sob supervisão de:
Ms. Ana Claudia Monteiro
Ms. Débora Alessandra de Souza

Acadêmicas de Psicologia:
Emanuelle Kilppel De Jesus Souza
Verônica Martins De Lima

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença mental grave, sendo caracterizada por sintomas como alucinações, delírio, alogia, entre outros. O presente estudo teve como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre a esquizofrenia paranoide e as dificuldades do indivíduo esquizofrênico em suas relações pessoais, portanto, observou-se a necessidade da articulação em rede de atenção básica, como o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que oferece recursos terapêuticos através dos multiprofissionais, com intuito de proporcionar a reinserção social e uma melhor qualidade de vida mental ao esquizofrênico. Para tanto, foram utilizadas bases eletrônicas da *Scielo*. Os resultados observados demonstraram que os pacientes esquizofrênicos paranoides, quando são tratados pelos serviços de atenção básica dos multiprofissionais, sendo inseridos nas atividades sociais e com o apoio da família, apresentam grande chance de desenvolverem uma qualidade de vida subjetiva e capacidade cognitiva.

Palavras-Chave: Esquizofrenia. Relações pessoais. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental illness, characterized by symptoms such as hallucinations, delirium, alogia, among others. The present study aimed to present a review of the literature on paranoid schizophrenia and the difficulties of the schizophrenic individual in their personal relationships, therefore, it was observed the need for articulation in a primary care network, such as the Psychosocial Care Center - CAPS that offers therapeutic resources through multiprofessionals, with the aim of providing social reintegration and a quality of mental life for the schizophrenic, for this purpose, Scielo's electronic data bases were used. The observed results showed that paranoid schizophrenic patients when they are treated by the primary care services of the multiprofessionals, being inserted in social activities and with the support of the family, have a great chance of developing a subjective quality of life and cognitive capacity.

KEYWORDS: Schizophrenia. Personal relationships. Quality of life.

INTRODUÇÃO

O físico Stephen Hawking, certa vez, mencionou que, ao vermos as estrelas no céu, estamos literalmente contemplando o passado, pois, apesar de muitas delas já terem desaparecido, seus raios luminosos levam muito tempo para percorrer o espaço que delas nos separa (Hawking,1988). Vemos o brilho de um objeto que pode não existir mais. O que entendemos por esquizofrenia hoje é o fruto de um conceito que sofreu também muitas transformações (Elkis,2000).

A esquizofrenia é definida por (Bleuler,1911) publicando em seu livro “Demência Precoce: o grupo das esquizofrenias” nele, foi denominado que a esquizofrenia não se apresentava em oposição ao conceito de demência precoce, mas um aperfeiçoamento de duas variáveis: a dilatação na idade de início do quadro, uma vez que o transtorno poderia aparecer tardiamente e, uma ênfase não no processo evolutivo, mas em alguns sintomas que seriam denominados fundamentais para o diagnóstico.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS a esquizofrenia acomete cerca de 20 milhões de pessoas em escala mundial. Normalmente o transtorno aparece entre o final da adolescência e começo da vida adulta, sendo uma doença crônica, complexa e que exige tratamento por toda a vida. Entre o sexo masculino, os sintomas costumam aparecer entre 15 e 20 anos e no sexo feminino são comuns perto dos 30 anos, em caso raro pode acontecer o aparecimento de sintomas em crianças e pessoas com mais de 50 anos.

De acordo com a Classificação Internacional de Doença - CID e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM a esquizofrenia é uma doença mental grave, tendo suas características pela combinação de sintomas positivos, negativos, desorganização mental, sintomas cognitivos, psicomotores e alterações de humor. O diagnóstico se dá quando os sintomas positivos (alucinações, delírio, distorção da realidade) e negativos (alogia, embotamento afetivo, anedonia, avolição) ocorrem em conjunto com perdas no funcionamento social.

