

**ESQUIZOFRENIA:** assistência de Enfermagem ao paciente esquizofrênico

Anastacia Monteiro dos Santos<sup>1</sup>  
Cristhyano Pimenta Marques<sup>2</sup>  
Nicolli Bellotti de Souza<sup>3</sup>

**RESUMO**

A esquizofrenia é um problema de saúde da atualidade que atinge toda classe social, e afeta também os familiares. É de grande sofrimento tanto para o portador quanto para a família. Pela longa duração dessa doença, acumula-se um número considerável de pessoas portadoras desse transtorno em diferentes graus de comportamento e necessidades. O ato de conhecer sobre a doença na teoria e prática compreende destacar o papel do enfermeiro na conscientização dos familiares sobre a esquizofrenia pelos, viabilizando as necessidades do paciente, facilitando a vida diária, um convívio agradável e tratamento do portador de Esquizofrenia. É necessário elucidar como se dá a assistência de enfermagem aos portadores e como eles convivem com a doença, para que se promovam estratégias adequadas de atendimento. Portanto, o objetivo desse estudo foi elucidar, por meio de revisão bibliográfica, aspectos relacionados à esquizofrenia com vistas à atuação da enfermagem no tratamento dos pacientes portadores dessa doença. A equipe de Enfermagem, juntamente com a equipe multidisciplinar, tem um papel importante na reabilitação ao paciente que sofre com transtornos mentais, como a Esquizofrenia, pois é através desses profissionais que a assistência à saúde e acompanhamento ao portador serão realizados.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia. Cuidados de Enfermagem. Saúde Mental. Humanização da Assistência.

**ABSTRACT**

*Schizophrenia is a current health problem that affects every social class, and affects family members as well. It causes great suffering for both the bearer and the family. Due to the long duration of this disease, a considerable number of people with this disorder accumulate in different degrees of behavior and needs.*

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem - UniAtenas

<sup>2</sup> Docente – UniAtenas

<sup>3</sup> Docente e Orientadora Científica – UniAtenas

*The act of knowing about illness in theory and practice includes highlighting the role of nurses in raising family members' awareness of schizophrenia by facilitating the patient's needs, facilitating daily care, a pleasant relationship with the patient and the treatment of schizophrenia. It is necessary to elucidate how nursing care is given to patients and how they coexist with the disease, so that adequate care strategies are promoted. Therefore, the objective of this study was to elucidate, through a literature review, aspects related to schizophrenia with a view to nursing performance in the treatment of patients with this disease. The Nursing team, together with the multidisciplinary team, plays an important role in the rehabilitation of the patient suffering from mental disorders, such as Schizophrenia, because it is through these professionals that health care and carrier follow-up will be performed.*

**Keywords:** Schizophrenia. Nursing care. Mental health. Humanization of Assistance.

## **INTRODUÇÃO**

A esquizofrenia é um problema de saúde da atualidade, abstraindo considerável investimento do sistema de saúde. E causa grande sofrimento tanto para o portador quanto para a família. Pela baixa incidência e a longa duração dessa doença, ao longo dos anos, acumula-se um numero considerável de pessoas portadoras desse transtorno em diferentes graus de comportamento e necessidades (GIACON; GALERA, 2006).

A esquizofrenia é constituída por um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas, mas caracterizados por distorções do pensamento, da percepção, por inadequação do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual. O paciente tem a sensação de que seus pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos ou partilhados por outros. Pode desenvolver delírios explicativos de que forças externas influenciam pensamentos e ações, de formas muitas vezes bizarras (BRASIL, 2012).

Mudanças feitas na assistência em saúde mental, com base no movimento da reforma psiquiátrica, adotaram a reabilitação psicossocial como fundamental para o processo de trazer esse paciente novamente a sociedade. Essa mudança engloba o envolvimento contínuo dos profissionais da saúde, pacientes e familiares (BRASIL, 2012).

