

**UNIFACCAMP- CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPO LIMPO PAULISTA**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

Angélica Rudolpho - RA: 30484

Carolina Larissa dos Santos Fernandes - RA: 27820

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM**  
**DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

**CAMPO LIMPO PAULISTA**

**2022**

Angélica Rudolpho - RA: 30484

Carolina Larissa dos Santos Fernandes - RA: 27820

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM  
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário Campo Limpo Paulista como critério parcial para obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Ma. Graziela Viana Magalhães

**CAMPO LIMPO PAULISTA**

**2022**

Esta monografia está de acordo com as seguintes normas em vigor no momento desta publicação:

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 14724:2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação. 3a ed. ABNT: Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 6028:2021 - Informação e documentação – Resumo, resenha e recensão - Apresentação. 2a ed. ABNT: Rio de Janeiro, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 6023:2018 - Informação e documentação, Referências e Elaboração. 2a ed. ABNT: Rio de Janeiro, 2018.

## **AGRADECIMENTOS**

Pela conclusão deste trabalho, assim como pelo encerramento desses longos e intensos anos de estudos, agradecemos a Deus, pois Ele se fez presente em cada etapa do caminho nos encorajando e iluminando.

Somos imensamente gratas a nossa orientadora Graziela Viana Magalhães, que na etapa final do curso incentivou e norteou nosso trabalho pontualmente, sendo sempre solícita e disposta a realizar as correções, independentemente das datas comemorativas e ou finais de semana nos quais nos atendeu e amparou.

A todos os professores que nos acresceram algum conhecimento, seja teórico, de experiência de vida ou através de sua ética profissional no exercício da função. Em especial, agradecemos a atual coordenadora do curso, Andréia de Lima Rafael Quintelia que o tem conduzido com maestria, delicadeza e com uma inabalável humanização, a ela devemos inúmeros saberes adquiridos, assim como experiências proporcionadas através de suas intervenções.

Aos nossos pais, amigos e familiares que foram e ainda são a base que sustenta nossos sonhos e que nos abrigam nas batalhas que enfrentamos para realiza-los. Por fim, expressamos incomensurável agradecimento aos amigos de curso que agora, tornam-se colegas de profissão, por todo auxílio, compreensão e terapias grupais em sala de aula que realizamos para dividir as emoções, alegrias e dificuldades que uma graduação carrega consigo.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao  
tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

**(Carl Jung)**

## RESUMO

RUDOLPHO, A.; FERNANDES, C. L. dos S. **Intervenções terapêuticas em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Centro Universitário Campo Limpo Paulista. Campo Limpo Paulista: 2022.

**Introdução:** A esquizofrenia é um transtorno mental crônico que se encaixa no grupo das psicoses e possui vários graus. É caracterizada pela perda do contato com a realidade e concomitância com disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais.

**Objetivos:** Identificar quais as intervenções terapêuticas podem ser realizadas em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com descrição e análise qualitativa sobre os métodos de tratamento direcionados aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia desde os primórdios dos métodos de reclusão e exclusão social até a concepção atual a partir do método psicossocial. Foi realizado um recorte temporal de trabalhos publicados entre os anos de 2013 e 2021 e analisados qualitativamente para possibilitar a discussão teórica e prática das práticas terapêuticas publicadas nesse período.

**Resultados:** As ações terapêuticas dispensadas aos pacientes com esquizofrenia englobam diferentes profissionais tais como o médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, enfermeiro, oficineiros e outros. As ações terapêuticas dispensadas aos pacientes com esquizofrenia englobam diferentes profissionais tais como o médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, enfermeiro, oficineiros e outros. As principais intervenções se dão através da prescrição de psicotrópicos com revisão periódica dos medicamentos, psicoterapia individual ou grupal, participação em oficinas de arteterapia e musicoterapia, terapia ocupacional, atividades educação física, orientação familiar entre outros, para atender as demandas e oferecer cuidado integral ao paciente. **Conclusão:** As intervenções realizadas a partir de uma prática clínica psicossocial tem sido amplamente utilizada como proposta interventiva em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. A relação da equipe multidisciplinar com o paciente e a família é de suma importância para o seguimento clínico do tratamento favorecimento de melhores condições biopsicossociais e de qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** esquizofrenia; transtornos mentais; saúde mental; procedimentos terapêuticos.

## ABSTRACT

RUDOLPHO, A.; FERNANDES, C. L. dos S. **Therapeutic interventions in patients diagnosed with schizophrenia.** [Course Completion Work]. Centro Universitário Campo Limpo Paulista. Campo Limpo Paulista: 2022.

**Introduction:** Schizophrenia is a chronic mental disorder that fits into the group of psychoses and has different degrees. It is characterized by the loss of contact with reality and concomitant with cognitive, emotional and behavioral dysfunctions. **Objectives:** To identify which therapeutic interventions can be performed in patients diagnosed with schizophrenia. **Method:** This is a literature review study, with description and qualitative analysis of treatment methods aimed at patients diagnosed with schizophrenia from the beginnings of the methods of reclusion and social exclusion to the current conception from the psychosocial method. A temporal cut of works published between the years 2013 and 2021 was carried out and analyzed qualitatively to enable theoretical and practical discussion of therapeutic practices published in that period. **Results:** The therapeutic actions provided to patients with schizophrenia include different professionals such as psychiatrists, psychologists, social workers, occupational therapists, physical educators, nurses, workshop workers and others. The main interventions are through the prescription of psychotropic drugs with periodic review of medications, individual or group psychotherapy, participation in art therapy and music therapy workshops, occupational therapy, physical education activities, family guidance between others to meet the demands and offer comprehensive care to the patient. **Conclusion:** Interventions carried out from a psychosocial clinical practice have been widely used as an intervention proposal in patients diagnosed with schizophrenia. The relationship of the multidisciplinary team with the patient and the family is of paramount importance for the clinical follow-up of the treatment, favoring better biopsychosocial conditions and quality of life.

