Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC/UBÁ
Graduação em Psicologia

A ESQUIZOFRENIA E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS NO TRATAMENTO

The schizophrenia and the difficulties faced in the treatment

Paloma Monique De Lima Rodrigues[1]; Pedro Henrique Oliveira Rodrigues[1]; Ronaldo Chicre Araújo[2]

[1] Acadêmico (a) do curso de graduação em Psicologia.
[2] Psicólogo. Doutor em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF; Professor da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FUPAC.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo identificar estratégias que promovam melhorias no tratamento da esquizofrenia. A adesão ao tratamento medicamentoso contribui para a diminuição dos sintomas, evitando que haja agravamentos nos quadros esquizofrênicos, garantindo assim melhor qualidade de vida ao paciente. É importante que os profissionais tenham a família como aliada no processo terapêutico, não se restringindo apenas a cuidar dos prejuízos gerados pela doença.

Palavras chave: Esquizofrenia, Tratamento, Família.

ABSTRACT

This work aims to identify strategies to promote improvements in the treatment of schizophrenia. The therapy adherence contributes to decrease thr symptoms , preventing aggtavations in schizophrenics frames, ensuring better quality of life to the patient. It is important that professionals have the family as an ally in the therapeutic process , not limited just to take care of the losses generated by the disease.

Key words: Schizophrenia, Treatment, Family.

Endereço para correspondência: Pedro Henrique Oliveira Rodrigues
Praça do Rosário, centro N°12 Senador Firmino-MG, Cep: 36540000
Email: pedroho_rodrigues@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas tais como: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos. Os indivíduos portadores de esquizofrenia às vezes são fisicamente desajeitados e podem exibir sinais neurológicos leves, tais como: confusão entre esquerda/direita, incoordenação ou espalhamento (American Psychiatric Association, 2003).

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave que tende a evoluir para a cronicidade. Sua severidade pode ser mais bem compreendida na estrutura familiar ao levar em conta os danos causados na vida de seus portadores, em suas atividades rotineiras e em todas as suas relações pessoais (Oliveira & Furegato, 2012).

O convívio com o esquizofrênico é considerado um compromisso de batalha contra o sofrimento. É importante que os profissionais tenham a família como aliada no processo terapêutico, não se restringindo apenas a cuidar dos prejuízos gerados pela doença (Oliveira & Furegato, 2012).

A interação com os familiares é um fator que constantemente interfere na adesão ao tratamento, promovendo-a. Familiares podem tanto desencorajar o paciente a prosseguir com o tratamento prescrito, quanto motivá-lo a fazer uso de medicações não prescritas e outras substâncias psicoativas. A esse respeito, estudo revela que a qualidade das interações familiares desempenha um papel importante na estabilização do paciente (Vedana, Kelly & Miasso, 2012).

A Reforma Psiquiátrica não se deve limitar à devolução dos pacientes às famílias, sem o preparo das mesmas para o cuidado com o paciente. É indispensável oferecer à família de pessoas com transtornos mentais orientação e suporte social organizado que diminua sua sobrecarga e atenda às suas demandas e apoio. Para que possam cooperar efetivamente no tratamento do portador de esquizofrenia, os familiares devem receber o preparo e apoio apropriado às suas necessidades (Vedana, Kelly & Miasso, 2012).

A exclusão social é um fator que influencia negativamente e diretamente no tratamento da Esquizofrenia. O ideal é acolher a família proporcionando suporte para as demandas manifestadas tais como: conflitos, situações de crise, isolamento social, etc. Os serviços de saúde devem se estruturar para potencializar a relação familiar/profissional/serviço (Giacon & Galera, 2006).

A adesão ao tratamento medicamentoso contribui para a diminuição dos sintomas, evitando que haja agravamentos nos quadros esquizofrênicos, garantindo assim, melhor qualidade de vida ao paciente.

Portanto, levando-se em consideração as dificuldades encontradas no tratamento da esquizofrenia, este trabalho tem por objetivo identificar estratégias que promovam melhorias no tratamento da esquizofrenia, sobretudo na interação social, familiar e adesão ao tratamento.

