

A vida de um Esquizio-Afetivo, Autorrelato Assistido, no contexto futuro da Demência do Idoso: Estudo de Caso

*The life of a Fective-Esifiable, Assisted Self-Report, in the future context of Dementia of the
Elderly: Case Study*

Fidelino Cordeiro Dias

Submetido em: 19/01/2023
Aprovado em: 19/01/2023
Publicado em: 20/01/2023
DOI 10.51473/ed.al.v3i1.472

RESUMO

Este estudo visa oferecer à comunidade acadêmica, um auto relato de como acontecem, principalmente os gatilhos que levam ao início de crises esquizofrênicas em uma pessoa ativa socialmente, que quando em crise afetiva e emocional perde o elo com a realidade por reforço, pela própria vida ativa familiar, laboral e estudantil que exerce, penalizando de uma certa forma as pessoas próximas que não a reconhecem em suas atitudes e a si mesmo em hábitos que passam a ser natureza auto destrutiva emocionalmente e auto punitiva com seus afetos. Evoluindo para uma análise de futuro a candidato a Demência Senil, ou como obter elementos interdisciplinares para sua prevenção.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Demência. Idoso.

ABSTRACT

This study aims to offer the academic community a self-report of how they happen, especially the triggers that lead to the onset of schizophrenic crises in a socially active person, who, when in an affective and emotional crisis, loses the link to reality by strengthening, by the active family, labor and student life that he exercises, penalizing in a certain way people close to him who do not recognize him/her in his/her attitudes and to himself/herself in habits that become emotionally destructive self-destructive nature and self-punitive with their affections. Evolving to a future analysis to senile dementia candidate, or how to obtain interdisciplinary elements for its prevention.

Keywords: Schizophrenia. Dementia. Old.

1 INTRODUÇÃO

Neste artigo, usaremos o pseudônimo de “Alexandre”, como forma de preservar a figura protagonista de nossa história, que serve de base e construção do Recorte do Estudo de Caso, juntamente com o professor e médico, Dr. Dartagnham, que ora contribuirá com evidências científicas deste estudo de caso. Tendo ainda entrevistas com pessoas próximas afetivamente e outras mais distantes, mas que convivem com o nosso indivíduo em autoanálise assistida.

Analogamente a história do Professor John Nash (1), no filme uma mente brilhante, nos apresentamos como e vivemos uma vida bem parecida e bem próxima a do renomado professor em minha primeira crise, no que se refere as crises de Esquizofrenia e confusão mental.

1

Ao longo do tempo e buscando diversas alternativas que me estabilizaram, cheguei no Recorte dos últimos dois anos com o acompanhamento do Dr. Dartagnham e o uso de medicações de última geração como Rexulti (2), e outros para se evitar a oscilação de humor como Depakene (3).

O embasamento teórico oferecido neste Artigo aponta para a necessidade de um Estudo a quatro mãos, no mínimo. Uma vez que além do parecer médico que me assiste, gostaria que constassem entrevistas com pessoas próximas que assim como sofrem a minha esquizio-afetividade.

Efetivamente por ser uma pessoa produtiva e de ílibada conduta profissional, que a acompanharam por mais de 10 anos de efetivos serviços de engenharia de uma repartição pública. E por estar sempre dentro da sessão ou em deslocamento solitário. A minha exposição social era menor, assim como os desafios para lidar com pessoas.

Minha história de vida, a partir principalmente dos 27 anos, sinalizou que tendências e a cobrança sempre por auto perfeição de uma vida de funcionário público militar do Corpo de Bombeiros, tendo começado novo, e hoje vendo a falta de maturidade emocional para exercer o início desta carreira junto a tropa, não só pela particularidade e a natureza do serviço.

Protegido pelo acaso e por ser muito disciplinado, apesar de quase ter sido afastado, na crise que tive aos 27 anos. Consegui chegar aos 32 anos de efetivo serviço. Sendo promovido ao último posto, sem anotação negativa em ficha pessoal de serviço.

Estando no terceiro casamento, tendo ficado casado entre namoro e casamento no primeiro relacionando por 19 anos, no segundo por 8 anos e estar no atual por quase 9 anos. Tendo tido uma filha no primeiro com 30 anos e um enteado que convive e mora comigo com 12 anos.