**Keywords:** schizophrenia; mental disorders; mental health; therapeutic procedures.

## SUMÁRIO

1	Introdução .....	7
1.1	A "loucura" e o "louco" .....	7
1.2	A esquizofrenia .....	9
1.2.1	Definição e características clínicas .....	9
1.2.3	Comorbidades associadas .....	12
1.2.4	Fatores de risco.....	12
1.2.5	Critérios de diagnóstico.....	14
1.2.6	Diagnóstico diferencial .....	15
2	Justificativa.....	17
3	Objetivos .....	18
3.1	Objetivo geral.....	18
3.2	Objetivos específicos.....	18
4	Método .....	19
4.1	Tipo de pesquisa .....	19
4.2	Procedimentos.....	19
4.3	Análise dos dados .....	19
5	Resultados .....	20
6	Discussão.....	25
7	Conclusão .....	28
	Referências .....	29



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A "loucura" e o "louco"

A história da reclusão começa no final da Idade Média, onde a sociedade era assombrada pela lepra. Com isso foram criados os chamados leprosários onde pessoas tomadas pela doença eram confinadas até sua cura ou mesmo a morte. Com o passar do tempo a lepra foi desaparecendo e os locais destinados aos leprosos começaram a abrigar doentes incuráveis, pobres, desocupados, presidiários e também os ditos "loucos" (FOUCAULT, 2010).

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, instituiu-se "o diferente", ou seja, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade considerava adequado. O doente mental, excluído do convívio dos ditos "normais", foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade (GONÇALVES e SENA, 2001).

Os alienados eram isolados do convívio social para não mais oferecer riscos e ameaças aos chamados "normais" da época. O asilo e a reclusão tomavam espaço, objetivando sempre a segurança da ordem moral do público envolvido e do atendimento aos doentes (FOUCAULT, 2010).

Num primeiro momento do século XVI esses espaços dos leprosários foram preenchidos pelos portadores de doenças venéreas sob influência do modo de institucionalização que se constituiu no século XVII. Esse mal foi controlado, mas se integrou ao lado da loucura num espaço de exclusão, o que leva a crer que pareça ser de forma bem aparentada (MILLANI e VALENTE, 2008).

A alienação era tratada de forma desumanizada, portanto, não traria a cura efetiva. A loucura era descrita como sendo perversa, selvagem e desarranjada, portanto, a cura só poderia ocorrer se a institucionalização fosse extinta e a sociedade fosse reformada (FOUCAULT, 2010).

A institucionalização foi uma criação própria do século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permitia comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Não é possível dizer que se esperou até o século XVII

para que a loucura fosse trancada, porém foi nesse momento que se iniciou sua institucionalização, misturando os “loucos” a toda uma população que fugia de alguma forma das normas existentes na época (GARCIA, 2001). A partir de então, o conceito de alienação passa a ser considerado como sinônimo de erro não mais advindo de forças sobrenaturais ou estranhas a razão. A alienação passou a ser vista como uma dificuldade de relacionar-se com a sociedade, o alienado então ficava fora de si e da realidade, perdendo sua capacidade crítica e de juízo (AMARANTE, 2003).

Pinel (1801, *apud* Freitas, 2004) em sua obra exemplifica que a alienação distância o “louco” de sua própria loucura, como se algo o impedisse de ser dominado pelo distúrbio, pois o mesmo apresenta algumas faculdades mentais que ainda não foram afetadas.

A palavra isolamento tem sido regularmente utilizada para expressar o caráter de exclusão do louco na instituição manicomial. Mas, é importante ressaltar que o isolamento foi (e permanece sendo) uma estratégia de conhecimento do método das ciências naturais. Isolar significa possibilitar a observação do “objeto em seu estado puro”. Por outro lado, no exercício da construção do alienismo, o isolamento tornou-se também um ato terapêutico, na medida em que favorece a reeducação moral do internado no mundo da instituição. Em outras palavras, o asilo, enquanto espaço ordenado em bases científicas, como propunham Pinel e Esquirol seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina (AMARANTE, 2003, p.7).

Em conformidade com a época, a institucionalização então surge com o propósito de confinar os loucos para extinguir a confusão social e refrear a natureza. Porém, não se destinava apenas aos loucos, mas também aos ociosos, descumpridores da lei, pobres, criminosos e outras pessoas se não se enquadrassem no padrão social esperado (HADDOCK, 2008).

Esse é o primeiro dos grandes erros nos quais a era clássica iria fechar o conceito de loucura. Existia o hábito de dizer que o “louco” da Idade Média era considerado como uma personagem sagrada. Nada mais falso. Se era sagrado isso se devia as práticas de caridade no período medieval que participava dos obscuros poderes da miséria. Mais que qualquer outro, estas a exaltavam (FOUCAULT, 2010).

O conceito da loucura sempre foi um motivo de discussões e isso interferiu e muito nos tipos de práticas interventivas e espaços em que estas eram realizadas. Inicialmente, o conceito de loucura era representado pelo conceito de “desrazão”, que

significava uma ameaça à sociedade, algo estranho e perigoso à mesma. Porém, há de se considerar que na Grécia Antiga, os loucos não eram considerados doentes ou que representavam algo negativo à sociedade, mas sim que eram pessoas privilegiadas (SILVEIRA e BRAGA, 2005).

