

ANDREIA MARCELA NOGUEIRA ALMEIDA

**DO UNIVERSO AO MULTIVERSO DA ESQUIZOFRENIA
ESTUDO DE CASO**

PORTO, 2009

ANDREIA MARCELA NOGUEIRA ALMEIDA

DO UNIVERSO AO MULTIVERSO DA ESQUIZOFRENIA
ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Mestre Sónia Pimentel Alves.

Andreia Marcela Nogueira Almeida

PORTO, 2009

Dedicatória

Ao meu irmão e aos meus pais

O Tempo

É tempo de gostar de alguém.
De gostarmos uns dos outros.
Dizer não à inveja ciúme e ódio vamos divertir-nos.
Estamos numa Primavera.
Vamos recomeçar a aventura o desafio do começo da vida dar vida ao Amor.
É tempo de respeito.
As árvores e as plantas parecem maiores e porque não nós?!
Começamos a olhar uns para os outros com mais alegria e espaço.
Um tempo em que o espaço aumenta até temos tema de conversa.
Olha vai mudar a hora!...
Adiantam-se ou atrasam-se os relógios??!
É uma hora ou duas
É prá frente ou é para trás?
É esta semana ou para a outra?
Não será no mês que vem ou é este?
Enfim e quando repararmos já temos mais sombra graças às folhas um sítio onde nos abrigamos.
Porque é o triunfo da vida da natureza e o triunfo do homem.
Podemos dizer passou um ano e estamos vivos.

Álvaro 23 de Março de 2009

AGRADECIMENTOS

À Orientadora Mestre Sónia Pimentel Alves pela compreensão e aprendizagem.

Ao Álvaro que me permitiu aprender com a sua história de vida e sem o qual este trabalho não se poderia concretizar.

Aos meus pais pelo carinho e esforço para a concretização deste sonho que é tanto meu como deles. Ao meu irmão por me deixar na recordação o orgulho e admiração genuína que sentia pelas minhas vitórias.

À minha amiga Marisa pela paciência e dedicação, especialmente nos momentos mais difíceis.

E a todos aqueles que de alguma forma, me ajudaram a chegar a esta etapa.

ÍNDICE

Introdução	1
------------------	---

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Modelos Compreensivos da Esquizofrenia	2
1.1. Análise Histórica dos Principais Modelos Compreensivos	2
1.2. Modelos de Vulnerabilidade para o Adoecer Esquizofrénico	9
2. Caracterização da Esquizofrenia	11
2.1. Caracterização Nosográfica	12
2.2. Aspectos Vivenciais/ Fenomenológicos	18
2.3. A Arte na Esquizofrenia	27
3. Aspectos Associados ao Adoecer Esquizofrénico	29
3.1. Prevalência e Evolução	29
3.2. Características e Perturbações Associadas	31
4. Perspectivas Terapêuticas	35
4.1. Psicofarmacoterapia	35
4.2. Intervenções Psicossociais	36

PARTE II – PARTE PRÁTICA: ESTUDO DE CASO

5. Enquadramento Geral	40
5.1. Justificação do Estudo e Definição do Objectivo	40
5.2. Metodologia Qualitativa e Estudo de Caso	41
6. Método	42
6.1. Procedimento	42
6.2. Dispositivos de Avaliação Cognitiva	43
6.3. Identificação do Participante	46
7. História de Vida e História do Problema	47
7.1. Genograma	52
7.2. Biograma	53
7.3. Observações decorrentes do acompanhamento psicoterapêutico	54

8. Análise Compreensiva	60
-------------------------------	----

PARTE III – CONCLUSÃO

Conclusão

Bibliografia

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Principais Modelos Compreensivos da Esquizofrenia

Quadro 2. Critérios de Diagnóstico de Esquizofrenia

Quadro 3. Especificadores de Evolução dos Sintomas de Esquizofrenia

Quadro 4. Resumo de pontuações do Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLTR)

Quadro 5. Resumo de pontuações do Trail Making Test

Quadro. 6. Biograma detalhado

ANEXOS

Anexo 1 – Pedidos de autorização

1A. Pedido de autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Conde de Ferreira e deferimento

2B. Consentimento informado da mãe do doente para a realização da entrevista

Anexo 2 – Dispositivos de avaliação cognitiva (ACECF- FA)

2A. Teste de Cores e Palavras (STROOP)

2B. Hopkins Verbal learning – Revised Test

2C. Trail Making Test (TMT)

2D. Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

2E. Sub- provas da Wechsler (Sequência Letra – Número/ Sequência Espacial)

Anexo 3 – Desenhos

3A. Temática: rostos

3B. Temática: aviões, barcos, carros e material bélico

3C. Temática: corpos

3D. Temática: desenho livre

Anexo 4 – Terapêutica medicamentosa

Anexo 5 – Transcrição da entrevista realizada à mãe de Álvaro

Resumo

Estudo de caso de um indivíduo do sexo masculino com 49 anos de idade, que se encontra internado há 14 anos no Centro Hospitalar Conde de Ferreira. O diagnóstico de admissão e o diagnóstico clínico sugerem a presença de um quadro psicopatológico de Esquizofrenia Paranoíde.

O principal objectivo desta dissertação foi o de aprofundar a informação biopatográfica do sujeito em estudo, no sentido de se obter uma compreensão mais holística da sua história de vida, bem como do universo da Esquizofrenia, tendo por base uma análise compreensiva sincrónica e diacrónica da sua história de vida e história do problema.

Este objectivo foi alcançado através da informação recolhida no contexto do acompanhamento psicoterapêutico semanal, durante o período compreendido entre 8 de Novembro de 2007 e 31 de Julho de 2008, da consulta e análise do processo clínico, bem como da aplicação e análise de dispositivos de avaliação cognitiva (Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira – Forma Abreviada /ACECF-FA). Paralelamente foi realizada uma entrevista com a mãe do participante.

ABSTRACT

This work presents a case study of a 49 year-old male, diagnosed with Paranoid Schizophrenia, who has been institutionalized in a state mental health hospital for the last 14 years. Contact with patient occurred on a weekly basis in the period of November 2007 through July 2008. In addition to personal, family, and health history, an interview with patient's mother, a proprietary evaluation instrument was administered (the Conde Ferreira Standardized Cognitive Scale – short form).

Introdução

Dar a cada emoção uma personalidade, a cada estado de alma uma alma.

(Fernando Pessoa, 2000, p. 24)

O termo “Esquizofrenia” deriva etimologicamente do grego *Sckhizaein*, que significa “rachar”. Esta designação foi dada por Eugéne Bleuler (1995, citado por Georgieff) e encerra em si o essencial da intimidade da patologia, exprimindo a sua essência e características.

Enquanto quadro psicopatológico, a Esquizofrenia caracteriza-se pela sua complexidade e heterogeneidade clínica e evolutiva (APA, 2002). A fragmentação e a dissociação do pensamento e da personalidade do doente são, entre outras características, frequentemente associadas ao processo mórbido da patologia (Cardoso, 2002; Fernandez, 1979; Georgieff, 1995). A sua patofisiologia e a sua etiologia são ainda desconhecidas, apesar dos avanços das neurociências em diversas áreas, tais como, a neuropsicologia, a neurofisiologia, a psicofisiologia e a imagiologia funcional cerebral (Marques, 2003). Desta forma, existe grande dificuldade em definir de forma inequívoca a Esquizofrenia tanto por questões que ainda não se conhecem como pela diversidade das suas características. Assim, as investigações neste domínio continuam a ser um desafio para clínicos e investigadores de diversas áreas, com o intuito de compreender e ajudar os doentes, os familiares, os profissionais de saúde e a sociedade em geral. Neste sentido, também o desafio que é colocado ao co-experienciar uma realidade que, a princípio, se configura estranha através do contacto com os utentes do Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF), na experiência do estágio curricular cria um sentimento de insegurança pelo desconhecimento da mesma e impulsiona a necessidade de a compreender, para assim poder intervir de forma esclarecida e adequada.

O tema escolhido para esta Dissertação de Mestrado centra-se, portanto, na exploração do universo da Esquizofrenia, concretizado na análise do caso de um indivíduo do sexo masculino com 49 anos de idade, que se encontra internado há 14 anos no CHCF, com diagnóstico de admissão e clínico de Esquizofrenia Paranoíde. O objectivo do estudo é o de aprofundar a informação biopatográfica do participante, no

sentido de se obter uma compreensão mais holística da sua história de vida, bem como do universo da Esquizofrenia.

Relativamente à estrutura da dissertação, esta está dividida em três partes. A primeira parte denomina-se enquadramento teórico e engloba os modelos compreensivos da Esquizofrenia, tendo como objectivo uma revisão histórica dos principais contributos dados por diversos autores acerca da patologia. Esta parte ainda é constituída pela caracterização da Esquizofrenia que inclui a sua caracterização nosográfica e os aspectos vivenciais fenomenológicos. Estes tópicos pretendem dar conta dos sintomas característicos que acompanham o adoecer esquizofrénico e sua importante análise para o diagnóstico. Os aspectos associados ao adoecer Esquizofrénico, referem-se à prevalência, evolução e perturbações associadas que surgem também como elementos relevantes no conhecimento da sua especificidade. A arte na Esquizofrenia também surge como elemento importante a ter em consideração na abordagem teórica para a reflexão deste caso concreto. O final da primeira parte é referente às perspectivas terapêuticas que permitem conceptualizar uma intervenção biopsicossocial do doente.