Portanto, esta história teria tudo para dar certo e terminar com o tão almejado equilíbrio emocional social e afetivo, esperado que ocorresse em nosso Recorte de Tempo, ou temporal dos últimos dois anos do tratamento com o Dr. Dartagnham.

Hoje as crises são detectadas no início, mas ainda ocorrem. Ocorrem, mas efetivamente a medicação SOS, ou a autossugestão por estar vendo que perdeu a linha de raciocínio coerente, e alguns reforços ocorram, que levam a desestabilização emocional e afetiva.

Pudemos exemplificar com uma história que lembro perfeitamente em minha primeira crise. Perguntado se queria um copo d'água, ocorriam dois pensamentos: primeiro que seria envenenado ou dopado, e o outro se não bebesse algo de ruim aconteceria com alguém: Daí o reforço, bebendo a água, por autossugestão passava mal. Ou se não bebesse, algum avião cairia ou haveria acontecido algum acidente por eu não ter bebido. Olhe, foi bem difícil vencer estes pensamentos. Entretanto atualmente, as crises são mais emocionais e afetivas.

Como contribuição das práticas de letramento social e psicológico no cuidado que tive, destaco a interdisciplinaridade e o debate e estímulos a questionamentos e estudos de casos práticos dentro do universo profissional e a sempre estar estudando, como sempre sugeri um dos renomados médicos, que me assistiu por 10 anos, o falecido Dr. Paulo Neiva.

Foram cursos como Técnicos em Mecânica, Academia de Bombeiros e Engenharia, antes da crise maior (27 anos). Posteriormente, Engenharia de Segurança, 3 Pós-graduações, um curso técnico em enfermagem, um Mestrado em Educação e atualmente no 5 período de Direito.

Em novembro de 2021, fui levado por minha esposa ao Dr. Dartagnham por estar em crise emocional e afetiva. Desta vez de forma mais severa, avaliado e medicado. Retornei para a reavaliação bem mais centrado e curioso como se desencadeia a doença. Dartagnham, explicou sobre os gatinhos e tivemos durante a consulta uma longa conversa, entre outras depois, que me motivaram a relatar e escrever sobre as aflições da Esquizofrenia

Socioafetiva em conjunto.

2

A preocupação que me assola atualmente, e a minha companheira é como daqui para frente, como já possuo 58 anos, poderá se desenvolver uma demência senil ou evoluir a esquizofrenia socioafetiva.

Como dizemos informalmente, “é uma barra bem pesada para a família” e para nós também. Perdemos a confiança, não acreditamos em ninguém. A crise avançando muitas vezes não queremos tomar os remédios prescritos.

A negativa ao remédio não ocorre mais, mas nos frustra um pouco, de saber que os ganhos pessoais

serão interrompidos, seja em estudo ou fisicamente, mas já sabemos que faz parte do jogo. Até por primar a liberdade pessoal e social.

2 DESENVOLVIMENTO

De acordo com a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (apud PEREIRA et. al., 2005) a esquizofrenia consiste, em um transtorno de neurodesenvolvimento associado a déficits na cognição, afeto e funcionamento social. Assim, uma pessoa acometida pela esquizofrenia possui dissociação entre pensamento e realidade.

Historicamente, tem-se a esquizofrenia datada do século XIX por Emil Kraepelin, que descreveu da demência precoce, estabelecendo uma classificação de transtornos mentais com base no modelo médico, delineando a existência de doenças com etiologia, sintomalogia, curso e resultados comuns. Ressalta-se que ele nomeou esses transtornos de demência precoce pelo fato de começar no início da vida e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. (SILVA, 2006).

Os estudos de Kraepelin abriu espaço para novos estudos, aparecendo nesse cenário Eugen Bleuler criador do termo esquizofrenia, do grego *esquizo* (divisão) e *phrenia* (mente). De acordo com Silva (2006), Bleuler justificou o uso do termo por esse transtorno mental indicar a presença de uma cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados.

Em seus estudos Bleuler definiu sintomas primários para diagnosticar a esquizofrenia, os quais ficaram conhecidos como 4 A's: Associação frouxa de ideias; Ambivalência; Autismo; e Alterações de afeto.

