

# O CAPS na vida do portador de esquizofrenia

ana Paula Tomazi\*, Laís Emidio\*, Elisete Rossato Rick, M.Sc.\*\* , José Otávio Feltrin M.Sc.\*\* ,  
Maria Tereza Soratto, M.Sc.\*\*\*

\*Acadêmicos da 8ª fase do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina, Araranguá/SC,

\*\*Enfermeira (o), Professora (o) Curso de Enfermagem UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina, Araranguá/SC,

\*\*\*Enfermeira, Professora Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina, Araranguá/SC

## Resumo

A esquizofrenia é uma doença crônica, incapacitante que tem se tornado um grande problema de saúde pública. Seus sintomas são classificados como positivos (delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento) e negativos (manifestações emocionais). O estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, cujo objetivo é conhecer o significado do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na vida do portador de esquizofrenia e familiares. Aplicou-se entrevista semiestruturada com 07 portadores de Esquizofrenia e seu familiar cuidador no CAPS do município de Araranguá/SC. A equipe multiprofissional do CAPS é essencial para a reintegração do portador de esquizofrenia na sociedade. É fundamental interagir com a família mantendo um vínculo favorável ao tratamento e a reintegração social do portador.

**Palavras-chave:** esquizofrenia, família, Enfermagem, saúde mental.

## Abstract

### *The CAPS in the life of patients with schizophrenia*

Schizophrenia is a chronic, disabling disease that has become a major public health problem. Its symptoms are classified as positive (delusions, hallucinations, changes in speech and behavior) and negative (emotional manifestations). This is qualitative study aiming at knowing the meaning of Center of Psychosocial attention (CAPS) in life of schizophrenia patients and family. Semi-structured interviews were applied in 7 patients with schizophrenia and their family caregivers at the CAPS Araranguá in Santa Catarina. A multidisciplinary team of CAPS is essential for the reintegration of patients with schizophrenia in society. It is essential to interact with family while maintaining a favorable bond to treatment and social reintegration of the schizophrenic patient.

**Key-words:** schizophrenia, family, Nursing, mental health.

## Resumen

### *El CAPS en la vida de pacientes con esquizofrenia*

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, incapacitante que se ha convertido en un importante problema de salud pública. Sus síntomas se clasifican como positivo (manifestaciones emocionales) y negativos (delirios, alucinaciones,

Recebido em 31 de janeiro de 2014; aceito em 09 de junho de 2014.

**Endereço para correspondência:** Maria Tereza Soratto, Rua Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50/301, 88801-230 Criciúma SC, E-mail: guiga@engeplus.com.br, guiga@unescc.net

cambios en el habla y la conducta). El estudio trata de una investigación de enfoque cualitativo, cuyo objetivo es conocer el significado de CAPS en la vida de pacientes con esquizofrenia y familiares. Fueron aplicadas entrevistas semiestructuradas a 07 pacientes con esquizofrenia y a sus cuidadores familiares en CAPS Araranguá en el municipio de Santa Catarina. El equipo multidisciplinario de CAPS es esencial para la reinserción de los pacientes con esquizofrenia en la sociedad. Es esencial para interactuar con la familia mantener un vínculo favorable al tratamiento y la reinserción social del paciente.

**Palabras-clave:** esquizofrenia, familia, Enfermería, salud mental.

## Introdução

A Esquizofrenia afeta aproximadamente 30 milhões de pessoas ao redor do mundo, sendo resultado de uma complexa interação entre fatores ambientais associados à função genética alterada [1]. Por se tratar de uma doença crônica e potencialmente incapacitante, a esquizofrenia é considerada um sério problema de saúde pública [2-4].

Os números dos transtornos mentais, incluindo-se a esquizofrenia, vêm aumentando consideravelmente e, nesse sentido, gerando maiores demandas por atenção de saúde tanto para familiares quanto para o próprio paciente, considerando-se o desconhecimento e a insegurança diante da doença [5].

