

ESQUIZOFRENIA: A ESTABILIZAÇÃO VIA FARMACOTERAPIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Eloni Maria Frighetto*

Mônica Frighetto**

Resumo

Embora esquizofrenia seja uma palavra recente, seus sintomas, como delírios, alucinações, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, são descritos desde o início da humanidade. A doença é capaz de gerar alucinações nos pacientes e de reduzir sua qualidade de vida e de sua família. Este artigo é uma revisão bibliográfica sobre o tema, que tenta buscar os principais aspectos sobre os tratamentos desta doença mental. Estima-se que 1% dos brasileiros, algo em torno de 1,6 milhões de pessoas, tenham este problema. Portanto, é um problema de saúde pública que precisa ser avaliado em suas mais diversas formas, tanto farmacológicas como psicossociais.

Palavras-chaves: Esquizofrenia. Farmacoterapia. Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

Apesar do nome Esquizofrenia aparecer recentemente, foram encontradas descrições de comportamento humano que induzem a pensar na existência da doença desde o início da humanidade. Em XIV a. C., os hindus, nos Vedas, descreviam uma condição trazida pelos demônios na qual os acometidos andavam nus, sujos, confusos e perdiam o auto-controle. Esta caracterização era diferenciada da confusão tóxica e do transtorno maníaco depressivo. Em III a. C. há descrições, escritas em cuneiforme, originárias da Mesopotâmia, sugestivas de quadros de esquizofrenia paranóide. Em 100 d. C., Areteo da Capadócia diferencia duas condições

mórbidas, estupidez e mania. No século XVI, Thomas Willis, na Inglaterra, descreve em sua obra *De Amina Brutorum* quadros de estupidez em jovens que até adolescência eram brilhantes. Apesar destes relatos em diferentes culturas, até o século XIX não existia um sistema de classificação que encontrasse aceitação geral. No século XIX, Pinel, na França, descreve um tipo de idiotismo adquirido, demencé, caracterizada pela deterioração das habilidades mentais em pacientes cronicamente hospitalizados e doentes. Kahlbaum e Hecker, na Alemanha, estudando a hebefrenia e catatonia, desenvolveram uma nosologia para as psicoses degenerativas. Morel, em 1860, fala de uma “demência precoce” dentro de sua teoria da degeneração (ELKIS 1990; ADITYANJE 1999; ANGST 2002; BOTEVA 2003).

O termo esquizofrenia foi cunhado em 1908 pelo médico suíço Eugen Bleuler (1857-1939). Este notável psiquiatra à época definiu esquizofrenia como um distúrbio associativo, divergindo da visão inicial que a considerava um dano cerebral irreversível (BLEUER; BLEUER, 1986).

A ocorrência da esquizofrenia é observada no mundo inteiro e a prevalência entre adultos situa-se na faixa de 0,5 a 1,5% (DSM – IV, 2002). Considerando a média de 1% sob a população brasileira, estima-se que cerca de 1,6 milhões de pessoas no Brasil sejam esquizofrênicas, número elevado que exige investimentos dos órgãos públicos e recursos adequados para o tratamento.

Os sintomas desta patologia geralmente aparecem ao final da adolescência e início da idade adulta, embora possam também ocorrer já na fase adulta. Não há fator único que possa ser indicado como responsável pela etiologia e a doença decorre de uma combinação de influências, incluindo fatores biológicos, psicológicos e ambientais (TOWNSEND, 2002).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Optou-se pela pesquisa bibliográfica, pois ela permite e fornece meios para definir e resolver não somente problemas conhecidos, como também o de explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram de maneira satisfatória (DMITRUK, 2004), bem como pela complexidade do diagnóstico e das inúmeras facetas do tratamento da esquizofrenia.

2.2 DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders descreve os seguintes critérios para diagnóstico da esquizofrenia (DSM – IV, 2002);

A. Sintomas característicos: No mínimo dois dos seguintes quesitos, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

- (1) delírios;
- (2) alucinações;
- (3) discurso desorganizado (p. ex., frequente descarrilamento ou incoerência);
- (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico;
- (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou abulia;

B. Disfunção social/ocupacional: Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou quando o início se dá na infância ou adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de realização interpessoal, acadêmica ou profissional).

C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem pelo período mínimo de 6 meses. Esse período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D. Exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor. O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno do Humor com Características Psicóticas foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual.

