ENTRE DELÍRIOS E ESPERANÇAS - DESVENDANDO OS MISTÉRIOS DA MENTE: UMA JORNADA PELA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, ESTUDO DE CASO E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

JOÃO ALVES FERREIRA; SERGII TUKAIEV; RAQUEL PIRES LOPES

RESUMO

A esquizofrenia é uma das dez doenças mais incapacitantes dos indivíduos, apenas podendo ser controlada por antipsicóticos, não tendo cura. Manifesta-se de forma aguda, por uma sintomatologia psicótica num percurso de dias ou semanas. Os planos de tratamento incluem os medicamentos antipsicóticos e, mais recentemente, intervenções psicossociais, como a terapia familiar. Por ser uma patologia complexa carece de muita investigação para uma melhor definição e eficácia de intervenção. Neste sentido, este estudo apresenta uma revisão da literatura sobre esta patologia, com incidência na esquizofrenia paranoide considerada a mais frequente e com melhor prognóstico quanto ao tratamento. A reflexão crítica do relato clínico realizado permitiu refletir sobre esta patologia e sobre o papel do psicólogo enquanto promotor da saúde mental e do bem-estar dos doentes. Este estudo permitiu refletir sobre esta doença e a importância em se investir, nesta área, para um maior conhecimento da patologia, que vise a promoção da melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias.

Palavras-chave: Saúde Mental; Modelo Cognitivo Comportamental; Modelo Psicodinâmico; Perturbação Mental; Análise Caso Clínico

1 INTRODUÇÃO

A nível mundial, a prevalência da esquizofrenia é de 1%, sendo que, os Afro-Caribenhos da segunda geração, no Reino Unido, são uma das populações com maior número de incidência nesta psicopatologia (ALMEIDA, 2009). Em Portugal, existem cerca de 48 mil doentes com esquizofrenia, estimando-se que perto de 8 mil não sejam acompanhados com regularidade num sistema de saúde, seja ele público ou privado. Com base em dados do Plano Nacional de Saúde Mental, de consultas de urgência e internamentos, esta foi das patologias mais acentuadas, que a par da incapacidade, tem um elevado custo em despesas de saúde (GOUVEIA et al., 2015).

De acordo com EUGÉNE BLEULER (1995; cit in ALMEIDA, 2009) a esquizofrenia deriva etimologicamente do grego *Sckizaein,* que significa rachar. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1993), criado pela OMS, carateriza-a através de distorções cognitivas fundamentais na percepção, pensamento e afetos inapropriados. Surge, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), da American Psychiatric Association (APA, 2002), com o código 295.90 (F20.9), sendo definida como uma variedade de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, bem como de sinais e sintomas associados a défices de funcionamento ocupacional ou social, sendo uma síndrome clinicamente heterogénea. Contudo, após um século de discussão, a definição ainda não é concisa e conceptual.

DOI: 10.51161/conasf2024/33632

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera-a como uma das dez doenças mais incapacitantes dos indivíduos, apenas podendo ser controlada por antipsicóticos, pois não tem cura. Manifesta-se, de forma aguda, por uma sintomatologia psicótica num percurso de dias ou semanas. Por outro lado, pode manifestar-se de forma insidiosa numa transição gradual do estado pré-mórbido da personalidade e da sintomatologia pródomica para manifestação inicial (OMS, 1998 cit in SOUSA, PINHO & PEREIRA, 2017; SANTANA, CHIANCA, & CARDOSO, 2009 cit in SOUSA, PINHO & PEREIRA, 2017).

Os indivíduos com esta psicopatologia preservam, geralmente, a consciência e as capacidades intelectuais. Assim, numa fase inicial da doença, alguns dos sintomas presentes são: isolamento social, hostilidade ou desconfiança, negligência dos hábitos de higiene, diminuição da expressão emocional, sintomas depressivos, hipersonolência ou insónia, discurso irracional ou bizarro, entre outros (QUEIRÓS, et al., 2019).