Esquizofrenia e adesão ao tratamento

A esquizofrenia é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas tais como: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos. Os indivíduos portadores de esquizofrenia às vezes são fisicamente desajeitados e podem exibir sinais neurológicos leves, tais como: confusão entre esquerda/direita, incoordenação ou espalhamento. Podem também apresentar algumas anormalidades físicas menores como, por exemplo: palato altamente arqueado, olhos muito juntos ou demasiadamente separados ou orelhas levemente mal formadas. O sinal físico mais comparado, talvez seja anormalidades motoras (American Psychiatric Association, 2003).

Embora a esquizofrenia atinja homens e mulheres, o inicio é mais precoce em homens. Mais da metade dos pacientes esquizofrênicos é do sexo masculino. As idades de pico do inicio da doença são entre 10 e 25 anos para os homens e 25 a 35 para as mulheres. As mulheres apresentam distribuição etária bimodal, com um segundo pico acontecendo na meia-idade. Cerca de 3 a 10% das mulheres apontam o inicio da doença após os 40 anos e 90% dos pacientes em tratamento e de 15 e 55 anos de idade.

O início da esquizofrenia antes dos 10 ou após os 60 anos é extremamente raro. Estudos indicarão que os homens têm maior chance de sofrer sintomas negativos do que as mulheres, e que essas têm maior probabilidade e melhor funcionamento social, antes do inicio da doença. Em geral, o resultado para o paciente do sexo feminino é melhor do que para o sexo masculino. "*Quando o inicio ocorre depois dos 45 anos de idade, o transtorno é caracterizado como esquizofrenia de inicio tardio*" (Kaplan & Sadock, 2010, p. 542).

> *"Os estudos mostram que a causa da esquizofrenia é desconhecida. A base para o aparecimento da anormalidade cerebral pode residir no desenvolvimento anormal (p. ex., morte celular pré-programada precoce, como parece ocorrer na*

> *doença de Hunntigton). O fato de que gêmeos monozigóticos apresentarem taxa de discordância de 50 para esquizofrenia, no entanto, implica uma interação ainda pouco clara entre o ambiente e o desenvolvimento do transtorno. No entanto, os fatores que regulam a expressão genética estão apenas começando a ser compreendidos. Ainda que gêmeos monozigóticos tenham a mesma informação genética, diferenças na regulação genética durante suas vidas talvez permitam que um gêmeo tenha esquizofrenia e o outro não" (*Kaplan & Sadock, 2010, p. 559).

A humanidade tem dificuldade em lidar com as diferenças e com as dissonâncias do senso e convivência comum. Na psiquiatria, o tratamento da loucura por vezes foi baseado na intolerância frente aos comportamentos dos doentes mentais tendo nos indivíduos uma opção para afugentar o diferente e proteger a sociedade (Cardoso & Galera, 2011).

A transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para serviços baseados na comunidade proporcionou uma mudança na concepção dos tratamentos psiquiátricos, abrangendo o enfoque anterior, que era limitado aos cuidados aos pacientes internados. Com essa mudança promovida pela reforma psiquiátrica, passa-se a valorizar a permanência do paciente na comunidade, sendo um dos principais objetivos e desafios atuais a continuidade dessa clientela ao tratamento (Silva, Lovisi, Verdolin & Cavalcanti, 2012).

Cardoso e Galera (2011), falam que "Mesmo com a evolução do tratamento psiquiátrico e do entendimento da loucura como a representação de sintomas de determinadas doenças mentais a(s) causa(s) destas doenças, a cura para elas ainda é um desafio". Portanto, o tratamento psiquiátrico para muitas doenças mentais torna-se prolongado e marcado por sucessivas internações, principalmente no curso do tratamento dos transtornos mentais graves.

A adesão ao tratamento pode ser definida de acordo com o grau em que o paciente segue as recomendações medicas ou do profissional de saúde, retorna e mantém o tratamento proposto. Desse modo, compreende o emprego de medicamentos, conforme a prescrição médica. "Para atuar afetivamente sobre os problemas relacionados a não adesão ao tratamento é necessário investigar os fatores que levam o paciente a não aderir à terapia prescrita" (Vedana, Kelly & Miasso, 2012).