Percebem-se grandes dificuldades e limites para se estabelecer um diagnóstico de agravos à saúde mental, por isso, uma identificação, diferenciação e categorização desses agravos carecem da assimilação dos sinais e sintomas, distinção de outras variáveis e avaliação da realidade e da subjetividade do paciente (OLIVEIRA, 2006).

## **METODOLOGIA**

Este estudo se classifica como descritiva, qualitativa, tipo revisão bibliográfica, sendo realizadas diversas pesquisas bibliográficas em artigos científicos depositados nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico, Biblioteca Digital, Revistas Acadêmicas. As palavras chave utilizadas nas buscas serão: Esquizofrenia, Assistência de enfermagem e Família. E os livros do acervo do UniAtenas.

## **CARACTERÍSTICAS DA ESQUIZOFRENIA**

Os transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, ou seja, sem sintomas específicos da doença. É caracterizada por distorções do pensamento e da percepção, e da fala, com graus variados de autismo e de confusão, por inadequação e insensibilidade do afeto sem prejuízo imediato da inteligência (**Figura 1**). Embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos, o que muitas vezes contribui para um prognóstico ruim se não controlados (BRASIL, 2015).

**Figura 1** – Ilustrações das características da esquizofrenia



Disponível em: <https://compartilhe.info/textos/3-mitos-sobre-esquizofrenia/> ;

<http://saude.culturamix.com/doencas/esquizofrenia-por-mutacoes-geneticas-e-trabalho-productivo>

A esquizofrenia atinge cerca de 1% da população e normalmente tem seu início antes dos 25 anos de idade, persiste por toda vida e afeta pessoas de todas as classes sociais. Tanto os pacientes quanto os familiares muitas vezes recebem cuidados insuficientes devido a não aceitação da doença e falta de conhecimento sobre o transtorno. Entender sobre o transtorno facilita todo o trabalho a ser feito com paciente por ser transtorno complexo os familiares podem ser treinados para reconhecer os sinais iniciais de exacerbações iminentes para que haja o mínimo de atraso possível no controle eficaz da crise (SADOCK; SADOCK, 2007).

A evolução do transtorno também pode assumir várias características. Iniciando-se geralmente no final da adolescência ou no começo da fase adulta, a esquizofrenia tem na maioria dos casos um curso crônico, com exacerbação (surto de piora acentuada) seguida de recuperação parcial (período de remissão), havendo um agravamento progressivo da condição do paciente (SADOCK; SADOCK, 2007).

Aproximadamente 30% dos casos apresentam recuperação completa ou quase completa, cerca de 30% com remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e cerca de 30% com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo (BRASIL, 2012).

As causas da esquizofrenia ainda não estão totalmente esclarecidas. Alguns autores atribuem a desorganização da personalidade na esquizofrenia a variáveis como; culturais, psicológicas e biológicas, entre as quais se destacam as de natureza genética (SILVA, 2006).

Outros atribuem a diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno. Os fatores biológicos seriam aqueles ligados à genética e/ou aqueles que são devidos a uma lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores (VIDBECK, 2012).

A esquizofrenia é uma desordem hereditária. Possuir um parente com esquizofrenia é o fator de risco mais consistente e significativo para o desenvolvimento da doença. Muitos estudos epidemiológicos mostram que

indivíduos que possuem parentes em primeiro grau com esquizofrenia possuem um risco aumentado em desenvolver a doença (SILVA, 2006).

Na esquizofrenia, a motivação, os estados afetivos, os processos cognitivos e várias outras funções dos pacientes com essa síndrome se encontram alterados. O conteúdo do pensamento dos esquizofrênicos apresenta-se fragmentado, com perda das associações lógicas, expressando-se de forma estranha, sem nexos, vaga, circunstancial e repetitiva (ALVES; SILVA, 2001).

É um processo extremamente difícil e doloroso, pois a convivência com o transtorno é acompanhada de intenso sofrimento e limitações. As limitações, de modo geral, decorrem da deterioração de vários processos mentais, fazendo com que o indivíduo apresente alguns sintomas característicos da esquizofrenia, conhecidos como sintomas positivos e sintomas negativos (ALVES; SILVA, 2001).