Na segunda parte é apresentado o estudo de caso, o qual foi concretizado através da análise da informação obtida durante o acompanhamento psicoterapêutico do participante, da leitura do processo clínico, da aplicação de dispositivos de avaliação cognitiva (Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira – Forma Abreviada - ACECF-FA) e da realização de duas entrevistas com a mãe.

Nesta parte procurou-se com base na informação interpretar constantemente, ou seja, dar sentido aos conteúdos implícitos e explícitos da história de vida e história do problema, na reconstrução e análise fenomenológica da “história” do participante.

Por último, a terceira parte do trabalho integra a conclusão que tem como objectivo uma síntese dos aspectos mais significativos da análise compreensiva deste estudo de caso.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Modelos Compreensivos da Esquizofrenia

1.1. Análise Histórica dos Principais Modelos Compreensivos

Salvaguardando a necessidade de compreender a Esquizofrenia na sua complexidade e no justo valor de ajudar aqueles que dela padecem depreende-se a necessidade de analisar os saberes postulados por grandes mestres ao longo da história. A partir destes valiosos contributos emergiram novas perspectivas e modelos compreensivos que enriqueceram o conhecimento da Esquizofrenia e abrem caminho na actualidade para a continuidade e importância da investigação neste âmbito.

Quadro 1. Principais Modelos Compreensivos da Esquizofrenia (Adaptado de Cardoso, 2002, p.18)

Autores	Perspectiva	Modelo
Kraepelin	Evolutiva	Científico-natural
Bleuler	Psicopatológica	Clínico-descritivo
Jaspers	Fenomenológico-existencial	Fen. Descrit. Compreensiva
Kurt Schneider	Psicop. Fenomenológica	Clínico-fenomenológico
Lopez Ibor	Psicop. Fenomenológica	Clínico-fenom- estrutural
Barahona Fernandes	Convergente	Fen- estrutural- abrangente
Henry Ey	Organicismo-psiquismo	Organodinamismo
Klaus Conrad	Unitária do delírio	Dinâmico-evolutivo
Fernandes da Fonseca	Clínico convergente	Evolutivo-estrutural

A) Perspectiva Evolutiva

Emil Kraepelin em meados do século XIX deu um importante contributo para a compreensão e classificação das doenças mentais. De acordo com o seu modelo Científico-natural, considerou que doenças tão diferentes na sua expressão clínica, como a demência precoce (descrita por Morel em meados do século XIX), a hebefrenia

(descrita escassos anos mais tarde por Hecker & Kalhbaum), a catatonía (descrita pelo mesmo Kalhbaum em 1874) e a demência paranóide, por si próprio identificadas, tinham uma mesma raiz, isto é, pertenciam a um mesmo grupo nosográfico (Bergeret, 2000; Cardoso, 2002; Fernandez, 1979; Georgieff, 1995; Kraepelin, 2004, Fonseca, 1987).

Foi a partir do conceito Kraepeliano de organicidade que a Esquizofrenia passou a ser considerada como uma das grandes psicoses endógenas (Fonseca, 1987).

Utilizou sempre, como método de estudo, a ciência natural, isto é, a forma como naturalmente a doença aparecia e se desenvolvia ao longo do tempo. Kraepelin procurou agrupar as perturbações psíquicas segundo o predomínio dos seus factores causais, admitindo que toda a taxonomia se deveria fundamentar na natureza desses factores, tendo com isto privilegiado o critério evolutivo para a execução do diagnóstico assente (Cardoso, 2002; Fernandez, 1979; Fonseca, 1985; Kraepelin, 2004).

Teve, ainda, o mérito de situar o *morbus* da doença no terreno somático, considerando que a unidade da Esquizofrenia era mais etiopatogénica do que clínica e que seu núcleo etiopatogénico é de natureza endógena (Cardoso, 2002; Fernandez, 1979; Fonseca, 1985; Kraepelin, 2004). Contributos que ainda hoje são aceites na compreensão da etiologia da Esquizofrenia, sem no entanto se poder determinar de forma imperativa o *locus* da doença.

B) Perspectiva Psicopatológica

Eugéne Bleuler sem pôr em causa a natureza orgânica da maioria das manifestações clínicas psicopatológicas, nunca aceitou que todas elas terminassem inexoravelmente na demência tal como o seu antecessor Emil Kraepelin postulava com o seu critério evolutivo. Para este autor os quadros patológicos tinham uma etiologia múltipla, daí por vezes falar em “Esquizofrenias” em vez de Esquizofrenia (Cardoso, 2002; Fernandez, 1979; Bergeret, 2000; Georgieff, 1995, Fonseca, 1987).

Debruçando-se sobre o mundo interior da Esquizofrenia (palavra aliás introduzida por ele e que de alguma forma, etimologicamente, contraía em si o essencial da intimidade da doença – a dissociação do pensamento) concentrou o seu estudo na análise psicopatológica e psicodinâmica da enfermidade, de forma a chegar a um diagnóstico rápido e minimamente seguro (Cardoso, 2002; Fernandez, 1979; Georgieff, 1995).

Deve-se a Bleuler (1911) a célebre tríada sintomática esquizofrénica (a dissociação do pensamento, o autismo e a ambivalência afectiva) que constituiu, a partir

de então, os pilares psicopatológicos básicos usados na orientação do diagnóstico precoce da Esquizofrenia segundo o modelo Clínico-descritivo (Cardoso, 2002; Fernandez, 1979; Georgieff, 1995, Fonseca, 1987).

Bleuler apesar de sensível às ideias em voga da psicanálise e de um incondicional respeito por Sigmund Freud, seguiu a sua pesquisa de forma isolada ao grupo psicanalítico (Cardoso, 2002; Bergeret, 2000; Georgieff, 1995). Para Bleuler (s/d, citado por Georgieff, 1995) o pensamento esquizofrénico fugiria das imposições da realidade, para se satisfazer num modo imaginário, o do sonho, do autismo no sentido de vida interior. Ao contrário, para Freud (s/d, citado por Georgieff, 1995), a fuga da realidade em proveito do imaginário caracterizava mais o neurótico, postulando que na Esquizofrenia, não se trataria de uma substituição do objecto imaginário pelo objecto real, da vida interior pela realidade, de uma diminuição do interesse pelo mundo em proveito da vida interior, mas antes de uma diminuição do investimento da representação mental.

De fulcral importância para o desenvolvimento da psicopatologia, foi a arrumação que este autor fez dos sintomas na vertente clínica (fundamentais e acessórios) e patogénica (primários ou fisiógenos e secundários ou psicógenos), o que indicava já uma apreciável intuição sobre a etiopatogenia da enfermidade (Cardoso, 2002; Fernandez, 1979).

Bleuler e Jung (s/d, citado por Jaspers, 1957) admitiram a compreensibilidade das psicoses esquizofrénicas, a compreensão dos conteúdos das ideias delirantes, dos actos catatónicos, das falsas percepções fazendo-a derivar de complexos recalçados ou apenas complexos que teriam permanecido na consciência mas, que no entanto, poderiam dominar os delírios esquizofrénicos.

Kurt Schneider desenvolveu um modelo psicopatológico com base fenomenológica que utilizou na caracterização dos sintomas. Ordenou os sintomas em duas ordens de grandeza (sintomas de 1ª ordem e sintomas de 2ª ordem), de acordo com o interesse para a realização de um diagnóstico precoce (não só precoce, mas categórico). Os primeiros corresponderiam a: vivências de influência e de intervenção alheia, seja no sentido da provocação, seja no sentido da subtracção ao nível da corporalidade, da vontade, do pensamento ou da afectividade; sonoridade do pensamento e sintomas afins: eco, difusão, roubo; percepções delirantes e audição de vozes na 2ª e/ou na 3ª pessoa. Os segundos traduziam-se em: inspirações e ocorrências

delirantes, pseudo alucinações auditivas, perplexidade, distímias, pobreza afectiva (Cardoso, 2002, Fonseca, 1987, Schneider, 1963).

Para Kurt Schneider, a psiquiatria assenta em dois pilares básicos: Psicopatologia e Somatopatologia (Cardoso, 2002, Ibor, 1963, Schneider, 1963).

Ao nível das psicoses endógenas, supera o dilema somatose/psicogenia através de uma terceira possibilidade conceptual *metagénese*, que significa basicamente o seguinte: por um erro primário da psique, em vez de se dar, como nas psicoses orgânicas, uma espécie de “alteração da forma por doença da matéria” (Fernandes, 1998, p. 214) seria a forma que se alteraria primariamente. Deixou esta possibilidade em aberto à espera que a investigação esclareça (Cardoso, 2002, Schneider, 1963; Fernandes, 1998).

Lopez Ibor deu grande importância à ordenação sintomatológica de Kurt Schneider. Da sua análise aos sintomas de 1ª ordem ressalva que: os sintomas de 1ª ordem emanam de uma perturbação básica comum a todos e que reside na actividade do eu, e que a presença destes sintomas justificava o diagnóstico de Esquizofrenia (Cardoso, 2002; Ibor, 1950).