Dentre os pacientes tratados com antipsicóticos convencionais, 40% deixam de tomar sua medicação no primeiro ano de tratamento e 75% interrompem medicação dentro de dois anos (Cardoso & Galera, 2011). Estudos sobre o tema têm associado vários fatores à adesão ao tratamento de pacientes esquizofrênicos, sendo esses atribuídos ao médico, ao paciente, ao tratamento em si e ao ambiente. Como exemplos, podem ser citados a qualidade da relação médico-paciente, a falta de *insight* deste paciente, os fatores adversos do tratamento, o apoio social recebido pelo indivíduo, além de aspectos psicológicos, físicos, socioeconômicos e até mesmo religiosos (Silva *et al*., 2012).

O psiquiatra precisa utilizar todos os recursos ao seu alcance para mostrar que a esquizofrenia é uma doença crônica, e necessita de tratamento por prazo indeterminado. Deve-se mostrar que interromper a medicação pode ser arriscado, pois cada recaída comprometerá a vida do paciente um pouco mais (Shirakawa, 2000).

Pacientes com esquizofrenia aderem ao tratamento medicamentoso, seja por via oral ou injetável, não observando diferença quanto à eficácia terapêutica em antipsicóticos de ação curta e prolongada. A opção de uma destas duas formulações no tratamento de manutenção dependerá estritamente, à preferência, tanto do médico, quanto do paciente. Quando há resistência à medicação, recomenda-se a troca para antipsicótico de ação prolongada, pois, a alternativa é mais segura, mantendo a estabilidade clínica, evitando a recaída. Não se deve contar apenas com os benefícios dos antipsicóticos de ação prolongada. O uso, por si só, não garante a adesão, uma vez que os pacientes poderão deixar de comparecer para aplicações. A participação da família é de grande importância para a sua reabilitação (Bechelli, 2003).

A terapia de grupo com pacientes esquizofrênicos proporciona uma significativa melhora nos seguintes requisitos: redução do isolamento social, aumento do compromisso com a medicação, aspectos volitivos, melhora do teste de realidade, aumento do senso de coesão, contribuindo, desse modo, para a redução na frequência de reinternações. É de grande importância o fortalecimento dos vínculos familiares, favorecendo o tratamento do paciente (Durão, Maria & Miasso, 2007).

As oficinas de trabalhos manuais são atividades que possibilitam o convívio de pessoas com transtorno mental, colocando em prática a cidadania, promovendo a expressão da liberdade, realizando a convivência dos pacientes por meio de suas produções (Durão, Maria & Miasso, 2007). O envolvimento da família no apoio ao paciente é recomendado, pois há evidencias de que esta pode colaborar significativamente com o sucesso no tratamento, inclusive no que se refere ao tratamento medicamentoso (Vedana, Kelly & Miasso, 2012).

Não há indicação para que o paciente compareça apenas para a aplicação do medicamento. A adesão seria inevitavelmente baixa. O doente e a família necessitam de atenção, apoio e orientação. O plano de tratamento envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido é importante uma abordagem multimodal, que associa o tratamento farmacológico e psicossocial como: terapia ocupacional, psicoterapia individual, de família e de grupo. A ênfase nas variadas formas de tratamento irá ocorrer, de acordo com o estado em que o paciente se encontra. Além disto, é essencial o envolvimento e integração de todos que compõem a assistência do paciente (Bechelli, 2003).

A interação social e familiar do esquizofrênico

A cronicidade e a reincidência dos sintomas agudos são responsáveis pelas consequências pessoais do convívio com a esquizofrenia que é manifestada na vida afetiva, social, familiar e financeira, destruindo sonhos, causando a desconsideração do portador como ser humano, sentimentos de menor valia, sentimento de não ser compreendido pelos familiares e amigos (Oliveira, Facina & Junior, 2010).

O tratamento de portadores de transtornos mentais graves e crônicos tem experimentado grandes transformações no Brasil, como uma crescente valorização de tratamentos de base comunitária. Esses pacientes passam, concomitantemente, a receber um tratamento que valoriza antes a sua reinserção social e melhora das condições de vida, do que a mera anulação de seus sintomas principais. Assim, torna-se fundamental a avaliação da qualidade de vida dos pacientes vivendo na comunidade (Souza & Coutinho, 2006).