Os sintomas positivos são caracterizados por distorção do funcionamento normal de funções psíquicas, ao passo que os sintomas negativos são caracterizados por perda de funções psíquicas (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Os principais sintomas positivos e negativos na esquizofrenia

| Sintomas Positivos      | Sintomas negativos                   |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Delírios                | Deficiência intelectual e de memória |
| Alucinações             | Pobreza de discurso                  |
| Pensamentos incoerentes | Incapacidade de sentir prazer        |
| Agitação psicomotora    | Isolamento social                    |
| Afeto inadequado        | Falta de motivação                   |

Fonte: SILVA, 2006

Os pacientes portadores de esquizofrenia costumam ter aparência normal sendo bastante envolventes e charmosos. Assim, a família e as pessoas com quem convivem não percebem os sinais sutis que se mostram como uma ansiedade moderada (VIDBECK, 2012).

## TRATAMENTO DA DOENÇA

O tratamento ideal para o paciente que sofre desse transtorno e vive o primeiro episódio deve ocorrer em locais especializados. Existe um intervalo de tempo entre o surgimento dos sintomas e a decisão do tratamento. Esse tempo pode influenciar no prognóstico, devido aos sintomas mais intensos, dificultando tratamentos psicofarmacológicos. Por isso, é recomendada a criação de serviços em saúde mental destinados ao atendimento de adolescentes e jovens, os quais poderiam contribuir para detectar e tratar precocemente o primeiro surto da esquizofrenia (GIACON; GALERA, 2006).

A internação psiquiátrica deve ser evitada, dando-se preferência para tratamento intensivo, durante a fase aguda, incluído na rotina do paciente, em seu seio familiar, e seguimento nos dois anos seguintes com o objetivo de se prevenir recaídas e contribuir na adaptação do doente e sua família nesse período considerado crítico. O sofrimento da família é pouco considerado nesta situação. O ideal é acolher a família promovendo suporte para as demandas manifestadas tais como culpa, conflitos, situações de crise e isolamento social (GIACON; GALERA, 2006).

A esquizofrenia é uma doença ampla que, além da psicopatologia, compromete o convívio familiar do portador. A esquizofrenia exige em geral o tratamento em equipe multidisciplinar. A intervenção adequada envolve o tratamento farmacológico, psicossocial e da família, que tem a maior parte do contato com o paciente. Deve-se fazer um diagnóstico diferenciado de cada paciente, respeitando sua individualidade. A avaliação e a assistência devem ser feitas por uma equipe multiprofissional, composta no mínimo de médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira com especialização em psiquiatria e assistente social (SHIRAKAWA, 2000).

## **PSICOTERAPIA**

Tem por finalidade melhorar os sintomas e prevenir recaídas. Ajuda a encarar intervenções de medidas protetoras com o objetivo de interromper a perda da capacidade mental do portador, restaurando sua capacidade de cuidar de si próprio, promovendo melhora em seu convívio social. Para que não ocorra o

isolamento, a psicoterapia atua de modo a recuperar e promover a autoestima, a autoimagem e a autoconfiança, proporcionando contínuo progresso no tratamento, estimulando a independência e o cuidado consegue mesmo em questões de higiene, além de capacitar o paciente para as atividades da vida diária (SHIRAKAWA, 2000).

## **TERAPIA OCUPACIONAL**

Consiste em uma terapia voltada para atividades não recreativas, com a finalidade de recuperar a capacidade do portador em fazer algo que talvez fosse da sua rotina ou coisas de sua vontade. Trata-se de concluir uma tarefa objetiva, proporcionando ao portador a constatação de sua capacidade de desenvolver e realizar tarefas (SHIRAKAWA, 2000).

É indicada para pessoas que se encontram em estado de desorganização, isolamento e com vontades comprometidas. Assim, a terapia irá fazer com que a pessoa volte a se reorganizar e desenvolva sua criatividade (SHIRAKAWA, 2000).