E. Exclusão de substância/condição médica geral: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F. Relação com um Transtorno Global do Desenvolvimento: Se existe um histórico de Transtorno Autista ou de outro Transtorno Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes pelo período mínimo de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Conforme DSM-IV, a esquizofrenia pode ter o diagnóstico de subtipos e especificadores do curso da doença. Tipo paranóide, tipo desorganizado, tipo catatônico, tipo indiferenciado e tipo residual. Os subtipos de esquizofrenia são definidos pela sintomatologia predominante na época da avaliação do paciente. Porém, na Classificação de Transtornos Mentais e de

Comportamento da CID 10, curso dos transtornos esquizofrênicos pode ser classificado usando-se os seguintes códigos:

F 20.0 Esquizofrenia paranóide: É a mais comum em muitas partes do mundo. O quadro clínico é dominado por delírios relativamente estáveis, com frequência paranóides, usualmente acompanhadas por alucinações, particularmente da variedade auditiva e perturbações da percepção. Perturbações do afeto, volição e discurso e sintomas catatônicos não são proeminentes. O curso pode ser episódios com remissões parciais ou completas ou crônicas, nos casos crônicos, os sintomas floridos persistem por anos e é difícil distinguir episódios bem delimitados.

F 20.1 esquizofrenia hebefrênica: uma forma de esquizofrenia na qual as mudanças afetivas são proeminentes, os delírios e as alucinações fugazes e fragmentárias e o comportamento irresponsável e imprevisível; maneirismos são comuns. O afeto é superficial e inadequado e muitas vezes acompanhado por risadinhas ou sorrisos de auto-satisfação, sorrisos de absorção em si mesmo ou por uma postura altiva, caretas, maneirismos, brincadeiras queixas hipocondríacas e frases reiteradas. Inicia entre as idades de 15 a 25 anos e tende a ter um prognóstico pobre por causa do rápido desenvolvimento de sintomas negativos, particularmente embotamento afetivo e perda da volição.

F 20.2 Esquizofrenia catatônica: Perturbações psicomotoras proeminentes são aspectos essenciais e dominantes e podem se alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor ou obediência automática e negativismo. Atitudes e posturas forçadas podem ser mantidas por longos períodos. Episódios de agitação violenta podem ser um aspecto notável da condição.

F 20.3 Esquizofrenia indiferenciada: condições que satisfaçam os critérios diagnósticos para esquizofrenia, mas que não se adequam a nenhum dos subtipos F 20.0 ou F20.2 ou apresentando aspectos de mais de um deles, sem uma clara predominância de um conjunto de características em particular.

F 20.4 Depressão pós-esquizofrênica: um episódio depressivo, o qual pode ser prolongado, surgindo após uma doença esquizofrênica. Alguns sintomas esquizofrênicos devem ainda estar presente, mas não dominam o quadro clínico.

F 20.5 Esquizofrenia residual: apresenta um estágio crônico no desenvolvimento de um transtorno esquizofrênico no qual houve uma progressão clara de um estágio inicial. Para um estágio mais tardio caracterizado por sintomas negativos de longa duração embora não necessariamente reversíveis.

F 20.6 Esquizofrenia simples: é um transtorno incomum no qual há um desenvolvimento insidioso, mas progressivo de conduta estranha, incapacidade para atender as exigências da sociedade e um declínio no desempenho total. Delírios e alucinações não são evidentes, e o transtorno é menos obviamente psicótico do que os subtipos. Com o aumento do empobrecimento social pode seguir-se a adoção de uma conduta de vagamente e o indivíduo pode então se tornar absorto em si mesmo, inativo e sem objetivo.

F 20.08 Outra esquizofrenia: inclui esquizofrenia cenestopática, transtorno esquizofreniforme e exclui transtorno esquizofreniforme agudo (F 23.2), esquizofrenia cíclica (F 25.2) e esquizofrenia latente (f23.2)

F 20.09 Esquizofrenia não especificada

2.3 FARMACOTERAPIA

A intervenção no primeiro episódio do transtorno contribui muito ao bom andamento do tratamento. Contudo, a procura tardia pelo tratamento tem uma influência direta no quadro clínico do paciente, podendo levar a uma ruptura significativa dos níveis psíquicos, físicos e da rede social. Em meio às doenças mentais, a esquizofrenia figura entre uma das que mais prejuízos causam à interação social, pois o esquizofrênico é até o momento do primeiro episódio psicótico agudo, uma pessoa relativamente normal

para os padrões da sociedade e a partir daí entra em conflito com as normas sociais (D' ANDREA, 1998).