A assistência aos portadores de sofrimento psíquico no Brasil vem se transformando nas últimas décadas, influenciada por experiências internacionais que propuseram novos modelos e práticas de transformação institucional com intuito da promoção da saúde mental fora do âmbito manicomial. Entre as estratégias assistenciais, foi proposta a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o objetivo de oferecer atendimento à população moradora na área de abrangência em um modelo que prioriza a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo adoecido mentalmente, mediante acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários [3].

A proposta de cuidado ao portador de transtorno mental no interior dos CAPS é baseada em ações que visam a sua reabilitação psicossocial, na busca da autonomia e da cidadania destas pessoas [6].

Com uma demanda mais específica por atenção e cuidado, surge a grande importância do CAPS, serviço voltado à atenção e cuidado aos pacientes e familiares, auxiliando-os a compreender a doença e lidar com ela de modo que não se torne um estigma, um fator de exclusão e discriminação [7].

A partir do conhecimento do impacto da esquizofrenia para os portadores e seus familiares,

buscamos conhecer o significado do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na vida dos mesmos. Desta forma, surgiram inquietações referentes à temática: Qual a história do portador de esquizofrenia em relação ao processo de adoecimento? Quais os sintomas da esquizofrenia relatada pelos portadores e seus familiares? Os portadores foram internados em decorrência de crises psiquiátricas? Qual o impacto do tratamento do CAPS na vida do portador e seus familiares? Qual a adaptação social do portador e familiar frente ao acompanhamento da equipe multiprofissional do CAPS?

Sabendo-se que o enfermeiro é o profissional que mantém um contato mais próximo com os pacientes e tem a capacidade de oferecer-lhes explicações e tirar dúvidas, tal profissional também é grandemente importante no processo de acolhimento e tratamento do paciente, já que este, muitas vezes, perde a capacidade de efetuar o cuidado do qual demanda [8].

O cuidado de enfermagem chama a atenção para uma compreensão mais abrangente do ser, busca atingir a integralidade dos seres humanos num entendimento profundo e significativo sobre a diversidade dos contextos socioculturais, a partir de uma perspectiva fundamentada na complexidade [9].

Entende-se, assim, que a participação do enfermeiro em conjunto com as práticas de reinserção social do CAPS pode tornar-se uma ferramenta adicional à vida adequada e digna merecida por tais indivíduos.

Desta forma, tem-se como objetivo da pesquisa identificar o significado do CAPS na vida do portador de esquizofrenia e familiares.

## Material e métodos

Pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória e de campo. Aplicou-se entrevista semiestructurada com 07 portadores de esquizofrenia e seu familiar cuidador no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Araranguá, Santa Catarina. Como

critérios de inclusão selecionou-se: portador de esquizofrenia em tratamento no CAPS em condições de responder a entrevista; familiar cuidador do portador de esquizofrenia; aceitação para participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo os preceitos éticos da Resolução 466/12 [10]. Os dados foram analisados por meio da técnica de categorização proposta por Minayo [11]. Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas com os sujeitos pesquisados, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Res 466/12 [10] que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se no lugar do nome a letra P para os portadores e F para os familiares cuidadores; seguido do respectivo número.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL pelo nº 414847/2013.

### **Caracterização do perfil dos portadores e familiares cuidadores**

Em relação ao perfil dos portadores, quatro (04) são do sexo masculino e três (03) feminino; a idade variou de 28 a 49 anos. A maioria dos portadores é solteiro (05); sendo que o P4 é separado e o P3 divorciada. A escolaridade variou da 1ª série até o segundo grau completo. A maioria dos portadores é aposentada; em virtude da gravidade da doença; sendo que o portador P4 está “encostado”.

Os cuidadores em sua maioria são mulheres, mães (F4 e F5); irmã (F1); cunhada ( F2); nora (F3) e madrasta ( F6); somente o Familiar F7 é o pai do portador.