De acordo com Gheno et. al. (2000), os primeiros sintomas da esquizofrenia aparecem nos primeiros anos da vida adulta. Corroborando com os autores, Silva (2006) afirma que os sintomas podem ser percebidos ainda na adolescência, apresentando sintomas padrões, que de acordo com a autora são: perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença.

Gheno et. al. (2000) destacam que os indivíduos acometidos pela esquizofrenia passam a ter seu progresso educacional perturbado, sendo assim, dificilmente chegam a concluir a etapa colegial ou mesmo manter um trabalho por um período prolongado. Os autores destacam ainda que com esses pacientes deve-se ter o maior nível de atenção possível, visto a facilidade que possuem em cometer suicídio, tendo, portanto, uma expectativa de vida menor que a da sociedade geral, justamente em decorrência dos atos de suicídio, visto que aproximadamente 10% daqueles acometidos pelo transtorno o comentem.

Ressalta-se ainda que os relacionamentos mantidos pelas pessoas acometidas pela esquizofrenia são negativamente alterados, tendo assim, dificuldades em mantê-los, tanto com familiares, amigos, relacionamentos amorosos, enfim, sendo difícil para essas pessoas conviver em sociedade, assim, raramente se casam e mantém contato social intenso. Por esse motivo as características da esquizofrenia são facilmente percebidas por aqueles que convivem com o indivíduo, mas dificilmente associa-se ao transtorno (GHENO, et al, 2000).

3

Dentre as causas da esquizofrenia, é possível que ela esteja relacionada a algum desequilíbrio do sistema de inter-relações químicas do cérebro, envolvendo o neurotransmissor dopamina.

Desta forma, a esquizofrenia possui diferentes de formas de ser ocasionada, tanto por fatores biológicos, quanto psicológicos e social, conforme mencionado pelas autoras. Em relação às características apresentadas pelos indivíduos que apresentam transtorno esquizofrênico tem-se, principalmente, alucinações e delírios, bem como pensamento e fala desorganizados, as emoções passa a ser perturbadas, assim como, os

aspectos afetivos, os déficits cognitivos e volição também são características. Ressalta-se que esta última característica consiste na incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objeto, conforme ensina Renna (2012).

Os primeiros sinais da esquizofrenia ocorrem em geral com mudanças do comportamento. Cita-se a alucinação em que indivíduo acometido pela doença escuta vozes que outros não escutam, tais vozes comentam e criticam a pessoa, bem como aconselha ou dar ordens; O delírio abrangendo várias ideias, como de estar sendo perseguido, enganado ou traído e até de acreditar ser uma pessoa famosa ou importante na sociedade; Desorganização do pensamento em que ele pode ir e vir rapidamente numa sequência fragmentada; Expressão emocional, na qual o esquizofrênico pode ter as expressões faciais diminuídas e parecer extremamente apático; Retração social onde a pessoa evita o contato com os outros e em casos mais graves negligencia sua higiene pessoal, chegando a passar vários dias sem fazer nada. (ABP, 2008).

Porém, esses sintomas podem ser motivados por outras doenças e por isso para diagnosticar a esquizofrenia é importante realizar avaliação médica, exame físicos e laboratoriais para descartar outras possíveis causas dos sintomas. (ABP, 2008).

Por fim, vale ressaltar que devido a esquizofrenia possuir, de acordo com Giacon e Galera (2006), uma ampla gama de sintomas, eles podem variar de indivíduo para indivíduo, tendo-se que apenas 5% dos pacientes esquizofrênicos apresentam um só surto na vida, enquanto a maioria (95%) apresenta vários surtos, que se concentram, principalmente, no início do transtorno.

O CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) admite 9 (nove) subtipos de esquizofrenia, os quais: F20.0 Esquizofrenia paranoide; F20.1 Esquizofrenia hebefrênica; F20.2 Esquizofrenia catatônica; F20.3 Esquizofrenia indiferenciada; F20.4 Depressão pós esquizofrênica; F20.5 Esquizofrenia residual; F20.6 Esquizofrenia simples; F20.8 Outras esquizofrenias; F20.9 Esquizofrenia não especificada.

2.1 PANORAMA DA ESQUIZOFRENIA

Em nível mundial, de acordo com Sadock e Sadock (2007), a esquizofrenia atinge acerca de 1% da população total do mundo, assim, com base nos autores, pode-se dizer que a cada 100 pessoas uma delas está acometida pela doença.