Segundo o DSM-5, existem cinco principais tipos de esquizofrenia: (i) paranoide (a mais frequente, caracterizada por delírios dominantes ou alucinações auditivas, tendo melhor prognóstico quanto ao tratamento sendo o doente independente); (ii) atatónica (manifestações de atividades motoras excessivas, negativismo extremo, cataplexia e ecolálica, podendo o doente causar danos físicos a si próprio, descurar a sua alimentação e higiene, sendo o tratamento difícil); (iii) indiferenciado (encaixa-se nos sintomas de esquizofrenia, não satisfazendo nenhum dos tipos anteriores); (iv) residual (ausência de delírios, alucinações, comportamento desorganizado ou catatónico, sendo presentes sintomas negativos, ou dois ou mais sintomas positivos, comportamento excêntrico, discurso levemente desorganizado ou crenças incomuns); (v) desorganizado (discurso desorganizado, acompanhado de comportamento infantilizado e afeto desorganizado, sendo a mais difícil de tratar) (APA, 2014). Na esquizofrenia paranoide verificam-se alterações da senso-perceção, não existindo a perceção do objeto sendo classificada como: verbal, na qual o doente, ouve palavras isoladas, frases, enunciados ou discursos complexos e vozes que não ouvidas por outras pessoas; e não- verbais, na qual ouve sons, não ouvidos por outras pessoas (DALGALARRONDO, 2008). Quanto aos delírios, podem ser: (i) de perseguição, uma vez que o doente ouve ou vê algo socialmente partilhado e faz uma interpretação bizarra, tendo sempre como referência o seu "eu" como foco; ou (ii) delírios de grandeza, em que o doente acredita ser famoso, rico ou super especial (DALGALARRONDO, 2008). Salienta-se a particular dificuldade na distinção da identificação do doente com a realidade que molda, sendo menos bizarro em comparação com outros subtipos de esquizofrenia. Segundo KAPLAN et al. (1997), a esquizofrenia paranoide apresenta melhores prognósticos comparativamente aos demais subtipos, pois a personalidade e a inteligência, encontram-se menos comprometidas, pelo que, a estrutura sintática também. No entanto, verifica-se uma ambiguidade semântica nos processos de referenciação. Neste sentido, quando o indivíduo não é capaz de lidar com as suas perceções extraordinárias e consequentemente tem a sensação de perseguição, surge a paranoia, sendo que quem persegue é o próprio "eu" do doente, que dividido se projeta no mundo, com todas as características de outro. Os sintomas desta psicopatologia surgem, principalmente no final da adolescência, sendo raros antes desta fase e após os 40 anos. O primeiro surto psicótico ocorre entre os 25 e 35 anos, no sexo feminino, e entre os 15 e os 25 anos, no sexo masculino. Os surtos são mais intensos em homens, manifestando-se mais cedo e com episódios mais longos. Estes sujeitos costumam ter uma pior adaptação pré-mórbida e deficit cognitivo mais elevado quando comparados com as mulheres, que por sua vez, apresentam sintomas breves relacionados com o humor. O desenvolvimento desta patologia, em casos de idade precoce, apresenta os prognósticos de maior inquietação. Ao contrário do que ocorre nos adultos, nas crianças os delírios e alucinações são habitualmente menos elaborados, e as alucinações são maioritariamente visuais. Existem fatores que aparecem nesta fase que influenciam o início da doença na idade adulta: predisposição genética, complicações intrauterinas, do parto ou

pós-natais, infeções virais do sistema nervoso central e o trauma na infância (NORQUIST & NARROW, 2009 cit in COSTA, 2017). Casos com início tardio são raros, porém quando ocorrem são sobretudo no sexo feminino (APA, 2014). Estima-se que cerca de 80% dos sujeitos com esquizofrenia fumem com regularidade e que mais de metade dos indivíduos com esta psicopatologia apresente sintomas de depressão e ansiedade (APA, 2002; cit in ALMEIDA, 2009). 10% dos sujeitos com esta patologia suicidam-se e cerca de 40% faz pelo menos uma tentativa, sendo está uma das razões para a baixa expetativa de vida destes indivíduos (ALMEIDA, 2009).