Na Esquizofrenia os actos são vividos passivamente onde está presente uma perturbação do humor (humor delirante) acompanhado de elementos psicológicos fragmentados a que o autor chamou *monstros psicológicos*. Estes constituem produções psíquicas com várias funções (memória, afectos, sistemas sensoriais). Ora estas funções apresentam uma contaminação funcional e fragmentada ao contrário das situações normais em que estas funções surgem integradas como um todo. Esta concepção só faz sentido se considerarmos os actos psíquicos normais vivenciados como produções íntimas do sujeito enquanto que na Esquizofrenia surge a revelação de um poder estranho ao eu (Cardoso, 2002; Ibor 1950).

C) Perspectiva Fenomenológica

Karl Jaspers denomina o seu pensamento «filosofia da existência, pois essa filosofia é “o pensamento pelo meio do qual o homem se torna ele mesmo”. Existência não na asserção de simplesmente existir, ou seja, o que somos na vida quotidiana mas, opostamente, existência significa o ser em si mesmo ou ser autónomo enquanto possibilidade extrema do homem» (Weischedel, 1999, citado por Cardoso, 2002, p. 118).

Uma das grandes contribuições de Jaspers consistiu na distinção clara entre o compreender e o explicar dos fenómenos psicopatológicos. Postulava dois princípios:

1. “Se penetrarmos na situação psíquica, *compreendemos geneticamente* de que modo um evento psíquico é produzido por outro”.
2. “Pela vinculação objectiva de vários factos a regularidades, com base em experiências reiteradas, *explicaremos causalmente...* (os fenómenos)” (Jaspers, 1957, p.361).

Defendendo uma atitude fenomenológica e de empatia, conseguimos compreender que a sequência dos eventos psíquicos e as circunstâncias nas quais estes ocorrem demonstram um encadeamento psicológico próprio ao psiquismo. Desta forma, Cardoso (2002), vai ao encontro do pensamento de Jaspers (1957) na medida em que defende que a compreensão de um estado mental dá lugar à compreensão de outro estado mental. A compreensão tem a ver com a continuidade de sentido que existe entre as várias situações psicológicas e as circunstâncias nas quais ocorrem, isto é, um indivíduo nas mesmas circunstâncias poderia experienciar os mesmos fenómenos segundo a perspectiva de Jaspers. A explicação tem a ver com a procura de relações causais, tendo em conta os contextos dos fenómenos observados, a partir do exterior, integrando-os em leis regulares. Observando regularmente certos fenómenos, damos conta em determinadas situações muito concretas, que eles são regulados por leis seguindo uma explicação processual, por exemplo, “ (...) o estado infeccioso arrastado provoca sempre astenia” e, desta forma, podemos explicá-los processualmente (Cardoso, 2002, p.119).

Enquanto que nas ciências naturais existe uma explicação de causa - efeito para os fenómenos de ordem física, para os acontecimentos psíquicos essa mesma compreensão baseia-se em conexões diversas (Abreu, 1994, Cardoso; 2002, Fernandes; 1998; Jaspers, 1957).

D) Perspectiva Convergente

Não obstante a postura académica de grande ecletismo científico, Barahona Fernandes nunca deixou de assumir uma posição de forte pendor fenomenológico e clínico (Cardoso, 2002; Fernandes, 1998; Fonseca, 1985).

Barahona Fernandes (1988, citado por Cardoso, 2002, p. 122), refere que “ o actual entusiasmo pela terapêutica farmacológica em psiquiatria ameaça toldar o

interesse pela observação clínica rigorosa tanto da sintomatologia como do conjunto de factores condicionantes, em especial quando não envolvidos no processo terapêutico, como a genética e a constituição”.

Os estudos que Barahona Fernandes (1966) realizou sobre o delírio, na dimensão clínica, psicopatológica e desenvolvimental, tiveram um inegável valor para a compreensão dos fenómenos da vida psicológica anormal (psicótica ou vivencial - reactiva) demonstrando, com clareza, a forma como as diferentes condições (causais) induzem contradições absolutas nas diversas classificações (Cardoso, 2002, Fonseca, 1985).

Fernandes da Fonseca debruça-se sobre a questão do delírio conjugando dois critérios desenvolvidos em meados do século XX (o organodinamismo de Henry Ey e o gestalt- estruturalismo de Conrad). Apresentou que o delírio esquizofrénico não tem uma estrutura unitária (gestáltica) como queria Conrad, mas sim uma estrutura heterogénea desde o seu início. Provou que só cerca de 50% dos delírios emergiam de uma profunda perturbação relacional do doente com o seu campo vivencial. Os outros 50% não se deveriam a perturbações do tipo gestáltico, mas sim do tipo alucinatório/delirante e afectivo (Cardoso, 2002; Fonseca, 1959).

Da dialéctica, entre o modelo clínico – evolutivo de Kraepelin e o modelo psicopatológico de Bleuler, e apelando às teses neurofisiológicas defendidas por Hughlings Jackson nos finais do século XIX, nasce o modelo evolutivo – estrutural de Fernandes da Fonseca, abrindo assim, para a Esquizofrenia, outras possibilidades no campo do diagnóstico precoce e no campo terapêutico (Cardoso, 2002; Fonseca, 1985).

D) Perspectiva Organodinamista

O Henry Ey é um organodinamista que procurou compreender a Esquizofrenia a partir da conjugação da dinâmica dos comportamentos orgânicos e psíquicos sendo que a Esquizofrenia surge como uma das muitas formas da organização da personalidade delirante. Ele fala de dois tipos de delírio: um ligado à desorganização autística e outro ligado a uma superestrutura imaginativa que está presente nos delírios crónicos. De salientar que a desorganização autística pode abrir caminho à desagregação da personalidade (Cardoso, 2002; Ey, 1963 Fonseca, 1985).

Para Henry Ey (1972, citado por Fonseca, 1985), a edificação hierarquizada e dinâmica da nossa organização psíquica resulta, portanto, da evolução e da integração

que se processa ao longo da formação progressiva dos diversos níveis em que se estruturam e funcionam o organismo e a personalidade. Nesta concepção a doença psíquica surgiria, umas vezes, como consequência da dissolução ou da regressão, para níveis estruturais mais baixos na organização neurofisiológica do ser humano; outras vezes como expressão de um erro ou anomalia, no decorrer da hierarquização funcional do indivíduo.

Para Conrad, no delírio esquizofrénico, pode-se encontrar, tal como acontece na vida psicológica normal, “ uma ordenação estrutural capaz de revelar, o “carácter unitário” (Fonseca, 1987, p.39), do delírio. Quer isto dizer, que o autor admitia que seria com base neste dinamismo organizador dos processos perceptivos que surgiria o acontecer mórbido e não apenas, num dado elemento psíquico, tomado isoladamente (Cardoso, 2002; Fonseca, 1987; Conrad, 1963).

Segundo Conrad, na Esquizofrenia, o que acontece é que o factor genético e naturalmente a constituição que ele determina, poderão sofrer variações secundárias, variações essa que se podem estender a outras estruturas individuais. Assim as perturbações a nível da diferenciação da personalidade ou as metamorfoses eventualmente anómalas produzirão alterações do tipo gestáltico, desestruturando o campo vivencial do sujeito e produzindo, desta forma, o desencontro com o mundo (Cardoso, 2002; Conrad, 1963).

À atitude fenomenológica de tipo clínico descritivo (utilizada numa perspectiva antropológica) acrescentou a abordagem de tipo gestáltico (Cardoso, 2002; Conrad, 1963; Fonseca, 1987). A sua análise configuracional do delírio veio trazer interessantes esclarecimentos às formas iniciais do adoecer esquizofrénico (Cardoso, 2002).

Conrad (1958, citado por Cardoso, 2002, p.128) descreveu as fases que atravessariam a maioria dos delírios esquizofrénicos, sendo elas: *trema*, *apofania* e *apocalipse*. *Trema*: corresponderia ao período prodrómico que antecede a produção delirante. Este período que pode durar horas ou anos, caracteriza-se basicamente, por um aumento de tensão nas relações do indivíduo com o meio ambiente e o aparecimento de uma expectativa ansiosa que domina toda a vida relacional do doente.

A *apofania* corresponde e estende-se habitualmente por todas as formas intencionais possíveis, conferindo a cada fenómeno, pelas limitações do campo psíquico, características absolutamente novas. Com o estreitamento progressivo e dramático do campo, o doente atinge um ponto no qual ele não suporta por mais tempo

a compressão a que está sujeito, abrindo então as portas ao delírio, sendo no fundo o único caminho que o doente encontra para a descompressão e para o alívio. As vivências apofânticas surgem então por todo o espaço vivencial externo (percepções delirantes), que mais tarde podem estender-se a todo o mundo vivencial do sujeito, quer este seja externo ou interno.

Fase *apocalipse* carregada de sintomatologia negativa, assiste-se ao esvaziamento da personalidade, ditado, não só pela desintegração funcional das estruturas responsáveis do eu, mas também, pela perda do seu potencial.