## **ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO**

Um profissional de saúde mental auxilia o portador a desenvolver e recuperar habilidades perdidas, acompanhando-o no seu dia-a-dia, fazendo com que o portador interaja e busque uma diversão.

O acompanhamento terapêutico ajuda no caminho de volta à realidade. Em circunstâncias especiais, a atuação do acompanhante terapêutico pode prestar-se, em fases críticas, como uma alternativa viável a eventuais internações (SHIRAKAWA, 2000).

## **ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

Dado o seu importante papel no sucesso do tratamento e recuperação do paciente, é fundamental oferecer orientações à família sobre os medicamentos e atividades diárias que contribuem para que o portador colabore com o tratamento e saiba de suas responsabilidades. Isso é realizado por meio de programas de

tratamento psicopedagógico que tem como finalidade diminuir as tensões presentes no ambiente familiar e melhorar o funcionamento social do portador (SHIRAKAWA, 2000).

Existem programas que são realizados na presença do portador e dos demais membros da família, bem como programas que propõem somente realização de orientação aos familiares sem a presença conjunta do portador (SHIRAKAWA, 2000).

Toda doença dificulta a relação entre doente e a família. São ambos na luta para uma compreensão, na busca por meios de superar a doença e se a família não participar de forma ostensiva, a recaída do portador tende a ser pior.

## **TRATAMENTO FARMACOLOGICO**

Como enfermidade crônica, a esquizofrenia necessita de tratamento para aliviar os sintomas e melhorar as condições de vida.

O tratamento farmacológico da esquizofrenia é realizado com os medicamentos antipsicóticos como Resperidona, Quetiapina, Ziprasidona, Olanzapina, Clozapina, Clorpromazina e Haloperidol (BRASIL, 2012).

Os medicamentos propiciam uma melhora dos sintomas, possibilitando aos pacientes conviver normalmente em sociedade. No entanto, em determinados momentos de crise, a internação ainda útil é indicada. Em geral, de 15 a 30 dias são suficientes para controlar os sintomas mais evidentes (GRAEFF; GRAEFF 1989)

## **RELIGIAO**

A religião ela se encontra em um papel fundamental na melhora da saúde mental e física do indivíduo. Considerando-se a recuperação do paciente portador de esquizofrenia, a espiritualidade desenvolve um papel-chave à medida que pode funcionar como fonte de busca por esperança e significado para as dificuldades impostas pela doença. A religião tem sido relacionada à proteção contra comorbidades frequentemente presentes entre pacientes portadores de esquizofrenia tais quais o uso de substâncias e o comportamento suicida, de modo



que sua abordagem de maneira mais efetiva na prática clínica diária deve ser encorajada. ( Shiozawa, Calfat 2010)

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO**

E difícil estabelecer uma relação de trabalho eficaz num primeiro momento com os pacientes esquizofrênicos, por serem muitos desconfiados e terem seus mundos. O enfermeiro deve se lembrar de que esses tipos de pacientes levam qualquer coisa a sério e são extremamente sensíveis a reações e motivações de outras pessoas. Isso requer do profissional de enfermagem um grande cuidado ao lidar com essas pessoas (VIDBECK, 2012).

No contato inicial esse paciente estará em uma situação de conflito, sentindo necessidade de falar sobre o que o angustia. O vínculo é um passo importante para que seja estabelecido o relacionamento interpessoal (COLS, 2010), através do qual o enfermeiro observa os aspectos biopsicossociais do ser, observando efeitos colaterais da medicação e acompanhando a saúde geral do paciente (VIDBECK, 2012).

A abordagem do Enfermeiro deve usar empatia seguida de palavras claras, diretas e simples; questionar cuidadosamente os conteúdos trazidos pelo paciente para diferenciar o delírio da realidade; trazer o paciente para a realidade, observando, escutando e acrescentando, cautelosamente, conteúdos reais; intervir na diferenciação entre ilusão e a realidade; evitar julgar os comportamentos bizarros, respeitando o paciente (HIRDES, 2009).