Vários modelos procuram compreender o quadro psicopatológico da esquizofrenia paranoide: (i) Modelo Biomédico, teoria dopaminérgica da esquizofrenia, onde é explicado que altos níveis de atividade neurológica em áreas específicas do cérebro podem atrapalhar a atividade cognitiva e, consequentemente, fazer com que surjam determinados tipos de comportamento, como pensamentos perturbados e alucinações (HOLMES, 2007; NOBRE, 2011); (ii) Modelo Cognitivo-Comportamental (MCC), desenvolvido por AARON BECK, na década de 1960, é uma abordagem terapêutica, amplamente utilizada, que enfatiza a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos oferecendo estratégias eficazes para promover mudanças positivas na saúde mental e no bem-estar dos indivíduos (BECK & ALFORD, 2011; BECK, 2013); (iii) Modelo Humanístico-Existencial, nesta abordagem, o comportamento anormal é aquele em que a pessoa simula uma sanidade mental de acordo com as regras impostas pela sociedade; (iv) Modelo Psicodinâmico, baseia-se nos princípios da psicanálise, desenvolvida por SIGMUND FREUD e, posteriormente, expandida por CARL JUNG e MELANIE KLEIN; Freud postulou a existência de três estruturas da mente: o id (parte primitiva e instintiva da mente, que busca a gratificação imediata dos impulsos básicos, como fome, sede e sexualidade), o ego (mediador entre o id e o superego), e o superego (representa a consciência moral internalizada); enfatiza a influência do inconsciente, das experiências precoces e dos mecanismos de defesa na formação da personalidade e comportamento humano (BRASIL, 2015; COSTA, 2013; DEPREEUW et al, 2017; FREUD, 2001).

Até há bem pouco tempo, os planos de tratamento apenas beneficiavam com medicamentos antipsicóticos, que contribuem para a diminuição das alucinações. Contudo, estudos recentes, demonstraram melhoras mais acentuadas quando os medicamentos são administrados em simultâneo com intervenções psicossociais, como a terapia familiar ou a terapia cognitiva- comportamental (TCC), contribuindo para a diminuição da intensidade das alucinações e delírios (HADDOCK et al., 1988 cit in BARRETO & ELKIS, 2007). A TCC identifica e desafia padrões de pensamento disfuncionais, promovendo uma visão mais realista e adaptativa da realidade. Para tal, utiliza técnicas comportamentais (exposição gradual e a aprendizagem de habilidades de enfrentamento), para promover mudanças no comportamento, na cognição e na emoção, importante no tratamento da depressão, ansiedade, transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ou transtorno de stress pós-traumático (TEPT) (BECK & ALFORD, 2011; BECK, 2013);

No que se refere à TCC, as três técnicas mais utilizadas são: (i) Técnica de Normatização, tem como princípio compreender o que constrói e o que mantém o fenómeno psicótico, tendo também o intuito de unir o conteúdo delirante com a história real do paciente; (ii) Técnica dos Módulos, dividida em seis partes, a primeira estabelece a aliança terapêutica e avaliação; a segunda utiliza estratégias comportamentais para manobrar os sintomas; a terceira debate novas visões de acordo com a natureza das experiências psicótica; a quarta é a estratégia para o manejo das alucinações; a quinta é a avaliação das pressuposições desajustadas a respeito da própria pessoa e dos outros; e a sexta estabelece novas perspetivas acerca dos problemas individuais e da normalização dos sintomas psicóticos; (iii) Técnica do Reforço das Estratégias de Enfrentamento, afirma que as alucinações e delírios necessitam, não só de um contexto social e subjetivo para que estes sintomas assumam significado, mas

também é necessário que exista uma reação emocional (BARRETO & ELKIS, 2007). Mais tarde, surgiram ensaios controlados de intervenções psicológicas com o intuito de promover a vida social e familiar. Os resultados foram positivos, o que levou ao aumento de interesse nas terapias psicológicas, neste âmbito. As intervenções familiares psicossociais dão ênfase ao trabalho colaborativo entre familiares e profissionais, fornecendo informações sobre a doença ou decidindo conjuntamente os objetivos e tarefas a serem efetuadas durante o tratamento (SCAZUFCA, 2000).