Em relação as causas exatas do que provoca a esquizofrenia, ainda são desconhecidas, mas atualmente sabe-se que se trata de uma doença química cerebral

decorrente de alterações em vários sistemas bioquímicos (neurotransmissores) e vias neuronais cerebrais (Tavares, 2020).

A esquizofrenia pode ser classificada em diferentes tipos, dentro os tipos, encontra-se a esquizofrenia paranoide, cujo os sintomas psicóticos são, alucinações (sensorial) e delírios (pensamentos irrefutáveis), podendo apresentar fala e escrita confusa, alterações no humor, mudanças de personalidade e desinteresse com a vida social, resultando em seu isolamento social (Nunes, 2020).

Em alguns casos os sintomas desse tipo de esquizofrenia se manifesta mais tarde, sendo assim alguns pacientes não apresentam tantas dificuldades em suas rotinas e interações, contudo, no período em que o paciente começa a desenvolver os sintomas, é muito importante o apoio e sensibilidade da família, para entender que é preciso procurar ajuda multiprofissional, pois o tratamento envolve o conjunto de medidas para amenizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do paciente com esquizofrenia paranoide (Katschnig & Konieczna, 1989).

“Para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas”. Judith S. Beck, 2013 p. 24

Como modelo de terapia para cognição do esquizofrênico paranoide, foi apresentada a Terapia Cognitivo-Comportamental - TCC, com intuito de alcançar qualidade de vida subjetiva, melhorando suas relações sociais.

Uma pessoa com o transtorno de personalidade esquizotípica pode estar em sociedade e ter uma boa qualidade de vida? Diante disso, o presente estudo teve como objetivo apresentar uma revisão literária sobre a esquizofrenia paranoide e as dificuldades do indivíduo esquizofrênico em suas relações pessoais, cujo os objetivos específicos foram: descrever a esquizofrenia paranoide e seus sintomas, apresentando a necessidade da articulação em rede de atenção básica, como CAPS no sentido de oferecer recursos terapêuticos através dos multiprofissionais, com intuito de proporcionar a reinserção social e uma melhor qualidade de vida mental ao esquizofrênico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Como Se Comporta Um Esquizofrênico Paranoide

Através da neurociência sabemos que o córtex pré-frontal é região-chave para a fisiopatologia da doença, por causa do seu envolvimento em função executiva e memória de trabalho, as quais são prejudicadas na esquizofrenia ocasionando na distorção da percepção e alucinação, durante um estudo de imagem por ressonância magnética estrutural revela déficit de volume de massa cinzenta em um número de diferentes regiões cerebrais, trazendo assim um funcionamento cerebral comprometido (Schmitt,2012).

Outro importante fator preditivo no curso e na evolução da esquizofrenia é o sexo do indivíduo (Chaves, 2000). Considera que o gênero é um fator protetor para as mulheres por causa dos estrógenos, que atenuam a ação dopaminérgica, em virtude da redução da sensibilidade destes receptores. Os episódios agudos de esquizofrenia em pacientes do sexo feminino aumentam nas fases do ciclo menstrual, quando as concentrações basais do hormônio estão diminuídas (Häfner,1995).

Quatro autores relatam que a esquizofrenia se manifesta geralmente quando o paciente sofreu ação de algum agente agressor, podendo ser biológico, ambiental ou ambos. Porém a causa da doença, ainda é desconhecida, não existe nada que comprove sua causa multifatorial (Silva et al., 2016).

A esquizofrenia paranoide se caracteriza pelo o delírio de perseguição ou grandeza, o indivíduo tende a ser mais tenso, desconfiado, hostil e agressivo, podendo em momentos de episódios agudos cometer atos violentos (Moreira et al.,2008).

É um transtorno de longa duração no qual o indivíduo experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família, causa diversos danos e perdas nas habilidades de todo grupo: diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, para trabalhar, para se relacionar individual e socialmente e para manter pensamentos completos (Giacon & Galera, 2006).