Desde a disseminação dos antigos leprosários europeus na Idade Média, que posteriormente passaram a pertencer, por herança histórica, aos insanos que necessitavam do asilamento. A história destas doenças fomenta reflexões no sentido de procurar compreender o que se denominou de instituição e quais foram os reflexos que existiam e existem ainda hoje nas práticas e políticas de atenção à saúde (GARCIA, 2001).

Na cultura greco-romana acreditava-se que a doença mental era causada por forças sobrenaturais ou de natureza mística, no qual os doentes mentais estavam possuídos por espíritos malignos ou castigados pelos deuses. Ainda não havia tratamentos seguros para a doença e os médicos utilizavam métodos advindos da medicina e da religião (OLIVEIRA, 2004).

## **1.2 A esquizofrenia**

### **1.2.1 Definição e características clínicas**

Compreende-se a esquizofrenia como um quadro psiquiátrico de evolução em caráter crônico. O desencadeamento dos sintomas mais evidentes poderá variar entre os 15 e 20 anos de idade para homens e entre 20 e 25 anos para as mulheres. Sua causa ainda não possui definição clara devido aos inúmeros fatores que podem levar a esta condição, tais como fatos hereditários e ambientais, que podem contribuir para o desencadeamento do transtorno e do nível de gravidade clínica (HANSEN *et al.*, 2014).

Os sintomas característicos da esquizofrenia podem desencadear diversas disfunções ocupacionais, emocionais e cognitivas, que interferem no processo de

contato com a realidade, atuando na capacidade perceptiva e principalmente no que cerne a comunicação e o comportamento (APA, 2014).

As dificuldades originárias da esquizofrenia podem ser descritas como sendo prejuízos no relacionamento interpessoal, na solução de problemas e no processamento das informações. Caracteriza-se como sendo um transtorno psicótico, com seu início entre a adolescência e o início da vida adulta e que produzem prejuízos significativos para o desenvolvimento de funções básicas, como por exemplo, trabalhar, possuir relacionamentos duradouros, estudar e estar em contato direto com a sociedade (MOLL e SAEKI, 2009).

Um dos principais sintomas da esquizofrenia é o comprometimento no funcionamento social, que pode se desenvolver como um isolamento ou ainda um desajustamento comportamental e afetivo. O desequilíbrio mental do paciente com esquizofrenia é um dos fatores do desajustamento social (TONELLI e ALVAREZ, 2009).

A doença inclui sintomas como delírios de perseguição, alucinações auditivas, visuais, táteis ou olfativas. As alterações podem ser tanto de nível do pensamento quanto da afetividade, motivação e motricidade (NETO BRITO, 2012).

As principais características que definem os Transtornos Psicóticos são delírios, alucinações, desorganização do pensamento (discurso), comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos. Anteriormente, a esquizofrenia era subdividida em cinco tipos (APA, 2014), tais como:

1. Paranoide: há a presença de delírios ou alucinações auditivas eminentes no contexto de uma importante preservação do funcionamento cognitivo e afetivo;
2. Desorganizado: o discurso e o comportamento são desorganizados e há embotamento afetivo ou inapropriado;
3. Catatônico: ocorre uma significativa perturbação psicomotora, podendo envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva, extremo

negativismo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia;

4. Indiferenciado: refere-se a presença de sintomas característicos do Critério A, porém não se enquadram os critérios para os Tipos Paranoide, Desorganizado ou Catatônico;
5. Residual: caracterizada com no mínimo um episódio de Esquizofrenia, porém não apresenta sintomas psicóticos positivos proeminentes. As comorbidades se apresentam de forma significativa em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, onde os principais sintomas são a ansiedade, depressão, e uso ou abuso de substâncias psicoativas. Pacientes esquizofrênicos podem apresentar transtornos de ansiedade, como por exemplo, a fobia social, identificada como a principal comorbidade dessa patologia. De acordo com a literatura, 50% dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são dependentes de álcool e outras substâncias, podendo desencadear a esquizofrenia por conta do uso de drogas, ou adquirir o vício após o diagnóstico. Os prejuízos funcionais adquiridos a partir da esquizofrenia são de grande importância para que o diagnóstico seja adequado, e as comorbidades que se apresentarem recebam atenção primordial para obter uma qualidade de vida.

Atualmente, os a descrição clínica diagnóstica não utiliza tais subtipos (ARAÚJO e NETO, 2003). A quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), passou a apresentar inúmeras modificações descritivas. O diagnóstico para a esquizofrenia necessita da presença de dois a cinco sintomas para que seja completo, mesmo que um dos sintomas, já indiquem situações positivas para o diagnóstico (APA, 2014). Tal diferença, pode ser observada ao fato de que sua divisão acabava interferindo na tomada de decisão das prescrições medicamentosas e conseqüentemente na evolução do prognóstico (ARAÚJO e NETO, 2003).

Como não se consegue determinar as causas da esquizofrenia, não é dito que a família seja a causadora desta situação, por isso, o trabalho direcionado à equipe

psicossocial encontra-se diretamente ligado às relações entre a família, o paciente e os próprios profissionais, na busca por melhorar todos os resultados que se desejam alcançar (SCAZUFCA, 2000).

### **1.2.3 Comorbidades associadas**

Meleiro (2018, apud MOREIRA e OLIVEIRA, 2004) relata que os pacientes apresentam comorbidades somáticas em maior frequência quando comparado com a população geral, com destaque para: obesidade, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), artrite reumatóide, dentre outras que comprometem a qualidade de vida e podem agravar o próprio quadro psiquiátrico.