1.2. Modelos de Vulnerabilidade para o Adoecer Esquizofrénico

Com base na diversidade clínica e evolutiva da Esquizofrenia, evidenciada pelos estudos longitudinais de pacientes esquizofrénicos, os modelos monofactoriais (modelos que consideravam a existência de uma só causa na origem da Esquizofrenia) passam a ser suplantados por modelos multifactoriais.

Actualmente, as investigações sobre a etiopatogenia da Esquizofrenia situam-se no quadro de um modelo designado como “*vulnerabilidade à Esquizofrenia*”, ou seja, uma teoria integrativa que possibilita a explicação da variabilidade dos dados experimentais e clínicos, demonstrando o aspecto dinâmico e evolutivo da doença (Saoud & Dumas, 2001).

Os modelos multifactoriais baseiam-se na premissa de que o aparecimento de uma perturbação esquizofrénica é determinado por interacções complexas entre diversos factores. O objectivo proposto por estes modelos permite a abertura de novas perspectivas, bem como a formulação de hipóteses explicativas tanto sobre a etiopatogenia da Esquizofrenia, como sobre a variabilidade da sua evolução. Entre estes modelos e a concepção tradicional da esquizofrenia existe uma ruptura no sentido da sua compreensão, isto é, o que anteriormente era perspectivado como entidade mórbida crónica, passa a ser substituída por uma abordagem biopsicossocial que se pretende “ecológica” sem vincular a cronicidade à patologia. Os modelos de vulnerabilidade têm como principais argumentos a heterogeneidade clínica, evolutiva e possivelmente etiopatogénica da Esquizofrenia. A heterogeneidade clínica verifica-se diariamente nos serviços de psiquiatria e encontra-se concretizada nas principais classificações diagnósticas, como o DSM-IV ou a ICD-10. A heterogeneidade evolutiva foi demonstrada por diversos inquéritos catamnésicos, verificando-se uma evolução

favorável da doença em mais de metade dos casos (Bleuler, 1972; Ciompi & Muller, 1977; Harding & col., 1989, citado por Saoud & Dumas, 2001) e a descoberta de que, bem longe de ser crónica, a doença evolui por episódios (natureza episódica da Esquizofrenia).

O primeiro modelo de vulnerabilidade ao *stress* foi proposto por Zubin e Spring (1977) que estipulava que “certos factores endógenos e/ou exógenos provocam um estado de crise em todos os indivíduos, mas tal depende da intensidade dos factores de *stress* e do limiar de tolerância individual; a crise pode ser contida por homeostase ou pode provocar um episódio patológico” (Zubin & Spring, 1977, citado por Saoud & Dumas, 2001, p. 86).

A abordagem ecológica, descrita por este modelo, considerara que a saúde (ou a doença), num dado indivíduo, seria determinada por factores físicos, socioculturais, educacionais e económicos do “ nicho ecológico” que ele ocupa. Preconizaram um modelo que se caracteriza pela preocupação não só de aproximar as diferentes hipóteses etiopatogénicas confrontando-as com os factos clínicos, mas também de colocar na dianteira as interacções entre os factores biológicos e ambientais (Saoud & Dumas, 2001).

O modelo de Zubin e Spring (1977, citado por Saoud & Dumas, 2001) permite uma identificação da vulnerabilidade à Esquizofrenia essencialmente baseada numa dicotomia traço/estado e na origem familiar ou não destes marcadores, pode resumir-se em três grandes categorias de marcadores:

- “*Os marcadores de vulnerabilidade* (marcadores traço), que existiriam somente nos esquizofrénicos, e que seriam identificáveis antes do aparecimento do primeiro episódio, seriam independentes da evolução clínica e poderiam ser de origem familiar ou não; os marcadores candidatos derivam, na sua maioria, dos modelos etiopatogénicos clássicos (neurobiológicos, perturbações das interacções precoces). Por oposição, existiriam também marcadores de invulnerabilidade cuja presença (ou ausência) nos familiares são de pacientes esquizofrénicos desempenhariam um papel protector contra o aparecimento de um episódio psicótico. O aparecimento, ou não, de um episódio psicótico, resultaria assim de uma interacção entre o grau de vulnerabilidade individual, os factores de stress e variáveis moderadoras ou protectoras.

- *Os marcadores de episódio* (marcadores de estado), que só aparecem durante o episódio.

- *Os marcadores residuais*, que aparecem também durante o episódio com carácter persistente e que poderiam resultar da doença ou de factores extrínsecos, por exemplo iatrogénicos” (Zubin & Spring, 1977; Zubin & Stainhauer, 1981, citado por Saoud & Dumas, 2001, p.87, 88).

Os três grupos de marcadores pressupõem três níveis de investigações complementares: a identificação de características pré-mórbidas que podem servir de indicadores de vulnerabilidade, a identificação de eventuais pródromos do episódio e a identificação de sintomas próprios do episódio.

O modelo de vulnerabilidade de Nuechterlein e Dawson (1984), vai ao encontro do modelo de Zubin e Spring (1977), mas assenta particularmente na vulnerabilidade neuropsicológica. Este modelo propõe um quadro teórico de identificação da vulnerabilidade em quatro componentes:

- *Factores individuais de vulnerabilidade*, equivalem a três tipos plausíveis de indicadores de vulnerabilidade: estáveis, intermédios e de episódio. Os estáveis estariam presentes antes, durante e depois do episódio. Os intermédios seriam semelhantes com os estáveis, mas sofriam uma exacerbação durante o episódio; os de episódio seriam indicadores específicos deste.

- *Factores individuais protectores* que, segundo os autores, são pouco estudados. Nuechterlein propõe como factores individuais protectores: as estratégias de adaptação (*coping*) e o tratamento antipsicótico.

- *Componentes protectoras do ambiente*, que implicam estratégias familiares de resolução de problemas e a qualidade da rede de apoio psicossocial.

- «Stressores» ou «Potenciadores», essencialmente ambientais, que se distinguem em duas categorias: “os acontecimentos de vida que parecem associados aos sintomas esquizofrénicos e o contexto familiar, nomeadamente, a implicação do nível de emoção expressa no aparecimento de recidivas” (Ventura & col., 1992; Hirsch & col., 1992, citado por Saoud & Dumas, 2001, p.89, 90).

2. Caracterização da Esquizofrenia

Na vasta conceptualização encontrada na literatura acerca da Esquizofrenia são diversas as nosografias que intentam definir o quadro clínico e o tipo de Esquizofrenia subjacente, consoante o modelo de compreensão da doença em que se apoiam os diferentes autores. Segundo Kurt Schneider (1962), a ordenação tipológica das Esquizofrenias aparece representada na forma simples, na catatónica, na paranóide e na hebefrenia incluída na forma simples, no entanto tratando-se esta última de algo mais referente à idade. Este autor admite poder-se justificar do ponto de vista prático agregar como um quarto tipo, com entidade própria, a “alucinosis-esquizofrénica” (incluindo a alucinação no terreno das sensações corporais).

Por outro lado, numa tentativa de universalizar e sistematizar a classificação nosográfica com objectivos práticos e de diagnóstico, a APA e a OMS surgem como propostas orientadoras do trabalho clínico, ao qual se deverá juntar uma exploração íntima da particularidade de cada adoeecer. No presente trabalho não se irá proceder a uma análise dos diferentes tipos nosográficos para caracterizar a Esquizofrenia, pois o objectivo passa mais por dar conta da sintomatologia de forma indiferenciada quanto ao tipo. No entanto, surge uma abordagem à Esquizofrenia Paranóide por reflectir particularidades do caso exposto na parte prática deste estudo.

2.1. Caracterização Nosográfica

A manifestação clínica da Esquizofrenia é heterogénea variando tanto entre indivíduos como no mesmo indivíduo durante o curso da doença. Actualmente, os dados sobre o diagnóstico de Esquizofrenia, segundo Marques (2003), baseiam-se em cinco categorias de dados: sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas afectivos, sintomas cognitivos e desorganização.

Os sintomas característicos da Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem a percepção, o pensamento indutivo, a linguagem, a comunicação, o comportamento, o afecto, a fluência, a produção de pensamento e de discurso, a capacidade hedónica, a vontade, os impulsos e a atenção. Nenhum sintoma isolado é patognomónico de Esquizofrenia; o diagnóstico necessita de

reconhecer uma constelação de sinais e sintomas associados à incapacidade do funcionamento ocupacional ou social (APA, 2002).

De acordo com a APA (2002), os sintomas característicos podem ser perspectivados em duas amplas categorias: positivos e negativos.

Sintomas Positivos

Os sintomas positivos indiciam um excesso ou distorção de funções normais. Estes incluem distorções do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), da percepção (alucinações), da linguagem e dos processos do pensamento (discurso desorganizado) e do autocontrolo do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico). Os sintomas positivos podem compreender duas dimensões distintas, que podem por sua vez estar relacionadas com diferentes mecanismos neuronais subjacentes e correlatos clínicos. Por um lado, a “dimensão psicótica” que inclui ideias delirantes e alucinações e por outro, a “dimensão desorganização” que abrange o discurso e comportamentos desorganizados.

Sintomas Negativos

Os sintomas negativos compreendem restrições na variedade e na intensidade de expressões emocionais (embotamento afectivo), da fluência e produtividade do pensamento e do discurso (alogia) e a iniciação de um comportamento dirigido com um objectivo (avolição). Estes sintomas contribuem para um marcado grau de morbilidade associada a esta perturbação. Três sintomas negativos; embotamento afectivo, alogia e avolição estão incluídos na definição de Esquizofrenia.