A Interação Social

A interação social abrange a família e outros contatos sociais, assim como a escola, trabalho, amigos e projetos futuros que envolvem esse tema. Segundo (Silva, 2006), o paciente esquizofrênico paranoide não possui prazer nessas relações tão

importantes para o desenvolvimento cognitivo humano, gerando déficit em sua capacidade social e por consequência o sofrimento interno.

Segundo (Nunes, 2020) o esquizofrênico paranoide apresenta variação de humor, a fala fica confusa, dificuldade também para escrever, mudança de personalidade, um verdadeiro desconforto em seu cotidiano, levando assim esse indivíduo ao isolamento social.

Nos estudos de (Machado et al., 2021), é relatado que a qualidade de vida do esquizofrênico paranoide é considerada péssima por causa do comprometimento cognitivo e das consequências de seus sintomas, levando-o ao prejuízo nas interações e inserções sociais, uma vez que as interações e inserções sociais seriam importantíssimo nesse processo de melhoria dos indivíduos que tem esse transtorno.

O impacto familiar abrange aos fatores emocionais, econômicos, culturais, manejos, entre outros, mas como lidar frente a uma situação tão complexa antes não vivida? Segundo (Giacon et al., 2013) o impacto sofrido pela família do esquizofrênico pode ser considerado igual a um trauma vivido por vítimas de catástrofe, após a primeira crise a família sofre um grande estresse, bagunçando e estremecendo o grupo familiar que por sua vez pode até balançar, mas precisa entrar nesse processo de recuperação para ajudar esse membro que se encontra em sofrimento.

A pessoa que cuida do paciente esquizofrênico sofre junto dentro desse contexto das interações sociais, pois se vê obrigado a se afastar de uma rotina de lazer devido ao aumento de suas responsabilidades direcionadas a este paciente, e aos poucos estará sendo envolvido no isolamento social. Outra coisa que afeta também o paciente quanto seu cuidador, é o preconceito, fazendo ambos se afastarem da vida social com objetivo de proteger da incompreensão das pessoas (Hansen et al., 2014).

Formas De Tratamento

O tratamento da esquizofrenia paranoide é composto por farmacoterapia, psicoterapia e socioterapia. O tratamento medicamentoso é fundamental para controle da esquizofrenia, entretanto é necessário um acompanhamento rigoroso, pois à possibilidade de efeitos colaterais que podem ser tão intensos quanto os sintomas do transtorno (Souza et al., 2013).

Pode se escolher entre duas classes de antepsicóticos que seria o típico ou primeira geração (clorpromazina, levomepromazina, flufenazina, tiorodazina, haloperidol e pimozide) que auxiliam no bloqueio preferencialmente os receptores da dopamina, nos sistemas dopaminérgicos, mesolímbico, mesocortical, nigroestriatal e túbulo infundibular. Os atípicos ou segunda geração (quetiapina, amisulprida, olanzapina, risperidona e clozapina) atuam em outros sítios da dopamina, sendo mais bem tolerado e com maior eficácia nos sintomas negativos, mas pode haver um alto custo. Ambos tratam os sintomas, mas não cura a esquizofrenia (Moreira et al.,2008)

Através de pesquisas recentes podemos observar que as doenças mentais, como a esquizofrenia, não são de tratamento exclusivo dos psiquiatras, podemos notar a importância do tratamento multidisciplinar, pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e Streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental (TCC), auxiliando na redução dos índices de recaídas, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock et al., 1988).

A TCC seria a mais indicada no processo terapêutico para psicoses é destinada a pacientes refratários, ou seja, para aqueles que, apesar do uso de antepsicóticos, verifica-se a persistência de sintomas suficientes para causarem prejuízos significativos nas interações familiares e profissionais, apesar do avanço farmacológico ocorrido nas últimas décadas, ainda constitui um grande desafio para obter a remissão completa desses pacientes (Barreto et al., 2007). Por falta de conhecimento de diversos profissionais de saber lidar com os pensamentos/delírios paranoides, ocasionou em sérios prejuízos no processo de vínculo terapêutico e conseqüentemente ao tratamento (Freeman; Garety,2006).