Segundo Newman *et al.* (1998), a presença de comorbidade interfere na evolução da doença, tornando seu curso mais crônico, com pior prognóstico e resposta ao tratamento. No entanto, poucos estudos compararam tal interferência em outros aspectos do comportamento, como a capacidade adaptativa e o desempenho nas atividades profissionais e sociais. Na prática clínica, pacientes que apresentam mais de um transtorno são geralmente mais graves do que os portadores de uma patologia isolada.

### **1.2.4 Fatores de risco**

A esquizofrenia é um transtorno de distribuição universal, que possui por faixa etária de risco a idade de 20 a 30 anos e exibe uma prevalência, assim como um surgimento antecipado juntamente com sintomas mais acentuados no sexo masculino em detrimento do feminino.(APA,2014).

A demonstração de um dos fatores causais mais seguramente implicados no desenvolvimento da esquizofrenia vem dos estudos em genética epidemiológica que, por meio de mais de oito décadas de investigações, confirmaram a influência genética para o transtorno. Desde a década de 80, vários estudos moleculares têm procurado identificar precisamente esse(s) gene(s) de susceptibilidade (VALLADA FILHO e SAMAIA, 2000).

Tendo por base 40 dos melhores estudos em família realizados nos anos de 1920 e 1987, Gottesman (1991, *apud* VALLADA FILHO e SAMAIA, 2000) explicita sobre os riscos médios de desenvolvimento de esquizofrenia baseado no grau de parentesco.

**Tabela 1. Risco para desenvolvimento de esquizofrenia ao longo da vida em parentes de pacientes esquizofrênicos.**

<b>Grau de parentesco</b>	<b>Risco (%)</b>
<b>Primeiro grau</b>	
Pais	6
Filhos (pais não afetados)	13
Filhos (com pai e mãe esquizofrênicos)	46
Irmãos	9
Irmãos (com um progenitor afetado)	17
<b>Segundo grau</b>	
Meio - Irmãos	6
Netos	5
Sobrinhos	4
Tios	2
<b>Terceiro Grau</b>	
Primos	2
População geral	1

**Fonte:** Gottesman (1991, *apud* FILHO e SAMAIA, 2000.), adaptado.

A Tabela 1 demonstra a relação entre o grau de parentesco como um fator de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia. No entanto, pesquisas com gêmeos idênticos demonstram questões ambientais também como fatores determinantes, pois sem esse fator, a prevalência da esquizofrenia em gêmeos monozigóticos deveria ser 100%, o que não ocorre. (GOTTESMAN, 1991, *apud* FILHO E SAMAIA, 2000).

No que compete aos fatores de risco,

Eventos perinatais e complicações durante o parto podem causar danos ao hipocampo e córtex cerebral por causar hipóxia ou isquemia. Assim, eventos que afetam o desenvolvimento cerebral durante a gestação e o período perinatal estão claramente relacionados à esquizofrenia. A esquizofrenia é vista como uma doença que pode se manifestar em indivíduos biologicamente vulneráveis, nos quais um ambiente afetivo familiar pode colaborar para o início da doença ou para recaídas (SILVA, 2006).

Esta patologia pode ser apresentada especialmente em pessoas que vivem condições físicas, psicológicas, sociais e até mesmo financeiras vulneráveis, assim

como ser responsável por tornar todos os aspectos familiares e sociais em caráter de desencadeamento de situações que possam vir a modificar seu psicológico (VALLADA FILHO e SAMAIA, 2000).

### **1.2.5 Critérios de diagnóstico**

O diagnóstico da esquizofrenia envolve uma série de sinais e sintomas relacionados ao funcionamento acadêmico, social ou ocupacional prejudicados. Portanto, os sinais de humor devem ser levados em consideração, pois na maioria dos casos, o afeto é inadequado, como por exemplo, rir sem estímulo apropriado (APA, 2014).

Geralmente é realizado através de um especialista que analisa as manifestações da doença no paciente, porém não existem exames laboratoriais que possam ser utilizados para diagnóstico da esquizofrenia (NETO BRITO, 2012).

A maioria das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia vive com seus familiares, dependendo, pelo menos em parte, de suporte emocional e financeiro. A família fica com a pesada carga de cuidar do paciente e orientar seu dia a dia. Os esclarecimentos aos familiares a respeito da doença e a troca de informações e experiências permitem que eles aprendam a conviver com o paciente, sem exigir dele metas inatingíveis (NETO e ELKIS, 1999).

Os critérios diagnósticos para esquizofrenia devem conter algumas características como, por exemplo, pelo menos 1 sintoma do Critério A (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos), quando os delírios se apresentam de maneira bizarra ou quando as alucinações vem acompanhadas de vozes que estejam relacionadas com o comportamento ou o pensamento do paciente (APA, 2014).