O embotamento afectivo é especialmente comum e é caracterizado pela aparência imóvel e sem resposta da face do sujeito, com reduzido contacto ocular e reduzida expressão corporal. Embora um sujeito com embotamento afectivo possa ocasionalmente sorrir ou ser caloroso, o seu espectro de expressividade emocional está na maior parte do tempo claramente diminuído.

A alogia (pobreza do discurso) é manifestada por respostas breves, lacónicas ou vazias. O sujeito com alogia aparenta ter uma diminuição de pensamentos que é reflectida na diminuição da fluência ou produtividade do discurso.

A avolição é caracterizada por uma incapacidade de iniciar e persistir em actividades com objectivo. O sujeito pode sentar-se por longos períodos de tempo e demonstrar pouco interesse em participar em trabalhos ou actividades sociais.

Os sintomas negativos, embora frequentes na Esquizofrenia são difíceis de avaliar, pois ocorrem num contínuo com a normalidade, são relativamente inespecíficos

e podem ser consequentes de uma multiplicidade de factores (incluindo a consequência dos sintomas positivos, os efeitos adversos da medicação, a depressão, a reduzida estimulação do meio ou a desmoralização). Foi sugerido que a constância dos sintomas negativos que não sejam de atribuir às causas secundárias acima referidas sejam designados como sintomas deficitários (APA, 2002).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), existem seis critérios de diagnóstico de Esquizofrenia, sendo estes mencionados no quadro seguinte:

Quadro 2 – Critérios de Diagnóstico de Esquizofrenia (APA, 2002, p.312).

A. *Sintomas característicos*: dois (ou mais) dos seguintes, cada um presente por um período significativo de tempo durante um mês (ou menos, se tratados com êxito):

- (1) ideias delirantes;
- (2) alucinações;
- (3) discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequente);
- (4) comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico;
- (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afectivo, alogia ou avolição.

Nota: Só é necessário um sintoma do Critério A caso as ideias delirantes possuam carácter bizarro ou as alucinações consistam numa voz comentando o comportamento ou pensamento da pessoa ou duas ou mais vozes conversando entre elas.

B. *Disfunção social/ocupação*: Desde o início da perturbação e por um período significativo de tempo, uma ou mais áreas principais de funcionamento, tais como o trabalho, o relacionamento interpessoal ou o cuidado com o próprio, estão marcadamente abaixo do nível atingido antes do início (ou quando se inicia na infância ou na adolescência, a incapacidade para atingir um nível interpessoal, académico ou ocupacional esperado).

<p>C. <i>Duração</i>: Os sinais contínuos da perturbação persistem pelo menos durante seis meses. Neste período de seis meses deve estar incluído pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se o tratamento tiver êxito) que preencham o critério A (isto é sintomas de fase activa) e podem estar incluídos períodos de sintomas prodrómicos ou residuais. Durante estes períodos prodrómicos ou residuais, os sinais de perturbação, podem manifestar-se apenas por sintomas negativos, ou se estiverem presentes de forma atenuada dois ou mais dos sintomas enumerados no critério A (crenças estranhas, experiências perceptivas pouco habituais).</p>
<p>D. <i>Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou do Humor</i>: a Perturbação Esquizoafectiva ou a Perturbação do Humor com Características Psicóticas foram excluídas devido a: (1) não terem ocorrido simultaneamente com os sintomas de fase activa os Episódios de Depressão Major, Maníacos ou Mistos; ou (2) caso os episódios do humor tenham ocorrido durante os sintomas de fase activa, mas a sua duração total tenha sido mais curta do que a duração dos períodos activos e residuais.</p>
<p>E. <i>Exclusão de Perturbações relacionadas com Substâncias/ Estados Físicos Gerais</i>: a perturbação não é devida aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas ou medicamentos) ou a um estado físico geral.</p>
<p>F. <i>Relação com uma Perturbação Global do Desenvolvimento</i>: caso exista história de Perturbação Autística ou de outra Perturbação Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia só é realizado se estiverem presentes ideias delirantes ou alucinações proeminentes pelo período mínimo de um mês (ou menos, se tratados com êxito).</p>

O conteúdo das ideias delirantes pode abranger uma grande variedade de temas (por exemplo, persecutório, auto-referência, somático, religioso ou de grandeza). As ideias delirantes persecutórias são as mais comuns; o sujeito acredita que está a ser atormentado, seguido, envolvido numa armadilha, espiado ou exposto ao ridículo. As ideias delirantes de auto-referência também são comuns; o sujeito acredita que determinados gestos, comentários, passagens de livros, jornais, letras de canções ou outras situações ambientais lhe são especificamente dirigidas (APA, 2002).

Apesar das ideias delirantes bizarras serem consideradas uma característica importante na Esquizofrenia, a “bizarria” pode ser difícil de avaliar, especialmente entre diferentes culturas. As ideias delirantes são consideradas bizarras, se são claramente implausíveis, incompreensíveis e não provenientes de experiências da vida corrente. Um

exemplo de uma ideia delirante bizarra é a crença de um sujeito de que um estranho lhe retirou os órgãos internos e os substituiu por outros sem deixar quaisquer feridas ou cicatrizes. Um exemplo de uma ideia delirante não bizarra é a falsa crença de um sujeito de que está sobre vigilância da polícia. As ideias delirantes que exprimem uma perda de controlo da mente ou do corpo são geralmente consideradas bizarras; estas incluem a crença de um sujeito de que os seus pensamentos foram levados por uma força exterior (“roubo do pensamento”) ou que pensamentos alheios foram colocados na sua mente (“inserção de pensamento”) ou que o seu corpo ou acções estão a ser controlados ou manipulados por uma força exterior (“ideias delirantes de controlo”). Caso as ideias delirantes sejam consideradas bizarras, basta este sintoma isolado para preencher o critério A de esquizofrenia no DSM-IV-TR (APA, 2002).

As alucinações podem aparecer em qualquer modalidade sensorial (auditiva, visual, olfactiva, gustativa e cenestésica), mas as alucinações auditivas são as mais comuns na Esquizofrenia. As alucinações auditivas são vividas como vozes, tanto familiares como não familiares e são percebidas como distintas do próprio pensamento do sujeito. Certos tipos de alucinações auditivas (duas ou mais vozes conversando uma com a outra ou vozes mantendo comentários constantes sobre o pensamento ou comportamento do sujeito) têm sido considerados como particularmente característicos da Esquizofrenia. Se estes tipos de alucinações estiverem presentes, basta este sintoma isolado para satisfazer o critério A no DSM-IV-TR (APA, 2002).

O pensamento desorganizado é ainda considerado como sendo a característica isolada mais importante da Esquizofrenia. O discurso de sujeitos com Esquizofrenia pode mostrar-se desorganizado de várias formas. A pessoa pode “sair do curso” de um tópico para o outro (“descarrilamento” ou “afrouxamento das associações”); as respostas a questões podem ser marginais ou completamente destituídas de relação (“tangencialidade”); e raramente, o discurso pode estar tão desorganizado que é praticamente incompreensível e se assemelha às afasias receptivas na sua desorganização linguística (“incoerência” ou “salada de palavras”). Como o discurso ligeiramente desorganizado é comum e inespecífico, o sintoma deve ser suficientemente grave para causar um défice substancial na eficácia da comunicação. Um pensamento ou um discurso menos gravemente desorganizados podem ocorrer durante as fases prodrómicas ou residuais da Esquizofrenia (APA, 2002).

O comportamento manifestamente desorganizado pode surgir em qualquer forma de comportamento dirigido, levando a dificuldades em realizar actividades quotidianas tais como preparar refeições ou manter a higiene pessoal (APA, 2002).

Os sintomas prodrómicos estão frequentemente presentes antes do início da fase activa e os sintomas residuais podem seguir-se. Os sujeitos podem expressar uma variedade de crenças pouco comuns ou estranhas que não logrem a proporção delirante (por exemplo, ideias de referência ou pensamento mágico): podem sofrer experiências perceptuais pouco comuns (por exemplo, sensação de presença de um ser ou força invisível na ausência de alucinações formadas); o discurso pode ser globalmente compreensível mas digressivo, vago ou abertamente abstracto ou concreto; e o comportamento pode ser peculiar mas não claramente desorganizado (por exemplo, murmurar para si próprio, coleccionar objectos estranhos e aparentemente desnecessários). Além destes sintomas de tipo positivo, os sintomas negativos são particularmente comuns nas fases prodrómica e residual, podendo ser bastante graves. Sujeitos que tenham sido socialmente activos podem ficar isolados; podem perder o interesse por actividades anteriormente agradáveis; podem tornar-se mais reservados e menos curiosos; e podem passar a maior parte do tempo na cama. Estes sintomas negativos são com frequência para a família o primeiro sinal de alarme (APA, 2002).