A idade dos familiares variou de 44 a 72 anos; escolaridade da 4ª série até ensino superior. A profissão em sua maioria é do lar (04 – F1; F3; F4; F5); seguido de costureira (F2); professora (F6) e aposentado (F7).

Os portadores e familiares relataram que o tempo de descoberta da doença foi de dois anos (02) a trinta anos (30). O tempo que os familiares cuidam dos portadores de esquizofrenia foi desde criança até vinte e oito (28) anos.

A esquizofrenia, por definição, é um transtorno neurodesenvolvimental, o que significa que ele se inicia quando o bebê ainda está sendo formado dentro do útero. Porém, apesar de tão precoce, a doença só é identificada na adolescência ou na fase adulta, pois é preciso que o cérebro amadureça para que os sintomas se manifestem [12].

A esquizofrenia pode iniciar desde criança e é caracterizada como uma doença crônica, incapacitante que necessita de cuidados durante toda a vida do portador.

### **Sintomatologia da esquizofrenia**

A Sintomatologia mais citada pelos portadores de esquizofrenia foi relacionada à irritabilidade; nervosismo e revolta dos portadores (07- F1; F2; P3; F4; P5; F5; F7); seguido de agitação e inquietação (03 - P1; F3; P6) e ver vultos (03 - P2; F2; P6). Outras sintomatologias citadas foram ouvir vozes (02 - F1; P2); tremores (02 - P3; P7); insônia (02 - F3; F7); agressividade (02 - P4; F6); depressão (02 - P5; P6); angustia e desespero (01 – P6); ansiedade (01 – P3); falar sozinho (01 – F3); mania de perseguição (01 – F3) e pensamento suicida (01).

A esquizofrenia é um transtorno mental com características bastante limitantes e de alta gravidade, considerando-se que o esquizofrênico apresenta sintomas muito peculiares, caracterizado por amplo espectro de disfunções cognitivas e emocionais que incluem delírios e alucinações, discurso e comportamento desorganizado, emoções inapropriadas, perda de referência de tempo e espaço, alienação, dificuldades de socialização, grandes temores quanto aos mais diversos motivos, por menores que sejam, entre outros [13,14].

A esquizofrenia acomete 1% da população. Aproximadamente 25% destes pacientes apresentam sintomas depressivos durante o curso da doença. A ocorrência destes sintomas está relacionada a períodos de hospitalização mais longos, pior resposta às medicações, pior desempenho social, evolução crônica, maiores taxas de recaídas e suicídio [15,16].

O suicídio ocorre em 2 a 13% dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, sendo este risco 10 a 20 vezes maior que na população geral. O risco é maior em pacientes jovens do sexo masculino [15].

A esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica que requer tratamento prolongado com o uso de antipsicóticos. A adesão é fundamental para o sucesso do tratamento, visto que há uma associação entre a não adesão e recidivas, rehospitalização e persistência de sintomas psicóticos [17].

Cerca de 25% dos pacientes esquizofrênicos *respondem insatisfatoriamente ao tratamento medicamentoso* habitual. A persistência, seja de sintomas positivos seja de sintomas negativos, dificulta a utilização de abordagens psicossociais e prejudica a reintegração social do paciente [18].

A família é muito importante no tratamento, especialmente pelo vínculo afetivo e a maneira como interpreta a doença, podendo influenciar as práticas de cuidados por ela adotados e o sucesso para a reabilitação do indivíduo que vivencia a esquizofrenia. Porém, depende também das relações entre o portador da doença e quem está prestando a assistência [19].

O tratamento realizado de uma maneira correta faz com que ocorra um controle dos sinais e sintomas, evitando assim futuras crises e conseqüentemente internações.

### Assistência no CAPS

A maioria dos portadores e familiares relatou consulta médica (13 - P1; F1; P2; P3; F3; P4; F4; P5; F5; P6; F6; P7; F7) como principal assistência recebida no CAPS; seguido de terapia (09 - P1; P2; F2; P3; P4; P5; P6; F6; P7); atividades (05 - F1; F3; F4; F5; F7); consulta e acompanhamento com psicólogo e psicoterapia (05 - F2; F3; P4; F4; F5).