Locais De Atendimento

Entre vários marcos históricos no Brasil, encontram-se no setor de saúde mental a reforma pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país, através de várias Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, e 2001) visando atenção e ações políticas na saúde mental. Surgindo então a lei 10.216/01 que trata da reforma

psiquiatra na esfera Nacional e que foi sancionada em abril de 2001, e esta lei refere na obrigação do Estado o desenvolvimento de política de saúde mental com a finalidade da reinserção social dos doentes mentais (Hirdes, 2009).

A partir da reforma psiquiatra em 2001, que teve como marca registrada o fechamento gradual de manicômios e hospícios, houve mudanças fundamentais no cuidado da saúde mental dos pacientes que tem transtornos. Essas mudanças concretizaram as ações em saúde dando formas de tratamento fora do hospital, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III) conveniados ao SUS, as orientações sobre a internação do paciente sejam feitas só se o tratamento fora do hospital se mostrar ineficaz (BVS – Ministério da Saúde, 2021).

No sentido de buscar ajuda para uma melhora significativa, encontra-se a disposição o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que presta serviços aos pacientes com transtornos mentais, oferecendo atendimento 24 horas na esfera de urgência e emergência. Os serviços prestados são: acolhimento diurno, atividades ocupacionais pela manhã, marcação de consulta para os multiprofissionais e nos casos mais graves, ocorre a internação (Machado et al., 2021).

Entre as atividades que o CAPS oferece, estão as oficinas terapêuticas que podem ser: oficinas expressivas, oficina geradora de renda e oficina de alfabetização e esses serviços de saúde são diversificados quanto a estrutura física, os equipamentos, os profissionais, variedades nas atividades terapêuticas e a especificidade da demanda, distribuindo assim para os tipos; CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad, cada um com sua função (Ferreira et al., 2016).

Entre as recomendações de tratamento extra-hospitalar, encontra também a disposição do paciente e seu cuidador, o Hospital-Dia (HD); onde os pacientes são internados durante o dia pelo agravamento dos sintomas e seu familiar e/ou cuidador participa de reuniões onde recebe orientação sobre o manejo do uso correto dos medicamentos, e a necessidade de futuras marcações de consultas que contribuem para uma melhor resposta de tratamento (Jasnievski et al., 2011).

Outro recurso é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou “moradia”, introduzido pelo Ministério da Saúde - portaria n.º106/2000, são casas designadas com objetivo de responder as

necessidades de moradia dos pacientes com transtornos mentais graves. A inserção desse paciente que busca o SRT é o começo de um processo de reabilitação e a inclusão social (Ministério da Saúde, 2004).

METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa bibliográfica de cunho exploratório e qualitativo dos clássicos (Dalgalarondo, 2019), (Beck, 2014) e artigos eletrônicos indexados nas bases de dados *Scielo* Brasil que mostram a realidade do paciente esquizofrênico, em especial o paranoide, apresentando também o dispositivo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferece intervenção multidisciplinar na saúde mental desse paciente, assim como na orientação familiar, com objetivo de melhorar suas relações interpessoais.

RESULTADOS

Através das pesquisas realizadas nos artigos eletrônicos, foram selecionados 15 estudos realizados sobre o tema e publicados entre 2006 e 2020 que atenderam os critérios de inclusão. Após a leitura completa dos artigos, foram extraídos os principais dados e exibidos.

De acordo com estudos do psiquiatra (Diego Tavares,2020), o nome esquizofrenia foi dado pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler em 1911, pela relevância da desarmonia interna do funcionamento mental e a quebra radical do contato com a realidade. Tavares ainda pontuou que o termo esquizofrenia tem origem nas raízes gregas schizo (dividir) phern (mente), entendendo-se que as funções mentais estariam divididas nesses pacientes e que, em relação às causas, ainda não se conhecem todos os mecanismos cerebrais que promovem os sintomas relacionados à esquizofrenia, mas hoje sabe-se que se trata de uma doença química cerebral decorrente de alterações em vários sistemas bioquímicos (neurotransmissores) e vias neuronais cerebrais.