Esquizofrenia tipo Paranóide

Segundo a APA (2002), a característica essencial do tipo paranóide de Esquizofrenia é a presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afecto. As ideias delirantes são tipicamente persecutórias ou de grandeza, ou ambas, mas também podem ocorrer ideias delirantes com outra temática (por exemplo, ciúme, místicas ou de somatização). As ideias delirantes podem ser múltiplas, mas estão geralmente organizadas à volta de um tema coerente. As alucinações estão também habitualmente relacionadas com o contexto da temática delirante.

A ansiedade, a cólera, a indiferença e a querelância constituem características associadas ao tipo paranóide. O sujeito pode exhibir uma postura de superioridade ou de comando e também afectação, formalismo ou uma extrema intensidade nas relações interpessoais. A temática persecutória pode predispor o sujeito ao comportamento suicida e a combinação de ideias delirantes persecutórias e de grandeza com cólera pode predispor o sujeito a actos de violência (APA, 2002).

Neste tipo de Esquizofrenia surgem formas vivenciais delirantes, com temáticas por vezes mal sistematizadas, expressas em ideias absurdas de perseguição ou de prejuízo, de invenção ou de ciúme, ou organizadas a partir das mais diversas alucinações verbais, cenestésicas ou auditivas, com evolução para a desagregação. A psicopatologia daqui decorrente, seja das perturbações do comportamento, dos afectos ou do pensamento são usualmente concordantes com o conteúdo do delírio (Cardoso, 2002).

2.2. Aspectos Vivenciais/ Fenomenológicos

Em *Patopsicología Clínica* (1962), Kurt Schneider mostra como pode ser útil ordenar o material psicopatológico em três grupos:

1. Modos de vivenciar: denominação que aludia àquilo que era designado como “elementos” na antiga Psicologia. Apontando uma distinção entre sensação e percepção, representação e pensamento, sentir e valorar, tendência e vontade.
2. Qualidades básicas de vivenciar: trata-se de certas qualidades gerais que são próprias de toda a vida psíquica humana completamente desenvolvida: vivência do próprio eu, vivência do tempo, memória, capacidade psíquica de reacção.
3. Circunstâncias de vivenciar: aludindo a circunstâncias de conjunto, agudas ou permanentes, em que se inclui em certo modo, todo o vivenciar e por as quais, resulta muito essencialmente condicionada e configurada: a atenção, a consciência, a inteligência e a personalidade.

Estes três grupos definidos por Kurt Schneider, nos quais se pode organizar o material psicopatológico, são importantes na medida em que possibilitam ao clínico uma base de compreensão e reflexão sobre as várias dimensões de análise, presentes no fenómeno da vivência humana. Para a compreensão da vivência do “outro” é realmente necessário perceber o modo como vivenciou determinado acontecimento, quais foram as qualidades básicas dessa vivência, bem como as circunstâncias em que ocorreu.

O estudo e a prática clínica de doentes com Esquizofrenia possibilitam cada vez mais uma compreensão e identificação dos sinais e sintomas envolvidos no adoecer esquizofrénico.

Kurt Schneider (1962) referenciou vários sintomas como sendo importantes para o diagnóstico de Esquizofrenia, sendo que estes sintomas incluem alucinações, alterações do pensamento, o delírio e o afecto inadequado.

Dentro das alucinações reporta-se especificamente às alucinações auditivas, sendo estas designadas como determinadas modalidades de ouvir vozes. Modalidades que se expressam: no escutar os próprios pensamentos (sonorização do pensamento), vozes que se interpelam em forma de diálogo e vozes que acompanham com comentários os actos do doente.

As alucinações psicóticas (classicamente definidas como percepções sem objecto), consistem, na maioria dos casos, na percepção de “vozes” que se dirigem ao sujeito, o insultam, lhe dão ordens, comentam os seus actos ou conversam entre si. Mais raras são as alucinações visuais ou olfactivas. Também por vezes o paciente se queixa de transformações corporais, de contactos ou de sensações estranhas, impostos à distancia através de “ondas”. As alucinações podem atingir o próprio pensamento (o discurso interior): o sujeito tem a impressão que o seu pensamento já não lhe pertence, que ele se repete em eco através de vozes e é divulgado, e que lhe é imposto por outrem ou por uma máquina. Estes sintomas inscrevem-se no quadro geral de uma alteração do contacto ou da relação com a realidade, que constitui um aspecto fundamental das psicoses. O facto de o sujeito não “criticar” os seus distúrbios é já um sinal de que algo não está bem. (Georgieff, 1995).

Em relação às alterações do pensamento, que encerram em si, a impossibilidade de distinguir claramente se, se devem ao curso do pensamento, ao acto de pensar, ao conteúdo do pensamento ou ao seu rendimento, que por sua vez, se vão imiscuir em vários aspectos sintomatológicos, tais como: o pensamento fugitivo, o pensamento desagregado, o roubo de pensamento e o pensamento obsessivo. O pensamento fugitivo ou “fuga de ideias”, que expressa um pensar excitado que perde a sua meta e se desvia por todo um género de caminhos colaterais agrupados em parte por consonâncias e em parte por fugazes contactos associativos. O pensamento desagregado caracterizado por não se poder realizar as conexões precisas entre um pensamento e o que o precede, o qual oferece ao observador o aspecto de uma série de pensamentos sem vinculação alguma entre si, característica esta, que se denota com grande frequência, na forma como os doentes com Esquizofrenia pensam e falam. O pensamento confuso é também um pensamento desagregado. O roubo do pensamento é outro sintoma característico da Esquizofrenia, bem como, outras modalidades de influência do pensamento por outras

peessoas, tais como o pensamento interferido. Sintoma que se caracteriza por a participação imediata de outros nos conteúdos do pensamento difundido (difusão do pensamento). Em consonância com este aspecto, Georgieff (1995) refere, que o carácter privado e íntimo do pensamento e dos actos, nos quais o sujeito normalmente pode reconhecer a sua intenção e a sua vontade, desaparece.

De índole menos sensorial são determinadas ocorrências ou ideias obsessivas, tais como aquelas preocupações irrefreáveis e tão comuns como deixar aberta a saída do gás, de haver ocasionado algum prejuízo a alguém por algum motivo ou bem, de escrúpulos insuperáveis, são sempre pensamentos angustiosos e em todo caso inquietantes. As vivências obsessivas possuem segundo Kurt Schneider (1962) um carácter de pertença ao eu. A obsessão é “subjectiva”, não se trata nela de algo que sobrevêm de fora, como sucede nas vivências esquizofrénicas de influência. O conteúdo, portanto, não é estranho ao eu, em sentido estrito, resulta somente estranho pelo absurdo e pela sua perturbadora persistência, mas em caso algum são “exteriores” ao sujeito.

Outro sintoma importante para o diagnóstico de Esquizofrenia é o delírio que segundo Jaspers e Gruhle, (citado por Schneider, 1962) aparece sobretudo, em duas modalidades. Como percepção delirante, quando se agrega a autênticas percepções com um significado anormal, na maioria das vezes, de auto-referência, sem que exista para isso um motivo compreensível de índole racional ou emocional, já que não se trata de uma alteração do percebido senão do significado deste último. As percepções delirantes, não correspondem às alterações da percepção, senão ás percepções do pensar. A percepção delirante é, logicamente analisada, bimembrada. O primeiro membro vai desde o que percebe ao objecto percebido; o segundo membro desde o objecto percebido ao significado anormal. A esta última atribuição de sentido, não racional e não compreensível desde o ponto de vista emocional é a que se qualifica de percepção delirante. A outra modalidade do delírio surge como ocorrência delirante entenda-se ocorrência, tal como referente, a uma missão religiosa ou política, a uma capacidade especial, a uma perseguição, a ser amado. A ocorrência delirante não é tão susceptível de ser claramente definida ou destacada. Uma ocorrência pode aparecer como verosímil e no entanto ser delirante e pelo contrário, uma ocorrência pode parecer inverosímil e no entanto corresponder à realidade. Há que se ter muita precaução em qualificar precipitadamente como delírio toda a ocorrência que soe a rara ou extravagante. Quando surgem ocorrências delirantes, estas podem ser referidas à própria pessoa (hipocondria,

ascendência) ou a outras pessoas (perseguição, prejuízo, ciúmes) ou bem a objectos (invenções). A ocorrência delirante é unimembrada, desde o ponto de vista lógico. Quando alguém se lhe ocorre que é Jesus Cristo, tal figuração é unimembrada: vai desde o que pensa até à ocorrência. Falta um segundo membro, o que corresponderia na percepção delirante ao trajecto compreendido entre o objecto percebido (incluindo sua captação normal e a compreensível interpretação de seu significado) à sua significação anormal. As ocorrências delirantes possuem com frequência um carácter absolutamente especial. Comportam um “significado especial” diferente do “significado especial” das percepções delirantes. Ao referenciar “significado especial” com respeito às ocorrências delirantes, entenda-se a importância que têm para o sujeito afectado, que possui um especial valor a seu respeito. Ao contrário, das percepções delirantes, que se trata de uma agregação de um sentido especial e anormal a uma percepção. A extraordinária imposição ao eu, a justaposição a todo o vivido, o aspecto de revelação, o elementar carácter de iluminação ou tenebrosidade são desde logo altamente suspeitos com respeito a uma ocorrência delirante esquizofrénica, mas não se tratando neles de critérios livres de falhas frente às ocorrências provenientes da vida normal, psicopática ou também não esquizofrenicamente psicótica. A ocorrência delirante esquizofrénica não surge subitamente do nada, senão que se vai elevando lenta ou bruscamente e através de um campo prévio de suspeitas obscuras, de pressentimentos, de vacilações, até um nível de certeza mais ou menos constante.