A primeira indicação para esquizofrenia aguda é o uso de antipsicóticos, com objetivo de alívio e redução dos sintomas e melhora dos aspectos sociais do indivíduo. Os antipsicóticos respondem bem ao tratamento quando o paciente apresenta sintomas tais como delírios, alucinações, agitação externa, crises agressivas, comportamentos destrutivos, desagregação de pensamento, pânico, tensão e distúrbio do sono. Já sintomas negativos como, embotamento afetivo, dificuldade de julgamento, depressão e falta de motivação, os antipsicóticos respondem menos (FUNCHS et al, 2006).

Os medicamentos antipsicóticos são divididos em primeira e segunda geração. (GABBARD, 2009).

2.3.1 Primeira geração

- Clorpromazina, foi testada por acaso, na França, em 1952. Seu uso sedativo foi observado inicialmente. Na década seguinte, foi mostrado que seu mecanismo de ação é o bloqueio de dopamina. A melhora dos pacientes foi rápida e ampla, com melhoras crescentes ao longo de algumas semanas, reduzindo sintomas psicóticos como alucinações, delírios e transtornos do pensamento. Entre seus efeitos colaterais, estão efeitos motores de parkinsonismo e acatisia, bem como hipertensão, sedação e amenorréia, entre outros. Recentemente seu uso têm decaído.

- O Haloperidol foi desenvolvido no final da década de 1950. Até época recente, era o antipsicótico mais usado para o tratamento da doença. Atualmente, estas mesmas características, aliado as suas vantagens econômicas, faz com que seja recomendado para o tratamento. Ainda precisará ser analisado se os novos antipsicóticos trarão vantagem sobre este medicamento. Quanto aos efeitos colaterais, esta droga produz parkinsonismo e acatisia significativos, em todas as doses testadas.

- A Clozapina, embora tenha levado a uma "nova era de medicamentos", não é nova em si. É o único antipsicótico superior. Os efeitos

motores agudos, incluindo o parkinsonismo e a acatisia, não costumam ocorrer. Contudo, em relação aos outros efeitos, está no topo da lista.

2.3.2 Segunda geração:

- Risperidona foi avaliada em uma ampla faixa de dosagem (2 a 16 mg/dia). Os sintomas positivos se assemelham ao haloperidol, enquanto nos negativos pode ser maior. A droga foi amplamente usada em idosos, em parte por seu perfil favorável de efeitos colaterais e sua sedação limitada. Os efeitos colaterais motores observados são baixos em doses menores que 6 mg/dia, mas em dosagens maiores que 10 mg/dia o parkinsonismo e a acatisia são significativos. Existe uma formula injetável de ação prolongada, composta de medicamento ativo, encapsulado em microesferas constituídos de um polímero biodegradável. Após uma única injeção da dose recomendada, de 25 a 50 mg, as microesferas continuam a produzir uma liberação lenta constante de medicamento por 3 a 7 semanas. Essa é a primeira formula de ação prolongada de uma droga de segunda geração e com potencial para aumentar a adesão à medicação em pessoas com psicose.

- Olanzapina é um congênere estrutural da clozapina. Em estudos feitos ela apresentou respostas antipsicótica substancial em pacientes esquizofrênicos psicóticos, que foi bem maior que o placebo em sintomas positivos e negativos, e equivalente ao haloperidol em sintomas positivos. Os efeitos colaterais são menores que o haloperidol. Em dosagens elevadas, ela evidencia uma leve acatisia, e as drogas anticolinérgicas são menos freqüentemente necessárias para tratar os efeitos colaterais. Além do ganho de peso, foi observado o surgimento de metabolismo anormal de carboidratos e diabete plena.

- Quetiapina demonstrou ter atividade antipsicótica bem maior que o placebo em diversos estudos. Quase nenhum efeito motor foi observado e, aparentemente, não ocorre acatisia. Muitas vezes ela é prescrita por seu efeito sedativo.

- Ziprasidona apresenta ação psicótica importante na faixa de dosagem de 80 a 160 mg/dia, equivalente ao haloperidol e comparado a outras drogas de segunda geração. Também apresenta ação antidepressiva e pode causar pouco ganho de peso, o que faz melhorar a saúde cardiovascular. Seu principal efeito colateral é o aumento do intervalo QT.