Segundo Neto Brito (2012), os critérios A e C possuem os principais aspectos da esquizofrenia que se manifestam em diferentes sinais e sintomas positivos ou negativos, presentes durante 1 mês ou menos, ocorrendo durante 6 meses mantendo os mesmos sintomas. Dessa forma, no Critério B, os sinais e sintomas são acompanhados de grande prejuízo funcional ou ocupacional. Já no Critério D e E, a



perturbação não é um Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno do Humor Com Características Psicóticas, devido a uma substância ou CMG. E por fim, no Critério F, pessoas diagnosticadas com Transtorno Autista ou qualquer outro Transtorno Global do Desenvolvimento, somente são diagnosticados com esquizofrenia, caso apresentem quadros de alucinações e delírios por no mínimo 1 mês (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5, no Critério A, apresentar dois (ou mais) sinais ou sintomas em um período de no mínimo 1 mês, tais como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, e sintomas negativos (como por exemplo, expressão emocional diminuída ou avolia). No Critério B, a perturbação ocasiona problemas em áreas de funcionamento, tais como profissional, interpessoal e acadêmico. Já no Critério C, esses sinais perduram até 6 meses pelo menos, incluindo no mínimo 1 mês de sintomas. De acordo com o Critério D, os transtornos Esquizoafetivo, Depressivo ou Bipolar são desconsiderados, pois os episódios depressivos maiores e/ou maníacos simultaneamente com sintomas da fase ativa não ocorreram, e os episódios de humor ocorreram de forma breve em comparação aos períodos ativos e residuais da doença. No Critério E, indica-se que o transtorno não pode ser associado aos efeitos fisiológicos de uma substância ou CMG. E por fim, no Critério F, o diagnóstico de esquizofrenia só é realizado em indivíduos com transtornos do Espectro Autista ou da Comunicação com início na infância se os delírios e as alucinações e demais sintomas da esquizofrenia ocorrem por pelo menos 1 mês (APA, 2014).

### **1.2.6 Diagnóstico diferencial**

Alguns outros transtornos mentais podem ter seus diagnósticos associados e até mesmo confundidos com o espectro da esquizofrenia, em decorrência, principalmente dos episódios delirantes e ou alucinatórios (APA, 2014). Entre eles temos:

Transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou catatônicas. A distinção entre esquizofrenia e transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou catatonia depende da relação temporal entre a perturbação do humor e a

psicose, bem como da gravidade dos sintomas depressivos ou maníacos. Se delírios ou alucinações ocorrem exclusivamente durante um episódio depressivo maior ou maníaco, o diagnóstico é transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas (APA, 2014).

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal podem apresentar insight prejudicado ou ausente, e as preocupações podem atingir proporções delirantes. Esses transtornos, porém, são diferentes da esquizofrenia por apresentarem obsessões proeminentes, compulsões, preocupações com aparência ou odores do corpo, acumulação compulsiva, comportamentos repetitivos com foco no corpo. (APA, 2014).

Entre os diversos transtornos que podem acarretar episódios alucinatórios ou delirantes, encontram-se tais características induzidas por intervenções medicamentosas e ou por substâncias, entretanto “pode ser geralmente diferenciado pela relação cronológica do uso da substância com o início e a remissão da psicose na ausência do uso de substância” (APA, 2014, p. 105). E, de acordo com a APA (2014, p.105) “o diagnóstico de esquizofrenia é feito apenas quando o episódio psicótico é persistente, não podendo ser atribuído a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.”

## 2 JUSTIFICATIVA

Por meio do presente estudo, buscou-se responder a problemática de quais são as possíveis intervenções terapêuticas destinadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Para tal, busca-se compreender que tratamentos são esses e como os mesmos poderão estar relacionados à esquizofrenia, uma vez que um tratamento adequado, após o diagnóstico, é de suma importância para a melhoria de vida do paciente, assim como eliminar qualquer preconceito que o mesmo venha a receber. Por não se ter um conhecimento eficaz, muito se acredita de forma errada sobre esta doença, de forma que não se pode contribuir de forma eficiente para a melhoria da vida do paciente.

A sociedade ainda se encontra desatualizada sobre os esclarecimentos acerca da esquizofrenia, onde, por senso comum, ainda existe a ideia de que estas pessoas não possuem condições para guiar suas próprias vidas. É necessário maiores explicações sobre o assunto, auxiliando todos sobre as exposições de conceitos, assim como métodos terapêuticos para clarificar e auxiliar em todos os problemas sociais.

Discutir a percepção de teóricos sobre o assunto, demonstrando necessidades voltadas a maiores estudos voltados à explicação sobre as intervenções terapêuticas que são destinadas aos pacientes com esquizofrenia.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar quais as intervenções terapêuticas podem ser realizadas em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia..

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Contextualizar o histórico de concepção do conceito de esquizofrenia.
- b) Discutir sobre as práticas terapêuticas propostas para os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo de revisão de literatura.

### **4.2 Procedimentos**

O recorte temporal de trabalhos publicados entre os anos de 2013 e 2021. Para tal revisão, foi realizado um levantamento de artigos indexados na plataforma do Google Acadêmico.

Foram incluídos estudos por meio da leitura do título e resumo dos artigos. Aqueles que atenderam à temática da pesquisa e os objetivos foram lidos na íntegra.

### **4.3 Análise dos dados**

Análise qualitativa dos dados levantados na revisão de literatura de modo a possibilitar a discussão teórica e prática das práticas terapêuticas utilizadas pelos autores.

## 5 RESULTADOS

Dentre os artigos analisados pode-se notar a evolução positiva das propostas de tratamento terapêutico direcionado aos pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia, desde Focault, Pinel, até Shirakawa e Neto, entre outros, assim como a ampliação na gama de saberes a serem utilizados como métodos de trabalho.

O tratamento do paciente que foi diagnosticado com esquizofrenia necessitará de um acompanhamento adequado por parte de uma equipe multidisciplinar. Apenas o tratamento psiquiátrico poderá não surtir um efeito esperado e, para tal, se faz necessário uma abordagem psicossocial, formando-se diversas formas de intervenções responsáveis por trabalhar com tais situações, assim como orientar toda a família do paciente para os momentos que estão por vir, entre outras modalidades (SHIRAKAWA, 2000).