O delírio e as alucinações são dois sintomas psicóticos típicos da Esquizofrenia. O delírio define-se por uma crença absoluta e inabalável do sujeito na “ realidade” de conteúdos de pensamento imaginários, crença que ele não partilha com os outros. As ideias delirantes mais frequentes são as de perseguição, em que o sujeito está convencido de que as personagens, reais ou não, o perseguem com a sua malevolência e conspiram contra ele. Estas ideias delirantes são muitas vezes associadas a temas de grandeza: o sujeito está convencido que é filho de Deus, que foi investido de uma missão, que detém poderes sobrenaturais (Georgieff, 1995).

Em tempos passados, cometeu-se o absurdo de conceber e designar cada conteúdo delirante particular como doença à parte, sem perceber que tais designações poderiam ser levadas ao infinito (Guislain, s/d, citado por Jaspers, 1959). No entanto existe nos conteúdos certos traços comuns, sempre retornando e conferindo à variedade total uma feição notavelmente uniforme. Os conteúdos que mais frequentemente ocorrem segundo Jaspers (1959, p. 491,492) são:

a) *Delírio de grandeza*, de referência à origem (nobre estirpe, filho de rei, criado por pais adotivos), ao património (propriedade de grandes heranças, castelos, que, no entanto, intrigantes subtraem ao dono); à capacidade (grandes inventores, descobridores, artistas, possuidores de especial sabedoria e iluminados pela inspiração); à posição social (consultores de diplomatas importantes, verdadeiros orientadores dos destinos políticos).

b) *Delírio de inferioridade*, de referência ao património (delírio de ruína); à capacidade (perda da inteligência, da eficiência); nível moral (delírio de pecado, auto-recriminações).

c) *Delírio de perseguição*, o doente sente-se vigiado, observado, menosprezado, escarnecido, envenenado, enfeitado. Perseguição das autoridades, do procurador público por causa de crimes falsamente imputados. Delírio de perseguição física baseado em influenciamento corpóreo (falsas percepções), além de fenómenos “feitos”. Delírio querelante referente a perseguições judiciais, resultantes de complôs e manipulações traiçoeiras.

d) *Delírios hipocondríacos*, contrastando com queixas neurasténicas de palpitações, cefaleias, fraqueza, algias várias, aparecem conteúdos delirantes tais como: os ossos amoleceram, o coração não está certo, as substâncias corpóreas transformaram-se, há um buraco no corpo, etc. Delírio de transformação: o doente transformou-se em animal ou coisa semelhante.

d) *Delírio erótico*, chama-se erotomania o delírio no qual uma pessoa se julga amada, embora não haja o menor indício do facto e a pessoa em causa dê a entender o contrário (delírio de amor e matrimónio).

f) *Delírio religioso*, aparece sob a forma de ideias de grandeza ou de inferioridade: o doente é profeta, mãe de Deus, noiva de Jesus ou demónio, Anticristo, ou está condenado.

Segundo Gaupp (s/d, citado por Jaspers, 1959), o delírio de grandeza e o delírio de perseguição correlacionam-se. Este autor descreve a reciprocidade entre o delírio de grandeza e o delírio de perseguição como formando um todo compreensível, baseado em disposição sensitiva de carácter (acompanhada de orgulho, vergonha, ansiedade), uma vez que se pressuponha compreensível a forma do delírio como tal.

Para Jaspers (1959, p. 492) “ todo o delírio radica, compreensivelmente na tensão de contrastes”. No delírio, está visível o conflito entre a realidade e os desejos

próprios do indivíduo, entre solicitações compulsivas e aspirações próprias, entre rebaixamento e elevação, visto que o delírio abrange sempre dois pólos: elevação e rebaixamento da pessoa, delírio de grandeza e delírio de prejuízo (Jaspers, 1959).

O sentimento de grandeza ou de importância de si mesmo e o sentimento de perseguição por outrem, podem aliás ser entendidos como duas facetas de um mesmo distúrbio da imagem de si e dos outros (Georgieff, 1995).

Independentemente dos conteúdos, o que caracteriza o delírio para Georgieff (1995), é uma crença particular chamada “convicção delirante”, sendo esta uma convicção íntima que escapa a toda a verificação pelos factos. O delírio coloca o sujeito no centro do mundo face a acontecimentos que, para ele, adquirem sentido, que o envolvem, e já não parecem aleatórios mas exprimem necessariamente uma lógica oculta. A mudança no contacto com a realidade não se manifesta apenas pelos distúrbios do pensamento e pelo delírio, mas mais amplamente por um recolhimento para a vida interior em detrimento das relações com o mundo e com os outros. A alteração do contacto com o outro é característica: a relação com o doente suscita um sentimento de estranheza, em parte devido aos distúrbios da comunicação verbal (a desorganização do discurso) e não verbal (atitudes, mímicas inadequadas), a uma dificuldade em compreender o sujeito e em fazer representar os seus pensamentos e as suas emoções. A perturbação na relação com o outro está estreitamente ligada à da consciência de si. As capacidades de representação de si e do outro são, de facto, interdependentes e decorrem de uma faculdade de diferenciação e de constituição correlativa de si e do outro.

Os sentimentos são compreensivelmente percebidos como a causa de quase todos os fenómenos anormais. Os delírios de inferioridade, pecado, ruína deveriam resultar, por forma racionalmente compreensível, de um afecto depressivo, admitindo-se que o doente depressivo tenha de mostrar-se triste por efeito de alguma coisa. Por exemplo tem-se pretendido atribuir os delírios de perseguição ao afecto da desconfiança; e o delírio de grandeza, a uma disposição eufórica, sem reflectir em que se podem, desta maneira, tornar compreensíveis certos enganos, certas ideias sobrevalorizadas; jamais, porém o delírio. Os conteúdos das alucinações, também não se consideram em absoluto acidentais, mas têm, em parte, conexões compreensíveis, significação vivencial, representando ordens, gratificações de desejos, irritações, zombarias, tormentos e revelações. Em todos estes casos, é certo, apresentam-se conexões compreensíveis, as quais nos ensinam, sim, a relação existente entre o

conteúdo do delírio e as vivências anteriores, sem nunca nos ensinar, contudo, de que modo, em geral, ocorrem os delírios, as falsas percepções, etc. No entanto o delírio representa com os seus conteúdos uma defesa vital, para aquele que delira, que sem delirar, colapsaria interiormente (Jaspers, 1959).

Friedman (s/d, citado por Jaspers, 1959) considerou basear-se toda a formação delirante no conflito vivencial que consiste no facto de a vontade individual do enfermo ser dominada pela vontade total da comunidade.

Kurt Schneider (1962) também nos fala da compreensão dos afectos e da sua relação íntima com o adoecer esquizofrénico. Descreve o afecto como sendo algo inerente ao acto de pensar e à representação, sendo ele, uma “qualidade” desta, não pode dar-se uma falta de adequação por parte dos sentimentos. Pode-se diferenciar, desde logo, entre conteúdo do pensamento por uma parte, e matiz afectivo, por outra, mas não entre o matiz afectivo do conteúdo do pensamento e a atitude afectiva com respeito a este último, já que se trata de algo idêntico. Somente “de fora” cabe confrontar o conteúdo do pensamento, como manifestação “objectiva”, com a tonalidade afectiva que em conformidade com o habitual se seria de esperar, correspondente ao sentimento subjectivo que se transparece através da expressão, ou seja a capacidade de reacção psíquica não como uma captação de domínio racional de situações, mas sim como a ressonância afectiva que desperta uma vivência aos estados e actos psíquicos que assim surgem. A situação de indiferença afectiva de um doente com Esquizofrenia pode resultar inadequada com respeito ao que expressa e vivencia em determinado momento. Este aspecto também é apreciado por Georgieff (1995) que nos diz que a desorganização observada ao nível da linguagem ou do pensamento também têm expressão na vida afectiva através de movimentos emocionais excessivos ou incompreensíveis: risos ditos “sem motivo” ou sorrisos ditos “discordantes”. Emoções ou sentimentos opostos (amor e ódio) podem coexistir de forma simultânea e profundamente contraditória (ambivalência esquizofrénica). Surgem afectos de maneira incompreensível, sem ligação manifesta com a situação ou com os pensamentos do sujeito.

O essencial surge na acção produzida pelo o afecto, acção que é cega quanto ao sentido. O que diferencia as psicoses endógenas psiquicamente desencadeadas, das reacções vivenciais, é o aspecto da significação vivencial, o mais importante nestas ultimas. Assim, pois, um sujeito não pode “tornar-se louco” “por” uma vivência, mas sim em ocasiões, “por meio” dessa mesma vivência (Schneider, 1962).

Salvaguardando que os sinais e sintomas postulados por vários autores fazem parte de um esforço nosográfico que intenta definir e compreender os próprios fenómenos psicológicos, no entanto, compreender a Esquizofrenia implica ir além dos sinais e dos sintomas, implica necessariamente compreender o outro em consonância com a sua vivência.