Acredita-se também que vários genes em combinação são responsáveis por essas alterações cerebrais e as relações vitais que a pessoa estabelece funcionam como fatores estressores, fatores que pode torna-se gatilho que contribuem para que estes genes ligados se ativem e a doença apareça. Contudo, é destacado em acordo com outras pesquisas sobre a importância do tratamento com medicamento antepsicóticos em conjunto com a terapia comportamental.

A pesquisa de Dantas et al., (2011) teve o objetivo de apresentar outra característica também marcante do esquizofrênico, que é a falta de insight, ou seja, a falta de capacidade de entender ou discernir verdades ocultas de uma situação vivida. Os pacientes de modo geral não acham que tem a doença, pode até reconhecer a presença dos sintomas, porém, conferem esses sintomas a outras causas, como nervosismo, influências espirituais, religiosos, ação de demônio, dificuldades na vida que todos têm e etc.

O paciente, contudo, pode não ter insight algum sobre o caráter patológico de sua condição, mas reconhece que necessita de ajuda para dificuldades nas relações familiares e sociais, e aceita o uso de medicação antepsicóticos e intervenções psicossociais.

Conforme Dalgalarondo (2019), a psiquiatria clínica entende-se que a psicose é marcada por presença de sintomas psicóticos (delírios, alucinações, desorganizações marcantes de pensamento e comportamento) percebidos no paciente esquizofrênico. Afirmando que esses elementos clínicos são regras de identificação e diagnóstico de psicoses sugeridos pela Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-11) e pelo Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5).

Nos estudos de Nunes (2020), observou uma consoante em relação a psiquiatria clínica de Dalgalarondo, destacando-se a esquizofrenia paranoide e seus principais sintomas como: as alucinações, delírios, sensação de perseguição e pensamentos sobre conspirações, as alucinações e os delírios giram em torno do mesmo tema e se mantêm consistentes ao longo do tempo. Afirma ainda que o esquizofrênico paranoide também pode apresentar fala e escrita confusas, alterações no humor, mudanças na

personalidade e desinteresse com a vida social, o que pode resultar em isolamento social.

Por sua vez a autora Silva (2006), traz a questão da perda da capacidade de sentir prazer (anedonia), sendo uma característica central da esquizofrenia que alcança a perda do simples prazer de admirar o pôr-do-sol, de comer, beber, cantar, entre outros, assim também a anedonia social o impede em suas relações com outras pessoas.

Nas pesquisas de Oliveira et al. (2012), acredita-se que a apresentação dos sintomas positivos, especialmente os delírios e as alucinações, tem relação íntima com as particularidades de cada indivíduo, com suas experiências de vida e com as relações estabelecidas com os fatos ao seu redor, podendo ser considerada uma forma de o indivíduo comunicar seus medos e impulsos.

DISCUSSÃO

Percebe-se a importância que tem o papel central da família na adesão e manutenção do tratamento, repercutindo positivamente no processo de reinserção social das pessoas com esquizofrenia, tendo em vista que, em grande parte do tempo, estas estão em convívio direto no seio familiar. Da mesma forma, enfatizaram a necessidade de desmistificar os preconceitos ainda existentes em relação a estas pessoas, para que possam ser acolhidas no meio social.

Entretanto, na maioria das vezes, falta maior preparo ou mesmo conhecimento acerca da doença mental enfrentada, essa realidade pode ser melhorada com o apoio direto dos profissionais da estratégia saúde da família, seja orientando sobre o tratamento ou mesmo acompanhando as angústias vivenciadas, de modo a buscar conjuntamente estratégias de enfrentamento.