- Aripiprazol, em diversos ensaios clínicos, apresentou uma capacidade significativa de reduzir os sintomas psicóticos em comparação com o haloperidol e a risperidona, mas com menos efeitos colaterais, principalmente os efeitos motores. Seus efeitos colaterais são reduzidos, ocorrendo acatisia em algumas ocasiões.

2.4 ESTABILIZAÇÃO

O tratamento é um dos elementos mais relevantes a serem abordados. Percebe-se que na literatura não é adequado falar da "cura da esquizofrenia", no entanto fala-se no "período de remissão da doença", ou seja, a doença está presente, porém não manifesta ao sujeito. As intervenções atuais se dedicam em combater a sintomatologia e são principalmente de ordem medicamentosa e psicossocial. Existem dificuldades por parte do indivíduo e principalmente de sua família em aceitar a doença. Percebe-se uma desestruturação dos laços e confusões quanto ao desempenho dos papéis nas famílias. Deste modo, a família, inicia a forma de convivência em sociedade e é responsável pela estruturação primária da personalidade de seus membros, também pode ser vista, como um fator patogênico na manifestação das doenças mentais. A relação estabelecida dentro do contexto familiar irá refletir na relação que o paciente estabelece com o mundo e consigo mesmo. Por ser uma doença de longa duração, requer na maioria dos casos um acompanhamento familiar contínuo. O fato de ter um membro da família esquizofrênico acarreta inúmeras modificações no cotidiano, impondo transformações significativas nos relacionamentos familiares (STUART; LARAIA, 2001)

2.5 ADESÃO AO TRATAMENTO

A esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica. Costuma comprometer a vida do paciente, torná-lo frágil diante de situações estressantes e aumentar o risco de suicídio. É necessário que o psiquiatra faça um acompanhamento de longo prazo com objetivo de prevenção da deterioração do paciente, prevenção de suicídio e diminuição do estresse familiar. O sucesso do tratamento depende da adesão ao tratamento por parte dos pacientes que quando sentem-se melhor, muitos param de tomar os antipsicóticos e acabam tendo recaídas. As estratégias do tratamento variam conforme paciente, sua família, a fase e a gravidade da doença (SHIRAKAWA, 2000).

Considera-se adesão ao tratamento o comportamento do paciente na aplicação correta da orientação médica, no que se refere ao medicamento, dieta, modificação de hábitos ou comparecimento às consultas. A concordância e cooperação no emprego dos procedimentos prescritos tornam-se um problema para o paciente, quando o mesmo não possui uma pessoa responsável por seu tratamento.

É frequente a proposição de uma série de recomendações ao doente, sem que se leve em conta a complexidade dos procedimentos, capacidade de sua aplicação, custo e possíveis reações adversas ao medicamento. Conseqüentemente, é comum o baixo nível de aderência, particularmente, quando se exigem procedimentos de tratamento ou emprego contínuo de medicamento durante período prolongado.

De maneira geral, para tratamento de outras doenças a taxa de adesão é em torno de 50 %, nos pacientes psiquiátricos a aderência tende a ser menor. A falha na aderência ao tratamento pode abranger a não aquisição da prescrição, recusa em tomar o medicamento, administração irregular ou em quantidade insuficiente, dificuldade com os diversos horários e seqüência dos vários medicamentos, e, finalmente, a própria interrupção do tratamento. Já no início da década de 60, quando os antipsicóticos

passaram a ser utilizados em maior escala e como recurso imprescindível no tratamento da esquizofrenia, isso acontecia. Mesmo hoje o tratamento apresentando perfil de efeitos colaterais mais favorável, melhorando a tolerabilidade e aceitação, permanece a dificuldade da aderência (BECHELLI, 2003).

2.6 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As intervenções atuais se dedicam a combater a sintomatologia e são principalmente de ordem medicamentosa e psicossocial. Ainda que pouco disseminados e conhecidos socialmente, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) consistem na concepção de tratamento mais evoluída até o momento para a esquizofrenia. O primeiro CAPS foi criado em 1987, na cidade de São Paulo.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e ou sua persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, personalizado e promotor da vida. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo trabalho, esporte ou lazer, promovendo e fortalecendo os vínculos entre as famílias que possuem pessoas portadoras de doenças mentais (BRASIL 2004).