O enfermeiro pode se envolver em diversas atividades, como a visita domiciliar, trabalhos em grupos com os pacientes em oficinas com trabalhos que estimulem um controle emocional. O controle emocional é importante, uma vez que esses pacientes costumam se sentir desconfortável na presença de outras pessoas, o que exige a intervenção do enfermeiro para que não haja uma retração e isso mude a sua interação na comunidade, auxiliando esses pacientes a praticar a habilidade de controlar e resolver sua emoção. Além disso, esses pacientes podem ser bastante sensíveis sobre a autoestima e responder com emoções exageradas. A enfermagem trabalha para ajudá-los a utilizar seus pontos fortes e qualidades perante a situação, dando-lhes um feedback positivo sobre sua capacidade de lidar com a situação, deixando-os cientes da sua autoconfiança (VIDBECK, 2012).

É necessário, além de todo carinho e atenção, colocar limites claros quando o paciente não consegue, pois os pacientes costumam negar coisas que

foram feitas por eles. Isso envolve o esclarecimento ao paciente quanto à necessidade do tratamento e até mesmo hospitalização (VIDBECK, 2012).

Outros aspectos apontados pelos mesmos autores envolvem pontualidade, manter o compromisso e ser particularmente direto é essencial para que ocorra êxito na relação paciente e enfermeiro. Uma vez que esses pacientes necessitam se sentir no controle, tudo isso é importante para desenvolver os planos de cuidados para com o paciente, para sua melhora e progressão no tratamento (VIDBECK, 2012).

O cuidado de enfermagem com a família também é de extrema importância e tem se mostrado bastante útil por permitir observar a evolução do paciente perante o seu meio social e de sua família, além de contribuir para uma melhor articulação com a comunidade possibilitando que esse paciente se sinta incluso na sociedade. A promoção do acesso do paciente e sua família aos recursos da comunidade podem contribuir para a reabilitação do doente e da família (VIDBECK, 2012).

As ações de enfermagem e a avaliação das necessidades específicas são aplicadas de acordo com a necessidade de cada família. Assim, é possível ter uma visão mais global dos pacientes, o que permite prevenir futuras crises, melhorando a qualidade de vida do grupo familiar, seu papel frente à sociedade e entre seus próprios membros, evitando a deterioração definitiva que leva à incapacidade mental (ALVES; SILVA, 2001).

## **CONVIVENDO COM UM PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO: RELATO PESSOAL**

Pessoas esquizofrênicas têm como característica a perda de associações de ideias, alucinações, riso imotivado ou inapropriado, desorganização dos pensamentos, pensamento ilógico, com inúmeras fantasias de coisas inexistentes (ALVES; SILVA, 2001). As alucinações e delírios caracterizam-se por uma percepção que ocorre independentemente de um estímulo externo. O doente escuta vozes, em geral, vozes de perseguidores, que dão ordens e comentam o que ele faz. São vozes imperativas que podem levá-lo ao suicídio, ordenando que pule de um prédio ou de uma ponte. Criando cenas que existem apenas em sua mente, muitas vezes tornam-se agressivos, chegando a torturar pessoas por vê-las fazendo coisas inexistentes, já que consideram tais cenas reais (ALVES; SILVA, 2001). Na

minha família pude vivenciar o que é ter um portador de esquizofrenia, e como é difícil lidar com essa situação.

Tudo começou quando veio a falecer meu irmão, quando ele passou a ter umas atitudes estranhas, como sentir ciúmes e achar que tramávamos coisas para ele.

Os médicos o encaminharam para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde ele foi diagnosticado com esquizofrenia. Ele foi bem resistente de início, mas com muita conversa de todos da família ele aceitou e assim fez todo acompanhamento com psiquiatra e psicólogo, porém começou a ter crises e a falar coisas que não aconteciam chegando a agredir e fazer com que todas as pessoas se afastassem.

Passamos a ficar com medo e até mesmo acreditar que ele estava fingindo. Após várias crises e agressões, que colocavam nossa vida em risco, ele foi internado em um hospital psiquiátrico em Uberaba por 30 dias.