Sabe-se que a esquizofrenia se apresenta como um problema de saúde pública, de evolução crônica e marcada pela desorganização dos processos mentais e pelo forte estigma social. Na maioria dos casos, a idade de início do transtorno varia entre 15 e 20 anos para os homens e entre 20 e 25 anos para as mulheres.

Quando se tem o devido acompanhamento multiprofissional e adesão adequada ao tratamento possibilitam uma melhoria no desempenho das atividades diárias e maior

qualidade de vida, entretanto o oposto acarretará na exclusão da sociedade e da família, por ele mesmo, e isso acaba se constituindo como um fator agravante do quadro clínico do paciente, já que a evolução desta patologia está atrelada ao convívio social.

CONCLUSÃO

Conforme evidenciado nesse estudo, observa-se a importância de ampliar as informações e ações de cuidados pelas redes públicas e privadas sobre o sofrimento desses pacientes com esquizofrenia paranoide, também a atenção na saúde para o tratamento adequado dessa demanda tão complexa, assim como o apoio e a orientação dos multiprofissionais (psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social e outros) da saúde aos familiares e/ou aos cuidadores afim de adquirir manejos para lidar com esse paciente esquizofrênico, priorizando a saúde mental tanto do paciente quanto de seus cuidadores.

Faz-se necessário orientar os familiares e a sociedade em relação ao transtorno de esquizofrenia, essa doença mental grave que, acompanhada de estigma social, pode se beneficiar da informação tanto dos sintomas, fatores, quanto dos recursos disponíveis na área da saúde, cooperando e estimulando atividades para uma qualidade de vida subjetiva.

A qualidade de vida de um indivíduo pode ter várias versões, porém, a que prevalece é o conceito dado pela Organização Mundial da Saúde à percepção da pessoa sobre sua posição na vida, considerando seu contexto sociocultural e de valores que se encontra inseridos, atendendo seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Não incluindo apenas saúde física e emocional, mas outros elementos primordiais na vida.

Buscar frisar a importância de seguir o tratamento adequado com a equipe multidisciplinar, realizando todas orientações feitas pelos profissionais, o envolvimento da família é primordial para melhora do sujeito na sua qualidade de vida sociocultural.

REFERÊNCIAS

- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicologia e semiologia dos transtornos mentais*. (3ª ed). Porto Alegre, RS: Artimed.
- Beck, J. S. (2014). *Terapia cognitivo-comportamental*. (2ª ed). Porto Alegre, RS: Artimed.
- Ferreira, W. A. (2010). A estrutura sintática e semântica dos delírios de perseguição e de referência na esquizofrenia paranóide: um estudo de caso. (Vol. 15). <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/326>
- Tavares, D. (2020). Esquizofrenia: o que é, sintomas, tratamentos e causas. https://www.minhavidacom.br/amp/saude/temas/esquizofrenia?ggeg_is_embeddable=false
- Lacoponi, E. (1999). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/4ksbFDTVKW77jBjx8Cvvzkr/?lang=pt>
- Vella, N. M. (2020). Tipos de esquizofrenia e como são classificados. <https://hospitalsantamonica.com.br/tipos-de-esquizofrenia/>
- Souto, A. L. (2008) Qualidade de vida, conceitos e exemplos. <https://pt.khanacademy.org/science/7-ano/sistema-imunologico/saude-e-qualidade-de-vida/a/qualidade-de-vida-conceito-e-exemplos#:~:text=O%20conceito%20de%20qualidade%20e,pertencer%20e%20o%20tornar%20se.>
- Oliveira, R. M., & Facina, P. C. B. R., & Siqueira, J. A. C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. (Vol. 65, No. 2, Pp. 309-316). <https://www.scielo.br/j/reben/a/xCB7BQk3xcCnccx89pqRRpz/?lang=pt>
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. (Vol. 17, No. 4, Pp. 263-285). <https://www.scielo.br/j/pusp/a/Vt9jGsLzGs535fdrsXKHxzb/#>
- Giacon, B. C. C., & Galera, S. A. F. (2013). Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. (Vol. 66, No. 3, Pp. 321-326). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300003> 23.
- Machado, F. P., & Soares, M. H., & Francisquini, P. D., & Luis, M. A. V., & Martins, J. T. (2021). Fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. (Vol. 74, No. 5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0060>