O tratamento da esquizofrenia envolve intervenções de diversas áreas como a psicoterapia, a terapia medicamentosa e a socioterapia, que enfatiza a reabilitação psicossocial do indivíduo tornando o envolvimento de familiares, pacientes e profissionais ligados à saúde muito importante. O tratamento atualmente se concretiza fora do ambiente hospitalar, mas há casos isolados que ainda necessitam de internação durante os períodos de surto (HANSEN *et al.*, 2014).

Através da interdisciplinaridade, a esquizofrenia pode ser avaliada e tratada em sua integralidade e envolvendo várias características instituídas pela visão biopsicossocial. Os medicamentos auxiliam no controle dos sintomas, diminuindo os riscos de flutuação dos mesmos ou da condição de surtos recorrentes. O acompanhamento psiquiátrico do paciente com diagnóstico de esquizofrenia tem como principal objetivo a prevenção e a promoção de recursos médicos e não médicos para proporcionar maior qualidade de vida para o paciente e os familiares. Além desse objetivo, o tratamento psiquiátrico tem por meta principal a prevenção de tentativas suicidas e minimizar o esgotamento físico e emocional dos familiares (SHIRAKAWA, 2015). Portanto, o tratamento farmacológico atualmente tem se demonstrado extremamente efetivo no processo terapêutico da esquizofrenia, no entanto, não há indícios de que os medicamentos promoverão a cura, mas as drogas antipsicóticas

tem sido as primeiras a serem indicadas no tratamento em todos os níveis de gravidade. Os medicamentos antipsicóticos diminuem significativamente o período de hospitalização durante as crises e o tratamento pode permanecer nos lares após o período de diminuição dos sintomas (GAMA *et al.*, 2003).

A manutenção do tratamento da esquizofrenia engloba não somente o controle na fase aguda da doença, mas também retardar crises e novas internações hospitalares. Porém, o uso de antipsicóticos pode fazer com que a resposta medicamentosa seja ineficaz ou traga riscos de toxicidade (GAMA *et al.*, 2003). O médico psiquiatra é o responsável por analisar cada caso e prescrever o melhor método de intervenção terapêutica a partir dos conhecimentos técnicos advindos da medicina, como por exemplo, os medicamentos benzodiazepínicos, estabilizadores do humor e anticonvulsivantes, antidepressivos, terapia eletroconvulsiva, estimulação magnética transcraniana repetitiva, e outros (FALKAI *et al.*, 2006).

Outro fator importante no tratamento médico é o momento correto para explicar ao paciente sobre sua patologia. Sobre esse aspecto, é possível que isso fique a critério do psiquiatra, onde o mesmo poderá avaliar quando o paciente estiver mais preparado e houver uma boa relação terapêutica. Esse processo envolve a aceitação e a compreensão da doença, facilitando dessa forma a melhor adesão ao tratamento psiquiátrico, onde o paciente contribuirá para a estabilização do quadro (SHIRAKAWA, 2015).

Ao se tratar de intervenções dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, além da atenção médica, o tratamento psicológico mostra-se significativamente importante para o sucesso do tratamento e a prevenção de novas crises (ZANINI, 2000).

A psicoterapia no tratamento da esquizofrenia, durante o período anterior a década de 70, baseava-se exclusivamente nas teorias psicodinâmicas, ou em teorias que se baseavam na crença de que a esquizofrenia era uma doença com sua causa na patogenicidade do comportamento ou na comunicação entre o doente e sua família (SILVA e FONSECA, 2004). Somente a partir da década de 80 as intervenções psicológicas começaram a surgir, visando um melhor aproveitamento das habilidades sociais e diminuição das crises e surtos (SILVA, 2006).

As intervenções psicossociais promovem o acolhimento do paciente e de sua família, como forma de auxiliar o processo de descoberta de novas possibilidades a partir do diagnóstico de esquizofrenia. Onde tem como principal objetivo a redução da sobrecarga e dos comportamentos psicóticos do paciente, e auxiliá-lo na compreensão do impacto que a esquizofrenia causa (FILHO SOUZA *et al.*, 2010).

As abordagens psicossociais têm como finalidade explicar as informações relacionadas à esquizofrenia e seu respectivo tratamento, auxiliar na compreensão das mudanças que ocorrerão com a doença, auxiliar no processo de adesão ao tratamento farmacológico, promover a redução de riscos como, por exemplo, o suicídio, entre outras (NETO BRITO, 2012).

Por meio do tratamento psicossocial, o paciente é levado a reorganizar suas rotinas e seu modo de vida, para que a qualidade de vida do mesmo possa ser mantida mesmo com o diagnóstico. Esse recurso é utilizado como ponto primordial, pois garante significativa diminuição das internações durante as fases críticas (SHIRAKAWA, 2015).

Ao receber a notícia do diagnóstico de esquizofrenia, o paciente deverá reavaliar sua vida como um todo, e se readaptar na situação em que se encontra. Portanto, a atenção psicossocial pode oferecer técnicas para essa adaptação do paciente, mas também como os familiares podem colaborar no tratamento do ente em questão (SHIRAKAWA, 2015).

A psicoterapia tem se mostrado um importante recurso terapêutico, associado ao tratamento farmacológico, na recuperação e na reabilitação do indivíduo esquizofrênico. Por meio de abordagens educativas, suportivas, interpessoais ou dinâmicas, visa-se recuperar o indivíduo no nível psíquico, interpessoal e social (ZANINI, 2000).

Um aspecto imprescindível para o processo terapêutico de um paciente diagnosticado com esquizofrenia é o posicionamento do psicólogo, que não deve ser demasiadamente confrontante e tão pouco desautorizante, mas suas habilidades de intervenção devem ser utilizadas de maneira estratégica para a eficácia do processo a ser realizado (ZANINI, 2000).