Ainda embasado nos autores, afirma-se que em geral a doença tem início antes dos 25 anos, porém, no sexo masculino a idade de início varia entre 18 e 25 anos e no sexo feminino a faixa etária vai de 25 a 35 anos, independentemente da cor, etnia, raça ou classe social, não deixando nenhum indivíduo livre de adquiri-la.

Beck (2010) destaca que o sexo masculino possui uma maior incidência de esquizofrenia, podendo desenvolvê-lo mais cedo que as mulheres. Segundo o autor, o início de novos casos possui um índice de 0,3% e parece estar diminuindo.

Em relação à epidemiologia da esquizofrenia no Brasil, Mello, Mello e Kohn (2007, p. 132) destacam que: [...] estima-se que há entre 679.196 e 1.358.393 adultos no Brasil com essa condição psicótica durante um ano. O índice de prevalência para toda a vida variou de 1,1 a 1,9%, sugerindo que entre 1.867.790 e 3.226.184 de pessoas já tenham sido atingidas.

Nesse contexto, a esquizofrenia é considerada como caso de saúde pública no Brasil, que possui centros especializados para amparar as pessoas acometidas por essa doença. Essas pessoas são encaminhadas para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais são responsáveis por atender à saúde mental, sendo serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.

Assim, esses centros psicossociais assumiram todas as responsabilidades dos hospitais psiquiátricos em relação aos atendimentos diários, continuam a existir hospitais mentais que visam o atendimento de urgência para aqueles que estão em crise aguda.

Beck (2010) destaca que ainda não se tem ao certo os motivos do aparecimento da esquizofrenia, mesmo já se especulando sobre suas causas, e, não consegue se justificar por quais causas o homem possui mais incidência que as mulheres, mas a única coisa que se pode afirmar com precisão é que os números de esquizofrenia têm diminuído a cada dia em nível mundial.

2.2 A FAMÍLIA, A SOCIEDADE E A ESQUIZOFRENIA

O termo esquizofrenia, ao longo do tempo, por se caracterizar por um transtorno mental assumiu um estereótipo de preconceito, o que gerou diversos tipos de interpretação, dificultando qualquer abordagem que busque minimizar os efeitos dessa doença, conforme elucida Szasz (1978). Assim, os indivíduos acometidos pela esquizofrenia são pessoas marcados pelo estigma.

Assim, pode-se dizer que os esquizofrênicos interiorizam uma identificação pela negação, por não se sentir parte da sociedade dominante. Conforme Goffman (1982), à medida que a sociedade estabelece métodos para categorizar as pessoas quanto aos seus atributos, está contribuindo para a construção da identidade.

Conforme Goffman (1988), o estigma situa uma relação impessoal com o outro, ou seja, o sujeito não nasce como uma personalidade empírica, mas como aspecto circunstancial de determinadas características peculiares à categoria do estigma, com deliberações e marcas internas que podem sinalizar um desvio, e uma diferença de identidade social.

Goffman (1988) enfatiza que, quanto mais divergente for a diferença, mais acentuado o estigma, quanto mais aparente a diferença entre o real e as características determinantes do social, maior será a problemática do indivíduo conduzido pela força do controle social, esse indivíduo assumirá uma atitude isolada da sociedade ou de si mesmo, passando a ser uma pessoa desacreditada.

Em consequência ao estigma sofrido, o indivíduo muitas vezes passa a não aceitar a si mesmo, sentem-se sem espaço e sem função dentro da sociedade. A visibilidade do estigma compõe um fator categórico e aqueles que possuem uma convivência com o indivíduo podem influenciar na preocupação da sua identidade social.

Quando o indivíduo possui um estigma visível, o simples contato com o outro deixará perceptível o estigma. A informação que os outros têm do estigmatizado pode ser fundamentado nos rumores ou nas relações anteriores. Outro aspecto a considerar em uma circunstância do indivíduo estigmatizado é até que ponto isso interfere em suas interações com o meio social.

Um indivíduo com uma identidade social estigmatizada tem seus atributos e qualidades destruídos, a sociedade desempenha o poder de influência das suas ações e reforça a degradação da sua identidade social, destacando as irregularidades e ocultando a atitude ideológica dos estigmas.