Hansen, N. F., & Vedana, K. G. G., & Miasso, A. I., & Donato, E. C. S. G., & Zanetti, A. C. G. (2014). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. (Vol. 16, No. 1). <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20965>

Biblioteca Virtual da Saúde. (2021). 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. <https://bvsm.s.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. (Vol. 14, No. 1, Pp. 297-305). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>

Jasnievski, C. R., & Paes, M. R., & Guimarães, A. N., & Brusamarello, T., & Maftum, M. A. (2011). Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica

Brasileira: percepções dos familiares. (Vol. 42, No. 2, Pp. 63-69). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342011000500008&script=sci_arttext&tlng=pt

Gov. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps>

Ferreira, J. T., & Mesquita, N. N. M., & Silva, T. A., & Silva, V. F., & Lucas, W. J., & Batista, E. C. (2016). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. (Vol. 4, No. 1, Pp. 72-86). https://www.researchgate.net/publication/334098659_Os_Centros_de_Atencao_Psicossocial

al_CAPS_Uma_Instituicao_de_Referencia_no_Atendimento_a_Saude_Mental_The_Care_Centers_Psychosocial_Caps_a_Reference_Institution_on_Call_to_Mental_Health

Ministério da Saúde. (2004). Residências terapêuticas: para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> 24.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. (Vol. 30, Suppl. 2, Pp. 54-64). <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>

Schmitt, A., & Erkelenz, D. R., & Härter, P. G., & Falkai, P. (2012). Estudos transcriptômicos no contexto da conectividade perturbada em esquizofrenia. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/XkcMHHd8M5TmBC78XCQHMB/?lang=en>

Ferreira, A. A. A., & Sena, G. S., & Galvão, M. V. M., & Felix, R. H. M., & Mendonça, R. M., & Guerra, G. C. B., & Rodrigues, F. C. (2007). Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/ZHbGbPzMpXL4dGqSddzsGCr/?lang=pt#:~:text=A%20esquizofrenia%20paran%C3%B3ide%20foi%20a,diminui%C3%A7%C3%A3o%20no%20tempo%20de%20interna%C3%A7%C3%A3o>

Moreira, C. S., & Mezzasalma, M. A., & Juliboni, R. V. (2008). Esquizofrenia Paranóide: Relato de Caso e Revisão da Leitura. (Vol. 3, No. 2). <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/140/110>

Silva, A. M., & Santos, C. A., & Mirion, F. M., & Miguel, N. P., & Furtado, C. C., & Belle-mo, A. I. S. (2016). Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. (Vol. 13, No. 30). <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688/u2016v13n30e688>

Barreto, E. M. P., & Elkis, H. (2007). Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/f8zvs9t8F7c3bXTb6LFhQNJ/?lang=pt&format=pdf>

Schmidt, D., & Méa, C. P. D. (2013). Transtorno de Personalidade Paranoide Dentro do Enfoque Cognitivo-Comportamental. (Vol. 5, No. 2, Pp. 77-83). https://www.researchgate.net/publication/284345475_Transtorno_de_Personalidade_Paranoide_Dentro_do_Enfoque_Cognitivo-Comportamental

Scazufca, M. (2000). Abordagem familiar em esquizofrenia. (Vol. 22, Suppl. 1, Pp. 50-52). <https://www.scielo.br/j/rbp/a/3Z78Wd6pZWnDY3vNWjFdBBC/?lang=pt# 25>

Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. (Vol. 22, Suppl. 1, Pp. 23-26). <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tHc3WVC5r83N546JLCdwFTy/?lang=pt#ModalArticles>