Os pacientes esquizofrênicos geralmente apresentam pouca condição de suportar altos níveis de tensão. Por isso, o terapeuta deve ser ativo e



monitorar a expressão dos afetos no encontro terapêutico, criando, assim, um clima de compreensão, respeito e empatia (ZANINI, 2000).

A psicoterapia, ao ser adotada como intervenção no manejo desses pacientes deve objetivar a contingência e suporte, tanto do paciente quanto de seus familiares, considerando os pressupostos demarcados após a reforma psiquiátrica. A família torna-se a principal provedora dos cuidados essenciais no tratamento de pacientes psiquiátricos (SILVA, 2006).

É papel do psicólogo também compreender e analisar as condições e limitações reais do paciente e do suporte familiar oferecido. A psicoterapia pode instrumentalizar o paciente para lidar com sentimentos e ou situações estressoras em seu cotidiano. Um dos objetivos fundamentais do trabalho psicológico com os pacientes esquizofrênicos não se limita a diminuição do isolamento, sendo esse um sintoma recorrente, mas antes, facilitar o processo de reconexão do indivíduo com a realidade compartilhada (SILVA, 2006).

Segundo Silva (2015), “o paciente deve ser capaz de reconhecer experiências reais e diferenciá-las das alucinatórias ou delirantes”. Portanto, o tratamento psicológico se dá juntamente com o tratamento medicamentoso, no qual o primeiro auxilia o paciente a enfrentar as mudanças que a doença traz consigo, como por exemplo, o estresse; e o segundo, tem como objetivo reduzir os sintomas positivos prevenindo as crises e surtos.

Segundo Scazufca (2003), o trabalho de orientação familiar desenvolvido pelo psicólogo objetiva fomentar uma rede de apoio para o paciente, mitigando as situações de criticidade e hostilidade diante de seu comportamento, assim como a previsibilidade de crises para auxiliar o paciente a lidar com as situações e ou consequências produzidas pelo seu diagnóstico.

As intervenções psicossociais com familiares de indivíduos com esquizofrenia se desenvolveram a partir de estudos que mostraram que a presença de um membro com esquizofrenia na família está relacionada à sobrecarga em diversos aspectos da vida da família e seus membros, como os relacionamentos, lazer, saúde física e mental. Também foram importantes estudos que mostraram que o clima afetivo familiar crítico, hostil e de alto envolvimento emocional pode afetar negativamente o curso da doença. (SCAZUFCA,2003).

Deve-se discutir com os familiares que possuem estreita relação com o paciente sobre um programa de educação familiar ao qual o psicólogo visando discutir,

o que se conhece e o que não se conhece sobre a esquizofrenia, incluindo questões sobre o diagnóstico e prognóstico, principais sintomas e comportamentos de indivíduos com esquizofrenia, a importância do tratamento farmacológico, as perspectivas de duração do tratamento e a importância da família para o tratamento (SCAZUFCA, 2003).

## 6 DISCUSSÃO

A história da reclusão iniciada no final da idade média, onde os “loucos” eram enclausurados, juntamente com os doentes incuráveis e quaisquer outros indivíduos que perturbassem a ordem e os padrões de comportamento da época estabeleceu o conceito do diferente. Foucault (2010) enfatizava que essa exclusão possuía como objetivo a segurança da ordem moral, ou como podemos interpretar, uma ferramenta de controle, tendo em vista que, muitos dos enviados ao que chamamos de manicômio não possuíam qualquer diagnóstico psiquiátrico. “Misturavam-se os loucos com os doentes da lepra, com os indigentes, os desabrigados, os estrangeiros, os abandonados, os vagabundos, os malfetores, e também com os criminosos causadores de delitos” (BIRMAN, 1978 *apud* TAVARES e HASHIMOTO, 2008).

O modelo de saúde mental atual buscou distanciar-se dos métodos antigos de internação, ou seja, após reforma psiquiátrica a socialização e subjetividade do paciente psiquiátrico passou a ser valorizada e melhor compreendida. “A esquizofrenia é uma doença ampla que, além da psicopatologia, compromete a vida de relação do seu portador” (SHIRAKAWA, 2000); e a multidisciplinaridade é entendida hoje como indispensável no tratamento de pacientes (SILVA e FONSECA, 2004).

A partir da década de 80 as intervenções psicológicas na esquizofrenia começaram a surgir buscando uma interação do paciente no que se refere a habilidades sociais e diminuição dos sintomas positivos. A esquizofrenia possui uma organização sistêmica quanto aos principais sintomas e características comuns ao transtorno - como delírios e alucinações. Portanto, carece de um olhar sensível a sua caracterização e apresentação individual, assim como descrevem alguns dos autores supracitados.

Shirakawa (2015) destaca a importância da abordagem psicossocial em reorganizar a vida do paciente, assim como a orientação familiar, mesmo porque, tendo por base a compreensão de que, em grande parte dos casos, o tratamento se concretiza fora do ambiente hospitalar. O conhecimento e incentivo da família torna-se extremamente valioso. Por intermédio da interdisciplinaridade pode-se vislumbrar

não apenas um fragmento do ser, um diagnóstico, mas antes um indivíduo com suas capacidades, debilidades, subjetividade, histórico e contexto familiar.

Ao associar a estabilidade dos sintomas com a diminuição do risco de novas crises propiciado pela intervenção medicamentosa favorece a reconexão com a realidade. Outro benefício da multidisciplinariedade no tratamento promover maior independência e qualidade de vida (SCAZUFCA, 2003).