Cada usuário do CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, um conjunto de atendimentos que respeite sua particularidade, um atendimento personalizado dentro e fora da unidade de atendimento conforme suas necessidades. Os atendimentos podem ser intensivos, semi-intensivos e não intensivos. Intensivo quando o paciente encontra-se em grande sofrimento psiquiátrico e necessita atendimento diário ou domiciliar. Semi-intensivo se refere a quando o sofrimento e desestruturação diminuem e, então, o paciente frequentará o CAPS até 12 vezes ao mês. Atendimento

não-intensivo é oferecido para aquele paciente que não precisa de suporte contínuo da equipe podendo ser atendido até três vezes ao mês (BRASIL 2004).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma que o Centro de atenção Psicossocial (CAPS) é um dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre o CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais (BRASIL 2011).

Para assegurar a qualidade da atenção, é imprescindível o desenvolvimento de educação permanente para os profissionais de saúde mental, e da avaliação dos CAPS e da rede, com base nas diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica, e da política nacional de saúde mental, para realizar esses objetivos é necessário a revisão normativas, garantir as condições de trabalho, assim como o financiamento para implantação e manutenção dos CAPS, e para expansão da rede de serviços (BRASIL, 2011).

3 CONCLUSÃO

A esquizofrenia representa uma doença idiopática que atinge milhares de pessoas no mundo. Esta patologia tende a ser persistente e leva à deteriorização cognitiva e social. Desta forma, necessita de tratamentos que amenizem o sofrimento do esquizofrênico e de sua família. O tratamento deve promover a melhora do funcionamento social e vocacional. Para abordar esse domínio de funcionamento, são necessárias abordagens farmacológicas e psicossociais específicas que tratem os sintomas neurocognitivos e negativos.

REFERÊNCIAS

- ANGST, J. Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive discords and schizophrenia, *Schizophr Res*, 2002.
- ADITYNJEE, ADERIGBE, THEODORIDIS, VIEWEG V. Dementia praecox to schizophrenia: The first 100 years, *Psychiatry and Clinical neurosciences*, 1999.
- BECHELLI, C. Luiz Paulo de, Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.11, n.3 Ribeirão Preto maio/jun. 2003.
- BLEULER, M.; BLEULER, R.; Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien: Eugen. *Brit. J. Psychiatry* 1986.
- BOTEVA, K & LIEBERMAN J. Reconsidering the classification of schizophrenia and Manic Depressive Illness – A critical analysis and new conceptual model. *World Biol Psychiatry*, 2003.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. IV conferência Nacional de saúde Mental- Intersetorial: Relatório Final. Brasília Ministério da Saúde. 2011.
- CID 10 COORD. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- D'ANDREA, Flávio Fortes. Transtornos psiquiátricos do adulto. 3.ed. Rio de Janeiro : Editora Bertrand Brasil, 1998.
- DMITRUK, Hilda Beatriz. (Org,) Cadernos Metodológicos; diretrizes do trabalho científico. Chapecó SC: ARGOS, 2004.
- DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Cláudia Dornelle. 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ELKIS, H. Os Conceitos de esquizofrenia e seus efeitos sobre os critérios diagnósticos modernos. *J Bras. Psiq.* 1990.

FUCHS, Flavio Danni. WANNMACHER, Lenita. FERREIRA, Maria Beatriz Cardoso. Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional. Ed Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

GABBARD, Glen O. Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos; Tradução Cristina Monteiro, Gabriela Baldisserotto, Ronaldo Cotaldo Costa. 4. ed. Artmed: Porto Alegre, 2009.

GIACON, B. C. C., GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, vol. 40, n. 2, São Paulo: June, 2006.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos Gerais do Manejo do Tratamento de Pacientes com Esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 22, s. 1, São Paulo, maio de 2000.

STUART, G.; LARAIA, M.T. Enfermagem psiquiátrica; princípios e pratica. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

TOWNSEND, M. C. Enfermagem psiquiátrica conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Sobre o(s) autor(es)

* Enfermeira, coordenadora geral do CAPS Videira, SC; elonimaria@ibest.com.br

** Farmacêutica, professora e coordenadora do curso de graduação em Farmácia e de Pós-Graduação em Farmacologia da Unoesc, Campus de Videira; monica.frighetto@unoesc.edu.br