Para o esquizofrênico, a reabilitação pode surgir de vários modos, respeitando os equipamentos de saúde mental existentes. Assim sendo, a reabilitação pode ocorrer através de psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, orientação familiar, abordagem psicossocial em instituições, grupos de autoajuda, ou seja, atividades que visam reinserir o sujeito na família e na sociedade, exercendo papéis anteriormente desenvolvidos [20].

De forma geral os portadores de esquizofrenia frequentam o CAPS de uma (01) a quatro (04) vezes por semana.

As atividades que os portadores mais participam são artesanatos com trabalhos manuais, desenho e pintura (10 - P1; P2; P3; P4; F4; P5; F5; P6; P7; F7); seguido de horta (02 - P4; F4); psicoterapia e terapia (01 - F4). Destaca-se que os familiares F1; F2; F3 e F6 relataram desconhecer as atividades que os portadores participam.

Uma das mudanças proporcionadas pela reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de estimular a família a participar do cuidado junto aos serviços de saúde, possibilitando ao usuário permanecer o maior tempo possível junto a sua unidade de cuidado. Com essas transformações, os serviços de saúde mental passaram a formar parcerias de cuidado, fazendo com que as famílias, assumissem um papel importante e ativo no tratamento, estabelecendo, assim, uma rede de relações entre família, usuário, serviço de saúde e sociedade [21].

A família é, na maioria das vezes, a unidade de saúde para seus membros, pois é ela que, de forma explícita, cuida da saúde de seus integrantes. Isso faz com que essa unidade de cuidado torne-se um referencial para os serviços de saúde, na busca de informações para a identificação do problema [21].

Com a desinstitucionalização do louco, as práticas assistenciais foram, aos poucos, visualizando a família do portador de transtorno mental como um grande aliado, passando a dividir a responsabilidade pelo cuidado e pela inserção social [21].

### Orientações recebidas da equipe multiprofissional do CAPS

Segundo os portadores e familiares, as orientações mais recebidas são sobre os medicamentos (08 - P1; P2; P3; F3; P4; P5; P6; F7); seguido de conversa com a equipe multiprofissional (02 - F1; P4 e F4; F5; F6); consulta com psiquiatra (01 - F4); orientação sobre o retorno (01 - F7); internação quando em crise (01 - F3); organização da medicação pela enfermeira (01 - F4).

Destaca-se na fala da familiar F1 a importância das reuniões que eram organizadas com os mesmos, e que atualmente não ocorrem mais.

“Antes eram feitas reuniões com os familiares, agora não esta tendo, mais são muito atenciosos, sempre que preciso de alguma coisa estão a disposição (F1)”.

Já o familiar F2 e portador P7 relataram não ter recebido orientações pela equipe.

O grupo de família é a atividade realizada no CAPS exclusivamente para os familiares. Esse grupo possibilita uma interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimento e de experiências [22].

Os integrantes do grupo têm a possibilidade de compartilhar as situações vivenciadas com o usuário, assim como, os profissionais têm a oportunidade de orientar e esclarecer o familiar quanto às situações da vida cotidiana [22].

A importância dos grupos é relacionada à informação sobre a doença aos familiares; discutir como lidar com o portador; conhecer o trabalho realizado no CAPS; incentivar a adesão ao tratamento e acima de tudo fazer com que possam trocar conhecimentos e experiências entre esses familiares facilitando assim o convívio com os portadores, proporcionando uma melhor aceitação da doença.

## Adaptação ao tratamento proporcionado pelo CAPS

De forma geral a adaptação ao CAPS foi boa, de acordo com as falas:

“Foi bom, tive bastantes amizades, gosto de ir ao CAPS (P1)”.

“Foi difícil porque ela tinha atrito com meu marido e minha filha, o CAPS foi fundamental no tratamento dela (F1)”.