A intervenção psicossocial consiste no tratamento do paciente, envolvendo-o em atividades sociais e ocupacionais. Ela está sendo utilizada para diminuir o estigma da doença mental perante a sociedade, sendo que o próprio usuário que, muitas vezes, sente-se acanhado em procurar ajuda, acarretando, portanto, uma deterioração que poderia ter sido evitada. Outra característica da intervenção psicossocial é a busca da recuperação e aceitação da doença, quebrado o estigma através do envolvimento em atividades grupais, com direção orientada (Giacon & Galera, 2006).

Um ambiente restrito e com mais privacidade possibilita melhores oportunidades para um ritmo normal da vida e facilita o processo de interação social. Pacientes que têm mais contato com os serviços comunitários demonstraram mais possibilidade de realizarem interações sociais e de aprenderem o que é prático (Vidal, Gontijo & Bandeira, 2007). Outra

característica relevante para assegurar o sucesso da interação dos pacientes é o acesso a um ambiente comunitário que estimule sua participação em atividades cotidianas e na elaboração dos trabalhos de casa, segundo um roteiro individualizado de habilidades a serem desenvolvidas (Vidal, Gontijo & Bandeira, 2007).

Entre a teoria sistêmica da família e uma possível hipótese sistêmica da esquizofrenia, considera-se que assim como a família se estrutura em serventia de uma situação, a esquizofrenia se desenvolve à partir de problemáticas advindas das diferentes etapas do desenvolvimento humano, incluindo: a transmissão genética, a história de vida, as situações recentes com as quais o sujeito se depara como também ao tipo de apoio social que recebe (Macêdo, Fernandes & Costa, 2013).

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave que tende a evoluir para a cronicidade. Sua severidade pode ser mais bem compreendida na estrutura familiar ao levar em conta os danos causados na vida de seus portadores, em suas atividades rotineiras e em todas as suas relações pessoais (Oliveira & Furegato, 2012).

O convívio com o esquizofrênico é considerado um compromisso de batalha contra o sofrimento. É importante que os profissionais tenham a família como aliada no processo terapêutico, não se restringindo apenas a cuidar dos prejuízos gerados pela doença (Oliveira, Facina & Junior, 2012). O impacto da esquizofrenia sobre a família tem sido equiparado ao trauma vivido por vítimas de catástrofes. Quando ocorre o primeiro episódio, normalmente no final da adolescência ou início da vida adulta, a família vivencia uma situação de perturbação que desorganiza todo o grupo. A vida familiar é cessada e a trajetória de vida pode ser modificada. Após o impacto inicial, a família começa um processo de adaptação, visando manter um equilíbrio que favorece vantagens para a sobrevivência de todo o grupo (Giacon & Galera, 2013).

A interação com os familiares é um fator que frequentemente intercede na adesão ao tratamento, promovendo-a. Familiares podem tanto desencorajar o paciente a prosseguir com o tratamento prescrito, quanto motivá-lo a fazer uso de medicações não prescritas e outras substâncias psicoativas. A esse respeito, estudo aponta que a qualidade das interações familiares desempenha um papel de suma importância na estabilização do paciente (Vedana, Kelly & Miasso, 2012).

A Reforma Psiquiátrica não pode ser limitada à devolução dos pacientes às famílias, sem o preparo das mesmas para o cuidado com o paciente. É substancialmente importante

oferecer à família de pessoas com transtornos mentais orientação e suporte social organizado que diminua sua sobrecarga e atenda às suas demandas e apoio. Para que possam colaborar efetivamente no tratamento do portador de Esquizofrenia, os familiares devem receber o preparo e apoio apropriado às suas necessidades (Vedana, Kelly & Miasso, 2012).

A intervenção familiar vem se tornando uma alternativa vital ao primeiro episódio esquizofrênico. Deve-se conhecer primeiramente a família, bem como suas características, limitações, medos e inseguranças. Sabe-se que, no instante em que a família se depara com a recente situação, ocorre uma desorganização do grupo, na tentativa de se ajustar. Se a família não for amparada neste momento, sua adaptação pode resultar em fatores que favorecem pouco na estabilização e melhora do paciente, levando todo o grupo a um sofrimento mental. Uma adaptação mais efetiva é de grande valor na recuperação e inclusão do doente mental e na qualidade de vida de todo o grupo (Giacon & Galera, 2006).