A psicoterapia psicodinâmica é uma forma de tratamento que visa explorar os aspetos inconscientes e promover o autoconhecimento e o crescimento pessoal (DEPREEUW et al, 2017; FREUD, 2001; COSTA & MOTA, 2013), conduzindo a alterações psíquicas das características psicológicas que causam sofrimento e desadaptação (HOROWIT, KERBERG & WEINSHEL, 1994; cit in HUTZ, BANDEIRA, TRENTINI, 2018). Estas terapias defendem a tomada de consciência da motivação inconsciente, na qual a pessoa alcançará uma maturidade com o fortalecimento do ego, e assim, poder assumir as rédeas do seu destino (PEARSON, COOPER & GABBARD, 2007 cit in HUTZ, BANDEIRA, TRENTINI, 2008; RELVAS, 2000).

Este estudo visou descrever a esquizofrenia e terapêuticas atualmente existentes para uma maior sensibilização para com estes doentes, com base na reflexão sobre um caso clínico.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Procedeu-se à análise do relato clínico de um estudo selecionado de OLIVEIRA (1999), nomeadamente o caso de Filipe (nome fictício) procedendo-se à reflexão crítica. Pretendemos compreender o estado atual do conhecimento neste campo de estudo. Realizámos pesquisas utilizando termos booleanos em várias bases de dados de renome como PsycINFO, PubMed, EMBASE, Web of Science, Cochrane, Google Scholar e CINAH, seguindo as diretrizes da APA 7. Cada estudo selecionado conta uma história única, contribuindo para o tecido mais amplo do conhecimento. Ao analisar estas narrativas, identificamos padrões emergentes e áreas de consenso, refletindo a complexidade do campo. Reconhecemos que a nossa perspetiva é apenas uma entre muitas possíveis.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, seguidamente, a descrição do relato clínico: Filipe é filho único e os seus pais separaram-se quando ele tinha 7 anos, sendo que o rapaz viveu com a mãe até aos 14 anos. Posteriormente, mudou de cidade indo viver com o pai com o intuito de dar continuidade aos estudos. Teve sempre um bom relacionamento com os colegas, contudo na sequência da mudança começou a fechar-se sobre si mesmo, não querendo relacionar-se com ninguém. Com 18 anos iniciou o seu processo de análise, que durou cerca de 4 anos, tendo terminado por sua vontade, pois sentia-se incomodado pelo facto da psicanalista levantar demasiadas dúvidas acerca dele próprio. Com isto, convenceu-se que esta contava o seu caso para toda a gente, isto porque quando ia na rua sentia que todos sabiam da sua vida. Nesta época também, teve uma namorada, contudo foi uma relação pouco duradoura, e até mesmo frustrante na medida em que sentia que ela não gostava dos seus beijos e carinhos. Terminou o namoro, e isolou-se. Com 22 anos, recorreu a um médico psiquiatra que lhe receitou um antidepressivo e segundo o jovem, tudo começou a correr bem. Dizia que se sentia eufórico, com capacidade para fazer tudo ao mesmo tempo e mal dormia. Afirmava também que era um sucesso com as raparigas e tinha todas as namoradas que desejava, porém tudo não passava de simples trocas de olhar. Nesta época, Filipe foi a uma consulta de orientação profissional e, segundo ele, o psicólogo, através de uma técnica subconsciente, ensinou-lhe um conjunto de códigos e sinais que lhe permitiam analisar as intenções e comportamentos das pessoas. A partir de então considerava que não precisava de falar, no entanto as pessoas não o compreendiam. Começou a acreditar não

pertencer a este mundo, já que possuía capacidades extraordinárias. Outra característica que o jovem dizia possuir (que se tornou progressivamente angustiante) era a capacidade de tornar realidade os seus pensamentos. Dizia ainda ouvir vozes a falarem baixinho na sua cabeça, como se tivesse um rádio dentro de si. Numa visita à terra do seu pai, teve o episódio que causou o seu internamento. Enquanto caminhava num jardim, viu uma folha de plátano e começou a chorar descontroladamente, pois sentiu que tinha passado para o outro lado da realidade. Afirma que começou a ter pensamentos sobre diversos assuntos, chegando mesmo a pensar que ele próprio era um dos ex-maridos da sua mãe. O pai decide levá-lo a um hospital psiquiátrico. O jovem acreditava que o deveriam matar praticando a eutanásia, pois só assim seria possível acabar com todo o seu sofrimento. Teve internado 3 semanas. Um mês depois foi internado na Comunidade Terapêutica da Quinta da Tapada. Nesta comunidade, mesmo sujeito a intervenções, o Filipe ficava isolado, tinha a impressão de que todos conseguiam ouvir os seus pensamentos e, por isso, o iam começar a julgar. Continuava a usar a linguagem de sinais e ninguém o conseguia entender. Por essa razão, os delírios de grandeza eram ainda evidentes. O jovem tornou-se muito ansioso, não conseguindo, na maioria das vezes, interagir com ninguém, e quando entrava em contacto direto com alguém era agressivo e irritava-se facilmente. Dos últimos acontecimentos descritos, neste estudo de caso, é a tentativa de suicídio de Filipe.