“Foi bom, se não venho não me senti bem (P2)”.

“Bem, eu gostei daqui (P3)”.

“Cada dia é uma novidade (F3)”.

“Adaptação foi boa (P4)”.

“Super bem (P6)”.

“Sempre segui a receita, achava estranho tanto remédio (F7)”.

Destaca-se na fala do familiar F1 o papel fundamental do CAPS no tratamento do portador P1.

A necessidade de isolamento característico da esquizofrenia foi relatada pelos portadores P5 e P7:

“Não gosto muito de vir, prefiro ficar em casa (P5)”.

“Nunca gostei, gosto de ficar em casa (P7)”.

A esquizofrenia é um transtorno mental que cursa com severo comprometimento da capacidade de interagir socialmente de forma adequada e funcional [23].

Os familiares dos portadores de esquizofrenia relataram as dificuldades enfrentadas para aceitar a doença e se adaptar ao processo de adoecimento:

“É bem difícil, a gente tem que falar várias vezes a mesma coisa, ele não confia em uma pessoa só, tem que ter várias opiniões (F2)”.

“Foi muito difícil porque o pai dele não morava com a gente, então tudo ficou para eu resolver. No começo também tive que passar por psicólogo, não aceitava (F4)”.

“Não foi fácil, só eu e Deus sabe o que eu passei (F5)”.

“Foi complicado, ele tinha atritos com minha filha, o pai dele não ajuda, só faz as coisas ficarem pior (F6)”.

Toda família pode adoecer também junto à pessoa, pois ocorrem algumas alterações nas ativi-

dades sociais cotidianas, havendo necessidade de se promover uma atenção especial. Muitas das situações vivenciadas podem gerar dúvidas e confusão diante do repertório comportamental emitido pela pessoa que adoeceu [19].

Interpretados, às vezes, como um estado de “loucura” capaz de afetar toda a família e a rede de relacionamento do indivíduo, os sintomas produzem e reproduzem distorções nas relações e, conseqüentemente, após lidar com a psicose por muitos anos ocorre uma modificação radical tanto no indivíduo como nos seus familiares. É possível afirmar que as experiências da doença transformam os relacionamentos [19].

A família do portador de esquizofrenia deve ser ajudada juntamente com o paciente, pois a mesma não está preparada para enfrentar esta nova realidade. A adaptação da família as mudanças que ocorreram é tão importante quanto à do próprio paciente para um bom tratamento.

## Significado do CAPS na vida do portador de esquizofrenia e familiares

O CAPS significa tudo na visão dos portadores e familiares de esquizofrenia; sendo considerada uma escola; terapia; apoio; encontro; ajuda; ocupação; acolhimento; conversa e remédio.

“É uma escola (P1)”.

“Suporte bem bom, é muito importante as atividades pra ocupar a mente (F1)”.

“Uma terapia (P2)”.

“Apoio que ele precisa para poder se ocupar (F2)”.

“Muito importante, fazem um trabalho bonito (P3)”.

“É muito bom, se não fosse o CAPS não sei o que seria de mim, aqui dão medicação e ela tem atividades (F3)”.

“CAPS significa tudo, é aqui que encontro ajuda (P4)”.

“Fundamental, super importante (F4)”.

“Tratamento (P5)”.

“É bom, é um encontro deles, uma forma de se ocupar (F5)”.

“Comportamento, atenção, bom atendimento (P6)”.

“É bom, ele conversa com as pessoas (F6)”.

“É um remédio (P7)”.

“É um bom trabalho (F7)”.

O CAPS é um serviço substitutivo de atenção em saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico [22].