No que tange a psiquiatria, Pinel (1801 *apud* FREITAS, 2004) compreendia a “loucura” e ou alienação mental como um distúrbio das paixões. Seu método de trabalho relacionava-se com a crença de que para conhecer quaisquer que sejam os fatores desencadeadores faz-se necessário o isolamento das interferências externas.

Em contrapartida aos métodos de Pinel, Shirakawa (2000) acreditava que havia uma relação significativa entre a diminuição das internações nas fases mais críticas da doença e o tratamento a partir da abordagem psicossocial. Enquanto o primeiro alicerçava sua prática no isolamento do sujeito, o segundo baseava-se na promoção de benefícios advindos da estimulação do convívio social.

Ao tornar a “loucura” uma verdade médica, como afirma Birman (1978, *apud* TAVARES e HASHIMOTO, 2008), esta passa pelo enfoque do estabelecimento de métodos de “cura” para qualquer manifestação da insanidade ao modelo médico existente. Ou seja, isso significaria que a psiquiatria isoladamente deve tratar e regenerar o “louco”.

A orientação acerca do diagnóstico da esquizofrenia também é realizada pela equipe multidisciplinar com usuários e familiares. Sendo que cada profissional designará a forma com que irá desenvolver a orientação, abrangendo seus conhecimentos para alcançar a melhor compreensão dos pacientes e respectivos familiares (SCAZUFCA, 2000).

As terapias psicológicas, medicamentosas e socioterapia, promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares e ameniza os sintomas psicóticos. O envolvimento do paciente em atividades sociais e ocupacionais favorecendo a reinserção social dos mesmos através da convivência com a equipe interdisciplinar e os demais usuários dos serviços de acolhimento. Portanto, a intervenção psicossocial atua com o objetivo de aprimorar as relações dos usuários da instituição com os profissionais, colegas, e seus familiares (FILHO *et al.*, 2011).

Considerando os dados obtidos, as principais ações terapêuticas empreendidas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são os acompanhamentos de cada profissional que compõem a equipe interdisciplinar e seus respectivos métodos de intervenção, incluindo os cuidados médicos e da enfermagem, bem como de psicólogos e terapeutas ocupacionais, por meio de oficinas, arteterapia, etc. (HANSEN *et al.*, 2014).

Portanto, as ações terapêuticas destinadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia visam o estabelecimento de projetos terapêuticos singulares, com intervenções medicamentosas, psicoterápicas, orientação familiar, atendimentos individuais e grupais, visitas e atendimentos domiciliares entre outros (SHIRAKAWA,2000).

## **7 CONCLUSÃO**

As intervenções realizadas a partir de uma prática clínica psicossocial tem sido amplamente utilizada como proposta interventiva em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Para além da equipe multidisciplinar envolvida, a participação dos familiares é de suma importância para o seguimento do tratamento de cada paciente e efetividade do seu respectivo projeto terapêutico singular, para o favorecimento de melhores condições biopsicossociais e de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Cilene Rejane Ramos; SILVA, Maria Teresa Araujo. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 18, p. 12-22, 2001.
- AMARANTE, Paulo et al. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, v. 1, p. 45-65, 2003.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. A nova classificação americana para os transtornos mentais—o DSM-5. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- FALKAI, Peter et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, p. 7-64, 2006.
- SOUZA FILHO, Manoel Dias de et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em estudo**, v. 15, p. 639-647, 2010.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 11, p. 75-91, 2004.
- GAMA, Clarissa Severino et al. Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, p. 21-28, 2004.
- GARCIA, Jose Ricardo Lopes. Entre a "loucura" e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. **Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**, v. 26, n. 1, p. 14-22, 2001.
- GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 9, p. 48-55, 2001.
- HANSEN, Nayara Fernanda et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 220-7, 2014.
- HADDOCK-LOBO, Rafael. História da loucura de Michel Foucault como uma "história do outro". **Veritas (Porto Alegre)**, v. 53, n. 2, 2008.
- MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; DE CAS VALENTE, Maria Luisa L. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos cuidadosos sofrimentos

mental. **SMAD, Revista Electrónica em Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008.

MOREIRA, Wesley Nunes; DE OLIVEIRA, Karina Cestari. Comorbidades clínicas em indivíduos com transtornos psicóticos atendidos em hospital universitário. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 12, p. e9524-e9524, 2021.

NETO BRITO, José Bezerra. Surrealismo e esquizofrenia: Arte e loucura no Recife dos anos de 1930. **Revista Tempo Histórico**, vol. 4, n. 1, 2012

NEWMAN, Denise L. et al. Transtornos mentais comórbidos: implicações para o tratamento e seleção da amostra. **Jornal de psicologia anormal**, v. 107, n. 2, p. 305, 1998.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra; FORTUNATO, Maria Lucinete. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Vivência**, v. 10, n. 32, p. 154-61, 2007.

SCAZUFCA, Marcia. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 50-52, 2000.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 56-58, 2000.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia Usp**, v. 17, p. 263-285, 2006.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. A modernidade e a pós-modernidade servidas em dois jantares. **Cadernos EBAPE BR**, v. 7, p. 472-491, 2009.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui; HASHIMOTO, Francisco. A alienação mental e suas (re)produções na contemporaneidade. In: **Colloquium Humanarum. ISSN: 1809-8207**. 2009. p. 01-10.

VALLADA FILHO, Homero P.; SAMAIA, Helena. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 2-4, 2000.

VILLARES, Cecília C.; REDKO, Cristina P.; MARI, Jair J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 36-47, 1999.

ZANINI, Márcia H. Psicoterapia na esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 47-49, 2000.