Em termos de diagnóstico, encontramo-nos perante um quadro de Perturbação Esquizofrénica, do tipo paranoide, no qual se encontram presentes os seguintes sintomas: ideias delirantes do tipo persecutório que se traduzem, por exemplo, na crença de que a sua analista contava a sua história a todas as pessoas; ideias delirantes de grandeza, expressas nas crenças em possui capacidades fora do comum; alucinações de caráter auditivo; ansiedade; comportamento agressivo; sintomas depressivos; pensamentos suicidas; e os sinais da perturbação persistiram ininterruptamente por um período de tempo superior a 6 meses.

O caso de Filipe ilustra os desafios dos indivíduos com perturbação esquizofrénica, especialmente do tipo paranoide. A sua história de vida, marcada pela separação dos pais, mudanças de ambiente e falta de apoio emocional, sugere uma predisposição a distúrbios psicóticos, agravada pelos eventos traumáticos. O surgimento dos sintomas após a mudança para viver com o pai mostra a sensibilidade de Filipe às mudanças ambientais e a importância do contexto na manifestação de sintomas psicóticos. A sua relutância em interagir com os outros após a mudança sugere uma deterioração nas habilidades sociais, possivelmente exacerbada pelo sentimento de isolamento. A participação em terapia durante a adolescência poderia ter proporcionado a Filipe um ambiente de apoio emocional e ferramentas para lidar com suas dificuldades emocionais. No entanto, a interrupção precoce do tratamento e a percepção de que sua privacidade estava a ser violada pela terapeuta contribuíram para o desenvolvimento das suas ideias delirantes. A prescrição de antidepressivos sem uma avaliação psiquiátrica completa é preocupante e destaca a importância da avaliação diferencial em casos de sintomas psicóticos. O relato de euforia e aumento da autoestima associados ao uso de antidepressivos sugere uma possível exacerbação dos sintomas psicóticos, comum em casos de perturbação esquizofrénica. A influência do psicólogo na criação de crenças delirantes no Filipe é preocupante e destaca a necessidade de formação adequado e supervisão na prática clínica. O uso de técnicas subconscientes, sem evidência científica, pode ter contribuído para o agravamento dos sintomas psicóticos e a perda de contato com a realidade. O episódio de choro descontrolado ao ver uma folha de plátano ressalta a desconexão de Filipe com a realidade e a intensidade dos sintomas psicóticos. A sua crença de que ele próprio era um ex-marido de sua mãe demonstra a complexidade e a gravidade do seu delírio. O comportamento agressivo e a tentativa de suicídio de Filipe são consequências graves da perturbação esquizofrénica e exigem intervenção urgente e especializada. O internamento num hospital psiquiátrico, seguido pela Comunidade Terapêutica da Quinta da Tapada, reflete a

necessidade de cuidados intensivos e abordagens multidisciplinares no tratamento da esquizofrenia. Em resumo, o caso de Filipe destaca os desafios enfrentados por indivíduos com perturbação esquizofrénica, destacando a importância da avaliação precoce, intervenção terapêutica adequada e apoio emocional contínuo para promover a estabilidade e a qualidade de vida desses pacientes.