Passado um período sem ter nenhum tipo de ataque, delírio ou alucinação, houve um episódio de agressão em que ele me jogou contra parede e eu estava grávida. Depois disso, as crises foram menos frequentes, e ele continuou indo à igreja e as coisas foram tomando rumo.

Após o nascimento do meu filho, meu pai não teve as crises agressivas mais. Creio eu isso significou muito pra ele, pois ele cuidava e cuida muito dele, o que o ajudou muito.

É uma situação muito difícil e dolorosa. Mas com muita fé e acompanhamento psicológico, conseguimos superar.

## **CONCLUSÃO**

A esquizofrenia é uma doença muito grave e devastadora para muitas famílias, pois exige da família do portador uma grande força e um grande entendimento diante das diversas personalidades criadas pelos portadores.

Afeta mais de 1% da população em diferentes culturas, independentemente de classe social, etnia e condição financeira.

Conviver com essa situação não é fácil, pois ela nos consome pela dor e cansaço e sempre aquela vontade de desistir de tudo, pois ter na família um membro que amamos tanto portador da doença significa assistir de perto diversos episódios de ataques agressivos tanto físicos como verbais. Não é nada fácil. Porém, o apoio de uma equipe multidisciplinar na orientação e ajuda ao paciente e familiar, e, acima de tudo, o amor e a certeza de que Deus está acima de tudo nos fortalecem, para que a família não se entregue à batalha de cada dia.

A análise do comportamento busca identificar, a partir de uma avaliação funcional, o que mantém determinado comportamento ocorrendo e, a partir disso, possíveis formas de intervenção para mudança do indivíduo a fim de conferir melhor qualidade de vida e funcionalidade. Esse tipo de abordagem traz um olhar diferenciado por perceber cada pessoa em sua individualidade e observar as contingências e as relações envolvidas em sua forma de se comportar em relação ao ambiente. Considera que comportamentos, por manterem relações com o ambiente, são passíveis de intervenção, aprendizagem e modificação.

## REFERÊNCIAS

BARLOW, D. H. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos – Tratamento passo a passo. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia e Transtornos Esquizoafetivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia e Transtornos Esquizoafetivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

C.R.R. ALVES & M.T.A. SILVA. A ESQUIZOFRENIA E SEU TRATAMENTO FARMACOLÓGICO. Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas.2001.

COLS, A. L. B. L. B. Anamnese e Exame Físico. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GALERA SAF. **Avaliação construtiva de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que tem um portador de esquizofrenia entre seus membros** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2016

GIACON B.C.C; GALERA S.A.F. **Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem**. Rev.enfer.USP. V04,Nº02,SP2006

GRAEFF, F. G. (1989). **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. 2ªed. São Paulo: E.P.U.

GRAEFF, F. G., GUIMARÃES, F. S., & ZUARDI, A. W. (1999). **Medicamentos antipsicóticos**. In F. G. Graeff & F. S. Guimarães (Eds.), **Fundamentos de psicofarmacologia** (pp. 69-91). São Paulo: Atheneu

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão**. Cien Saude Colet, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_arttext). Acesso em: 06/12/2013.

ODONOHUE, W.; FOWLER, K. A.; LILIENFELD, S. O. **Transtornos de Personalidade**. São Paulo: Roca, 2010.

OLIVEIRA R.M, FacinalIP.C.B.R, JúniorIIA.C.S **A realidade do viver com esquizofrenia** Rev. Bras. de Enf Brasília 2012

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SHIRAKAWA I. **As abordagens psicossociais**. In: Louzã-Neto MR, Shirakawa I, Barros L, editores. **Esquizofrenia: dois enfoques complementares**. São Paulo: Projeto Fênix; 2000.

SILVA, R.C.B. **Esquizofrenia: uma revisão**. Revista, psicologia USP, SP, v.7,n4 São Paulo 2006

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SHIOZAWA P, SHIOZAWA B, CALFAT ELB. **Religiosidade entre pacientes esquizofrênicos**: Revisão de literatura. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2010.