No cotidiano, os indivíduos com transtornos mentais sofrem com termos que assumem representações discriminatórias e que contribuem para formar uma identidade inferiorizada. Desta forma, a esquizofrenia, torna-se um estigma, ou seja, sinal de referência àqueles que possuem esse transtorno. O estigma é ocasionado por falta de informação e preconceito ocasionando em exclusão social e fortes consequências para as pessoas que são estigmatizadas.

As famílias que possuem membros com transtornos mentais, como a esquizofrenia, nem sempre toma os devidos cuidados que esses indivíduos necessitam, não acertando na maneira de conduzir seus comportamentos, fator que agrava, na maioria das vezes, o problema para ambas as partes.

Sloboda (2002) destaca que se pode encontrar famílias que isolam seus membros que possuem transtornos mentais, os colocando em lugares escondidos, quartos escuros e afastados da casa, chegando, inclusive, a amarrá-las com cordas e correntes. Busca-se com isso manter o indivíduo longe da sociedade, sem oferecer perigos e mesmo de não estigmatizar a família ao saberem que possui um “louco” no âmbito dela. Vale lembrar sobre os hospitais psiquiátricos, onde essas pessoas são frequentemente entregues e abandonadas pelos seus familiares.

Ao ser abandonado, preso, isolado da sociedade e da família, o paciente esquizofrênico passar a ter baixa autoestima, perdendo sua identidade. Louzã Neto (1996) destaca que existem maneiras benéficas de acompanhar e ajudar familiares com transtornos mentais que é o internamento com o acompanhamento quase integral por arte do familiar, quando se pode perceber que algumas famílias não medem esforços para recuperar a dignidade, a alegria e, principalmente, o espaço perdido na sociedade de seus familiares com transtornos mentais.

Deve-se destacar que a família tem uma forte influência no processo de aperfeiçoamento do indivíduo dentro da sociedade, pois é com ela que ocorre os primeiros contatos quando criança. Os genitores têm uma sobrecarga adicional em vários aspectos de sua dinâmica individual e familiar, especialmente no que tange aos aspectos psicológicos, sociais, financeiros, e às atividades de cuidado do indivíduo. (SHAPIRO; BLACHER; LOPEZ, 1998).

2.3 FORMAS DE TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

O tratamento para esquizofrenia possui vários aspectos, devendo, de acordo com Gabbard (1998), ser adaptado de acordo com cada indivíduo. Deve-se considerar que a esquizofrenia consiste em uma doença heterogênea com manifestações clínicas que podem ser modificadas de forma rápida e fácil.

Gabbard (1998) esclarece que para determinar o tratamento com o indivíduo esquizofrênico devem-se verificar os seus sintomas, descrevendo três grupos distintos: sintomas positivos; sintomas negativos; e relacionamentos pessoais desordenados.

Quanto ao grupo dos sintomas positivos são aqueles voltados para o conteúdo do pensamento, como os delírios, para os distúrbios de percepção, como as alucinações, e para as manifestações comportamentais, como catatonia e agitação, desenvolvendo-se em um curto espaço de tempo frequentemente, acompanhando um episódio agudo. (GABBARD, 1998)

Quanto aos sintomas negativos, de acordo com Gabbard (1998), têm-se os padrões que sugerem anormalidade da estrutura cerebral, que incluem ajustamento pré-mórbido pobre, mau desempenho escolar, maior dificuldade na manutenção de emprego, baixo desempenho cognitivo, pouca resposta a tratamento, idade precoce de início e dificuldades pré-mórbidas no funcionamento social e instrumental.

Já os relacionamentos interpessoais desordenados, Gabbard (1998) destaca que se trata de dificuldades interpessoais, se caracterizando com variação da personalidade, isolamento, expressões inadequadas de agressão e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros, solicitações excessivas e incapacidade de fazer contatos significativos com outras pessoas.

6

O autor destaca que todo paciente esquizofrênico possui esses sintomas e que os pacientes podem mudar de grupo no decorrer do tempo. Segundo o autor, o tratamento para esquizofrenia inclui: farmacoterapia; psicoterapia individual; psicoterapia de grupo; intervenção familiar; e tratamento hospitalar.