4 CONCLUSÃO

O estudo permite concluir que a esquizofrenia é uma patologia complexa que carece de investigação, para uma melhor definição e eficácia de intervenção. Neste sentido, destacamos a importância do papel do psicólogo, enquanto promotor da saúde mental e do bem-estar através da terapêutica e no desenvolvimento de estudos para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. O suporte da família e dos amigos é fundamental no incentivo e no acompanhamento para uma boa recuperação do doente, a fim de evitar o abandono do tratamento. Salienta-se a importância de não contrariar os doentes, aquando dos seus delírios e alucinações, mas apoiá-los no sentido de potencializarem as suas capacidades para restabelecerem um melhor funcionamento social e afetivo. Verificamos, ainda relativamente ao DSM, que os autores consideraram, não eliminar a perturbação esquizoafetiva como uma entidade separada, uma vez que o diagnóstico poderá passar a ser perturbação de "espectro", o que evidencia uma nova abordagem multidimensional.

Dispomos de vários estudos sobre o MCC, o mais utilizado, mas muito reduzidos, quanto ao modelo psicodinâmico, que apesar dos resultados eficazes torna-se muito dispendioso e longo, comparativamente com o modelo cognitivo. Salienta-se, assim, como limitações, a reduzida literatura sobre o modelo psicodinâmico e os escassos estudos existentes em Portugal. Torna-se urgente investir nesta área para um maior conhecimento da patologia, que vise a promoção da melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. Com um tratamento adequado, o doente com esquizofrenia consegue integra-se da melhor forma na sociedade. Este estudo permitiu a aquisição de conhecimento relativamente a esta patologia e uma maior sensibilização para com os doentes com diagnóstico de esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. Do universo ao multiverso da esquizofrenia – estudo de caso. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, 2009

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5. Lisboa: Climepsi Editores, 2014

BARRETO, E.; ELKIS, H. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. **Psiquiatria Clínica**, 34(2), pp. 204-207, 2007

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. Cognição e psicopatologia. In: Beck, A. T.; Alford, B. A. Depressão: causas e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2011

BECK, J. Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2013.
BRASIL, I. Da Procura, um Encontro: A Identificação Projetiva e a Capacidade Transicional. Dissertação de Mestrado apresentada ao Inst. Psicologia Universidade de Brasília, 2015

COSTA, E. Fiabilidade do Perfil de Auto-perceção Física em indivíduos com esquizofrenia residentes na comunidade: relação entre auto-perceções físicas, autoestima e nível deatividade física. Dissertação Mestrado em Ciências de Desporto Universidade do Porto, Portugal, 2017

COSTA, M.; MOTA, C. P. Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre transtorno de personalidade borderline, 15(3), 19–33, 2013

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2008

DEPREEUW, B.; ELDAR, S.; CONROY, K.; HOFMANN, S.G. Psychotherapy Approaches. International Perspectives on Psychotherapy. **Springer International Publishing**, 2017

FREUD, S. Textos Essenciais da psicanálise: O Inconsciente, os sonhos e a vida pulsional (Vol I). Mem Martins: Europa-América, 2001

GOUVEIA, M.; ASCENÇÃO, R.; FIORENTINO, F.; PASCOAL, J., COSTA, J.; BORGES, M. O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. **International Journal of Clinicar Neurosciences and Mental Health**, 4(3), pp. 1-11, 2017

HOLMES, D. Psicologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007

HUTZ, C., BANDEIRA, D.; TRENTINI, C. Avaliação Psicológica da Inteligência e da Personalidade. Porto Alegre: Artmed Editora, 2018

KAPLAN, H.I., GRUB, J.A., SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Esquizofrenia**.** Porto Alegre: Artmed, 7ª ed. p. 439-466, 1997

NOBRE, T. Algumas considerações psicanalíticas a respeito da esquizofrenia. **Psicologia**, 20(1), pp. 67-78, 2011

OLIVEIRA, S. Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia: Considerações Psicodinâmicas. Dissertação de Mestrado: Psicologia Clínica do Desenvolvimento Fac. Psic. Ciências da Educação, Univ. Coimbra, 1999

RELVAS, A. P. Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Perspectiva sistémica. In I. Soares (coord.), Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas aolongo da vida. Coimbra: Quarteto Editora, 2000

SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22(1), pp. 50-52, 2000

SOUSA, D.; PINHO, L.; PEREIRA, A. Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 18(1), pp. 91-101, 2017

QUEIRÓS, T.; COELHO, F.; LINHARES, L.; CORREIA, D. Esquizofrenia: O que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. **Acta Médica Portuguesa,** 32(1), pp. 70-77, 2019

DOI: 10.51161/conasf2024/33632