Deve-se acolher a família proporcionando suporte para as demandas manifestadas tais como: conflitos, situações de crise, isolamento social, etc. Os serviços de saúde devem se estruturar para potencializar a relação familiar/profissional/serviço (Giacon *&* Galera, 2006).

Tratamento Farmacológico

Como enfermidade crônica, a esquizofrenia carecia de tratamento para atenuar os sintomas e melhorar as condições de vida. Até os anos 50 não havia recursos para o tratamento dos doentes psiquiátricos. A única solução para esses pacientes era aprisioná-los pelo resto de suas vidas em hospitais ou asilos (Alves & Silva, 2001).

O tratamento farmacológico da esquizofrenia teve seu início com a descoberta dos medicamentos chamados de antipsicóticos, capazes de melhorar os sintomas dos pacientes portadores dessa síndrome. A inserção dos antipsicóticos resultou em uma grande modificação na psiquiatria e ficou conhecida como a "revolução farmacológica da psiquiatria", porque possibilitaram que os doentes mentais internados em manicômios pudessem ser medicados em seu próprio lar, alguns chegando a coabitar normalmente em sociedade (Alves *et al*., 2001).

A história dos antipsicóticos teve inicio na França, em 1952, com a introdução da clorpromazina. Henri Laborint, cirurgião francês interessado em drogas que pudessem minimizar a ansiedade pré-operatória, convenceu o laboratório Rhone-Poulenc da importância de identificar compostos que tranquilizassem os pacientes em procedimentos de cirurgia.

Sintetizada por Paul Charpenter em 1950, a clorpromazina alcançou as metas do cirurgião francês. Laborint notou que essa substância, administrada intravenosamente em doses de 50-100 MG, produzia nos pacientes pré-operatórios um comportamento de indiferença ao ato cirúrgico, embora eles pudessem, por exemplo, dialogar com outras pessoas. Essas observações fizeram com que Delay e outros psiquiatras, ainda em 1952, começassem a administrar a clorpromazina em pacientes psiquiátricos, os quais demonstraram relevante melhora sintomática. Assim, a clorpromazina foi o primeiro tratamento com ação relativamente específica sobre sintomas psicóticos (Alves & Silva, 2001).

É comum a proposição de uma série de recomendações ao paciente, sem que se leve em consideração a complexidade dos procedimentos, capacidade de sua aplicação, custo e possíveis reações adversas à medicação. Consequentemente, é frequente o baixo nível de aderência, particularmente, quando se requer procedimentos de tratamento ou emprego contínuo de medicamento durante um longo período (Bechelli, 2003).

A dificuldade na aderência ao tratamento pode englobar a não aquisição da prescrição, recusa em tomar o medicamento, administração irregular, dificuldade com os diversos horários e sequência dos vários medicamentos, e, por fim, a própria interrupção do tratamento. Já no início da década de 60, quando os antipsicóticos começaram a ser utilizados em maior escala e como recurso indispensável no tratamento da esquizofrenia, foi demonstrado que 48% dos doentes acompanhados em ambulatório não tomavam o medicamento. Outro estudo mostrou que 20% dos pacientes hospitalizados, sob controles supostamente rigorosos, deixavam de tomar toda a medicação prescrita. Passados 40 anos, o problema ainda continua e em porcentagem equivalente. Na década de 90, uma análise mostrou que a taxa de aderência foi de 40% no primeiro ano após a alta hospitalar. Mesmo com toda a evolução que temos acompanhado, com o advento dos antipsicóticos de nova geração, apresentando perfil de efeitos colaterais mais brandos, melhorando a tolerabilidade e aceitação, continua a dificuldade da aderência (Bechelli, 2003).

A falta de adesão ao tratamento tem mobilizado pesquisadores e clínicos, já que a não adesão pode ser considerada como um relevante problema de saúde pública, devido à cronificação da doença e altos custos. Tratando-se de enfermidade crônica que precisa de cuidados contínuos, como a esquizofrenia, é necessária que haja comprometimento do paciente ao tratamento proposto, garantindo assim uma maior efetividade terapêutica (Silva, *et al*., 2012).