A farmacoterapia é uma das mais utilizadas, segundo Gabbard (1998), estudos demonstram que a medicação psicotrópica é altamente eficaz na manipulação de sintomas positivos da esquizofrenia. Contudo, quanto aos sintomas negativos e de relacionamentos interpessoais desordenados não há uma eficiência na

medicação, para o autor esses sintomas exigem abordagens psicossociais, pois a clozapina, remoxaprida, risperidona e sulpiride demonstram causar um maior impacto sobre os sintomas negativos.

A psicoterapia individual, de acordo com Gabbard (1998) não possui eficiência necessária no tratamento, visto que é difícil um paciente esquizofrênico se engajar em um processo do tipo.

Já a psicoterapia de grupo, Gabbard (1998) elucida que estudos demonstram que possui eficiência no tratamento com esquizofrênicos, porém, destacam que o momento de sua implementação deve ser observado, considerando-se o melhor momento quando os sintomas positivos são estabilizados por meio do tratamento farmacológico.

Gabbard (1998) destaca que esse tipo de psicoterapia pode ser útil para criar confiança e oferecer um grupo de apoio, no qual os pacientes possam conversar livremente sobre as preocupações acerca de como manejar alucinações auditivas e como lidar com o estigma da doença mental.

A intervenção familiar é tida como um dos tratamentos mais eficientes, visto que a ajuda familiar traz conforto ao paciente, sendo considerado por estudos como o de Fallon (1982) como três vezes mais eficiente que o tratamento farmacológico isolado.

Quanto ao tratamento hospitalar deve ser aplicado em casos de crises psicóticas agudas, porém, a hospitalização prolongada é indicada para aqueles indivíduos que não respondem aos demais tratamentos, sendo considerados como risco para a vida de terceiros e para a própria vida.

Caballo (2003) elucida que apesar de a esquizofrenia ser considerada uma patologia grave e duradoura, sem cura, muitos pacientes apresentam melhoras significativas e progressivas, com alguns casos que ocorrem até a remissão total dos sintomas nos seus últimos dias.

CONCLUSÃO

Procurei apresentar a conclusão do nosso trabalho de forma objetiva e fiel ao desenvolvido, deixando espaço aberto para que os leitores e pesquisadores do assunto entendam que esta ocorre de forma inacabada uma vez que o contexto e as particularidades do nosso estudo de caso podem ser reproduzidas em outras condições e disciplinas, mas que apontam para um resultado bem satisfatório no que se refere ao estudo de práticas de Médicas e Interdisciplinares que busquem o diálogo e o entendimento construtivo do saber e, sobretudo, o respeito à profissão e a Pessoa Idosa.

REFERÊNCIAS

BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva da esquizofrenia**. Traduzido por Cataldo Costa. Consultoria, supervisão e revisão técnica de Paulo Knapp. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (1993). – Coord. Organização Mundial de Saúde; Trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artes Médicas.

7

GHENO, Giovani Z.; SILVA, André L. F.; AGUIAR, Paulo R. D. C.; LOPES, Renan; SOUZA, Márcio; CASTRO, Elizabeth C.; ALEXANDRE, Cláudio O. P. **Esquizofrenia**. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, novembro/2000. Disponível em: <http://genetica.ufcspa.edu.br/seminarios%20textos/Esquizofrenia.pdf> Acesso em: dez. 2022.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm**, USP 2006; 40(2):286-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v40n2/18.pdf> Acesso em: dez. 2022.

MELLO, Marcelo Feijo de; MELLO, Andréa de Abreu Feijó; KOHN, Robert. (orgs.) **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PEREIRA, Ilza Borges; NUNES, Ana Paola Robatto; GUIMARÃES, Katharine; AGUIAR, Wania Márcia de; PINHO, Solange Rubim. **O diagnóstico da esquizofrenia na infância e adolescência**. Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e medicina legal. V. 99, nº 1, jan/fev/mar, 2005. Disponível em: <http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2005/jan/artigo8.pdf> Acesso em: dez. 2022.

RENNA, Marcos A. L. **Dicionário**. PsicNet, 2012. Disponível em: http://www.psicnet.psc.br/v2/site/dicionario/registo_default.asp?ID=151 Acesso em: dez. 2022.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução de Claudia Dornelles et. al. 9 ed. Porto alegre: Artmed, 2007.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **Esquizofrenia: uma revisão**. Psicologia USP, 2006, 17(4), 263-285. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicosp/v17n4/v17n4a14.pdf> Acesso em: dez. 2022.