## Conclusão

Tivemos a oportunidade de conhecer as mais diversas realidades da Esquizofrenia. Sabemos que é uma doença crônica incapacitante que causa muito impacto na vida do portador e seu familiar, com isso, passamos a compreender o ser humano em sua totalidade, respeitando a sua história de vida e o contexto sociocultural no qual está inserido. Deparamo-nos com diversas realidades e tivemos que nos adaptar e agir de maneira diferente em cada uma delas. Contudo, foram essas situações que nos fizeram repensar qual é o papel do enfermeiro no tratamento do portador de esquizofrenia. E identificamos que o enfermeiro precisa ter um conhecimento prático e científico para lidar com as alterações de humor desses portadores durante suas crises; transmitir as orientações necessárias para os familiares sobre a medicação, seus efeitos e suas reações; estar sempre aberta para ouvir os pacientes e familiares quando os mesmos sentirem necessidade; e estar sempre pensando no melhor tratamento ao paciente, agindo de modo que a família possa interagir e ajudar na evolução do quadro psiquiátrico para que não tenha desistência do tratamento.

O significado do CAPS na vida do portador de esquizofrenia e seu familiar cuidador é a reintegração social, onde a família tem participação integral. A participação do portador nas atividades fornecidas pelo CAPS favorece uma maior adesão ao tratamento, diminuindo assim as internações em hospitais psiquiátricos.

Entende-se, assim, que a participação do enfermeiro em conjunto com as práticas de reinserção social do CAPS pode tornar-se uma ferramenta adicional à vida adequada e digna merecida por tais indivíduos.

## Referências

- Oliveira BM, Martins-de-Souza D. Análise proteômica da esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Clín* 2013;40(1):16-9.
- Giacon BCC. Ajustamento familiar nos primeiros cinco anos de diagnóstico de esquizofrenia [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009. 82 p.
- Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saúde Pública* 2010;26(4):807-15.
- Tonelli HA, Liboni F, Cavicchioli DAN. Programas metacognitivos com enfoque em cognição social na reabilitação da esquizofrenia: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr* 2013;62(1):51-61.
- Abreu CN. Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2006. 222 p.
- Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(1):159-64.
- Brasil. A reforma psiquiátrica brasileira e a política da saúde mental. 2013. [citado 2014 Jan 24]. Disponível em: URL: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>>
- Spadini LS, Souza MCBM. A doença familiar sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(1):123-7.
- Michel T, Seima MD, Lacerda MR, Bernardino E, Lenardt MH. As práticas educativa em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. *Cogitare Enferm* 2010;15(1):131-7.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [citado 2014 Jan 24]. Disponível em: URL: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>
- Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28a ed. Petrópolis: Vozes; 2009. 108 p.
- Hallak J. Esquizofrenia. Julho 2009. [citado 2014 Jan 24]. Disponível em: URL: [http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/perguntas\\_respostas/esquizofrenia/esquizofrenia.shtml](http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/perguntas_respostas/esquizofrenia/esquizofrenia.shtml)
- Barlow DH, Durand VM. Psicopatologia: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage; 2010. 676 p.
- Oliveira RM, Facina PCBR, Siqueira Júnior AC. A realidade do viver com esquizofrenia. *Rev Bras Enferm* 2012;65(2):309-16.
- Lacaz LFS, Bressan RA, Mello MF. A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2005;27(3): 252-61.
- Cardoso CS, Caiáffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Silva JT, Fonseca JOP. Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. *Cad Saúde Pública* 2007;23(9):2035-48.
- Vedana KGG, Miasso AI. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa?. *Acta Paul Enferm* 2012;25(6):830-36.
- Ballone GJ. Tratamento da esquizofrenia. 2008. [citado 2014 Jan 24]. Disponível em: URL: <http://www.psiqweb.med.br>
- Fernandes MC, Santos SA. Importância da família na qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. *Cuid Arte Enferm* 2012;6(2):53-111.
- Marques NA, Toledo VP, Garcia APRE. Significação da psicose pelo sujeito e seus efeitos para a clínica da enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2012;65(1):116-20.
- Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Enferm* 2011;64(1):47-52.
- Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(1):127-34.
- Tonelli H, Alvarez CE. Cognição social na esquizofrenia: um enfoque em habilidades teoria da mente. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2010;31(3)1-8.