O uso de antipsicóticos atípicos esteve assimilado à maior adesão ao tratamento na maioria dos estudos. Isso se deve provavelmente ao fato de essa classe medicamentosa produzir efeitos colaterais mais brandos do que os antipsicóticos típicos. A maior adesão aos atípicos foi esclarecida por alguns estudos devido ao fato de que dos pacientes com baixa adesão já terem sua classe antipsicótica anteriormente substituída para atípica por causa desse problema, enquanto aqueles com adesão ao uso de medicamentos típicos não necessitam ter sua classe modificada. A administração dos medicamentos por via parenteral também se assimilou à maior adesão nos pacientes do espectro esquizofrênico. Essa via de administração tem benefício de facilitar a adesão dos pacientes que não se lembram de usar a medicação por via oral, bem como auxiliar na minimização dos sintomas do transtorno e no aumento do insight naqueles pacientes que recusam uso de medicação, por manter níveis plasmáticos estáveis de longa duração (Silva, *et al*., 2012).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa pretendeu investigar estratégias que promovam melhorias no tratamento da esquizofrenia, sobretudo na interação social, familiar e adesão ao tratamento.

A terapia de grupo com pacientes esquizofrênicos proporciona uma significativa melhora nos seguintes requisitos: redução do isolamento social, aumento do compromisso com a medicação, aspectos volitivos, melhora do teste de realidade, aumento do senso de coesão, contribuindo desse modo, para a redução na frequência de reiterações.

Outra característica relevante para assegurar o sucesso da interação dos pacientes é o acesso a um ambiente comunitário que estimule sua participação em atividades cotidianas e na elaboração dos trabalhos de casa, segundo um roteiro individualizado de habilidades a serem desenvolvidas. Pacientes que têm mais contato com os serviços comunitários demonstraram mais possibilidade de realizarem interações sociais e de aprenderem o que é prático.

Os antipsicóticos são capazes de melhorar os sintomas dos pacientes portadores da esquizofrenia. Alguns chegando a conviver normalmente em sociedade, mas também foi observado no estudo que é comum o baixo nível de aderência, particularmente, quando se requer procedimentos de tratamento ou emprego contínuo de medicamento durante um longo período.

A dificuldade na aderência ao tratamento pode englobar a não aquisição da prescrição, recusa em tomar o medicamento, administração irregular, dificuldade com os diversos horários e sequência dos vários medicamentos e, por fim, à própria interrupção do tratamento.

É de grande importância o fortalecimento dos vínculos familiares, favorecendo o tratamento do paciente, pois há evidencias de que esta pode colaborar significativamente com o sucesso no tratamento, inclusive no que se refere ao tratamento medicamentoso. Familiares podem tanto desencorajar o paciente a prosseguir com o tratamento prescrito, quanto motivá-lo a fazer uso de medicações não prescritas e outras substâncias psicoativas. É importante que os profissionais tenham a família como aliada no processo terapêutico, não se restringindo apenas a cuidar dos prejuízos gerados pela doença.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V-TR)* (4a ed). Porto Alegre/RS: Artes Médicas.

Bechelli, L. P. C. (2003). Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte II. O manejo do medicamento, integração da equipe multidisciplinar e perspectivas com a formulação de antipsicóticos de nova geração de ação prolongada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *11*(4), 507-515.

Cardoso, L. & Galera, A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(1), 87-94.

Durão, A. M. S. S, Maria C. B. M & Miasso, A. I. (2007). Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de clozapina e acompanhamento grupal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *41*(2), 251-257.

Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *40*(2), 286-291.

Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2013). Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *66*(3), 321-326.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2010). *Compêndio de Psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed.

Macêdo, T. E. P. M., Fernandes, C. A. & Costa, I. S. (2013). Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: estudo exploratório. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *18*(4), 639-647.

Oliveira, R. M., & Furegato, A. R. F. (2012). Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*(3), 618-625.

Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R. & Junior, A. C. S. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(2), 309-16.

Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*(Suppl. 1), 56-58.

Silva, T. F. C., Lovisi, G. M., Verdolin, L. D. & Cavalcanti, M. T. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *61*(4), 242-251.

Souza, L. A & Coutinho, E. S. F. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*(1), 50-58.

Vedana, K. G. G. & Miasso, A. I. (2012). A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa?. *Acta Paulista de Enfermagem*, *25*(6), 830-836.

Vidal, C. E. L. G, Eliane, D. M. & Bandeira, M. B. (2007). Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *29* (3), 294-304.