A abordagem fenomenológica privilegiou o estudo da alteração do contacto com a realidade que se evidenciava nos doentes, descrevendo-a a como a “perda do contacto vital com a realidade”, ou perda do “ímpeto vital”. O autismo, enquanto fenómeno, testemunharia uma perturbação do “tempo vivido”, a dificuldade do doente com Esquizofrenia assimilar tudo o que é movimento e duração e, portanto ter a experiência de temporalidade. A experiência consciente do pensamento, da linguagem e das acções, caracterizada normalmente por um sentimento de continuidade e intencionalidade, de pertença a si. O sujeito reconhece-se no seu próprio pensamento, ou seja naquele que pensa. As alucinações e o delírio exprimem uma alteração desta representação de si, dos seus actos e intenções. Os distúrbios da experiência subjectiva dos acontecimentos mentais exprimem assim uma confusão, uma indistinção entre o “eu”, e o mundo exterior (os objectos, em termos psicanalíticos) entre o “eu” e os outros, entre a vida psíquica (o imaginário) e os acontecimentos reais externos (Georgieff, 1995). No campo das alterações psicopatológicas, nomeadamente na representação do “eu” Kurt Schneider (1962) ressalva que, se estas alterações atingem as qualidades básicas do vivenciar, (vivência do próprio eu, vivência do tempo, memória, capacidade psíquica de reacção) sugerem então, um quadro patológico de máxima especificidade esquizofrénica. Alterações estas que se configuram numa mudança do sentimento de pertença do eu, que consiste em que os próprios actos e estados não são vividos como próprios, senão como dirigidos e influídos por outros. Alterações na vivência do “eu” são igualmente susceptíveis de ser descritas e consideradas do ponto de vista do pensar, do sentir, das tendências e da vontade.

Por outro lado, a atitude do paciente em relação à doença, surge como um aspecto muito importante na compreensão do indivíduo, segundo Jaspers (1959, p.499), “muito se aprende com as *interpretações que o próprio doente dá, quando tenta compreender-se*. A atitude do doente em relação à doença compreende vários factos, nos quais procuramos compreender o modo como indivíduo reage aos sintomas mórbidos, associada aos limites impostos pela auto-compreensão e à personalidade transformada pelo próprio adoecer. O comportamento do indivíduo em relação à doença

também diverge tendo em consideração o curso, o momento de evolução da mesma, bem como a instrução e inteligência do doente.

Nesta conceptualização teórica especificarei apenas a elaboração da enfermidade, em estados crónicos, por ser a que mais interesse apresenta para o estudo exposto na parte prática deste trabalho.

Nos casos de evolução prolongada (estados crónicos), é variada a reacção aos fenómenos mórbidos individuais. O paciente elabora de algum modo, os seus sintomas e partindo da vivência delirante, desenvolve-se, mediante trabalho penoso, um sistema delirante. Em relação aos conteúdos da vivência delirante, o sujeito por vezes sente a incongruência das sentenças a que se sente exposto. O sentimento de mal-estar somático e a consciência de alteração psíquica se percebem, frequentemente, como consequência de influências torturantes de toda a sorte, contra as quais se inventam meios defensivos, sobretudo, contra a influência corpórea. A intensidade com que vários conteúdos prendem a atenção do indivíduo, ou a profundidade com que coisas aparentemente indiferentes o impressionam surgem como aspectos relevantes (Jaspers, 1959). Nas psicoses crónicas e nomeadamente nos conteúdos das suas manifestações verbais surge uma simulação que faz parecer que o doente tem uma compreensão ampla da sua doença, o que no entanto se verifica que não é verdade, pois que num mesmo instante, o doente se mostra convencido da realidade de seus conteúdos delirantes, já sem nada deduzirem da compreensão aparente que tinham, apenas aprendendo o que os psiquiatras e outras pessoas achavam e construindo frases correspondentes que não tem significado algum para eles. Abaixo certo nível de diferenciação psíquica, os indivíduos parecem viver, meramente, no perimundo, sem saberem de si, como por exemplo acontece nas idiotias muito marcadas ou na demência profunda adquirida. Nestes casos, não existe no fim de contas, atitude alguma, casos em que é melhor não falar em falha da consciência da doença, mas sim em perda da personalidade, que como é evidente, encerra a falha da consciência da doença como elemento parcial (Jaspers, 1959).

Por último é importante ter em consideração a diferenciação que Karl Jaspers (1959) faz entre a consciência da doença e a compreensão da mesma. Consciência da doença refere-se à atitude do paciente na qual se exprime um sentimento de estar enfermo, um sentimento de modificação, sem que essa consciência estenda-se a todos os sintomas e à doença em seu todo, ou seja sem que esta consciência alcance a medida objectiva correcta do juízo que se faz da gravidade ou do tipo da enfermidade. Só

quando tudo isto ocorre, quando todos os sintomas individuais são ajuizados em seu todo, segundo sua natureza e gravidade, é que falamos em compreensão da doença.

A abordagem fenomenológica, esforça-se por entender os indivíduos, não com o intuito de captar a realidade objectiva dos fenómenos, as coisas em si, que vivem ou percebem, mas sim o modo como as vivenciam, a sua vivência das coisas, a sua verdade sobre o mundo. As pessoas podem estar certas ou erradas, ver a realidade de um modo diferente do nosso, no entanto para entender é preciso penetrar na sua própria visão, na sua vivência das coisas, mais do que nos juízos sobre a verdade das suas opiniões. Para compreender, é necessário co-experienciar, actualizar as vivências do outro dentro de nós, na nossa interioridade. Daí a necessidade do clínico, possuir uma vivência rica, disponibilidade e empatia, necessita ainda de estar atento a tudo quanto, vindo do outro, se pode tornar significativo. No entanto existem limites para a compreensão, já que nem todas as vivências, em particular as mais patológicas, se podem actualizar dentro de nós. Assim sendo, acresce o esforço de compreensão tentando aumentar ou diminuir a intensidade das nossas próprias experiências (Pio Abreu, 1994).

A riqueza das vivências esquizofrénicas incita tanto o observador quanto o próprio que se reflecte a que não as tomem como se fossem mero amontoado caótico de conteúdos. A mente está tão presente na vida enferma como na sadia (Jaspers, 1959).

Na procura de entender e explicar a Esquizofrenia, Mota Cardoso (2002) corroborando os ensinamentos de Karl Jaspers, nos diz que compreender, tem de ver com a continuidade de sentido entre as várias situações psicológicas do sujeito (estados de consciência) e as ambiências em que elas ocorrem. O observador, tem em certas circunstâncias psicológicas, a possibilidade de co-penetrar a psique alheia e aí entender o encadeamento das vivências, sentindo que, em condições psicológicas idênticas, experimentaria vivências semelhantes, isto é, compreendemos algo quando lhe damos sentido.

2.3. A Arte na Esquizofrenia

A doença realiza todas as possibilidades extremas.

(Jaspers, 1959, p.349)

A produção artística nos doentes com Esquizofrenia alia a invulgaridade da arte, realçada na própria especificidade da doença. Assim, é inegável o valor das expressões artísticas que realizam para exteriorizar suas vivências, o modo como as percebem e as recriam no seu imaginário.

A vida psíquica está constantemente a construir-se através das mais variadas formas de exteriorização; através do impulso à actividade, do impulso à expressão, do impulso à representação, do impulso à comunicação e do impulso intelectual (Jaspers, 1959).

Nos doentes esquizofrénicos a manifestação da arte criativa realiza-se através das mais variadas formas de expressão, como por exemplo, a fala, os produtos literários, os desenhos e os trabalhos manuais. A fala é a mais geral de todas as obras da humanidade, a primeira, a omnipresente, sob múltiplas formas, em cada língua determinada por um grupo civilizacional, e em constante transformação permanente e lenta. Segundo Jaspers (1959), é pela participação na obra comum que o indivíduo fala.

A expressão verbal dos doentes esquizofrénicos assume características próprias, que podem ser observadas e diferenciadas pela melodia verbal, quer seja monótona ou inexpressiva, quer se apresente vivamente exaltada ou ainda na ritmicidade, nas acentuações absurdas, nos arranjos conformes à natureza ou despropositados, nos amaneiramentos, tal como ocorre na imitação da fala infantil.

Os doentes que se dedicam à produção literária correspondente ao respectivo grau de instrução apresentam-nos, com abundância notável, certos conteúdos racionais juntamente com os fenómenos expressivos que representam, por si, a fala e a escrita. A escrita destes doentes pode surgir plenamente organizada, normal pela linguagem e pelo estilo, pela disposição do curso do pensamento, sendo que só o conteúdo é que é anormal. Por outro lado podemos encontrar escritos que são produto de personalidades morbidamente desenvolvidas, que elaboram as suas ideias delirantes em estilo natural e com o curso de pensamento absolutamente ordenado, de maneira sempre compreensível para o leitor, porém desmedida, fantástica, descontrolada e contraditória. São mais raros

aqueles escritos que utilizam expressões variadamente rebuscadas e estilo impressionante e estrondoso, porém quase sempre incompreensível, relatam não vivências, nem perseguições, ou quaisquer outros factos pessoais, mas expõem teorias (novo sistema cósmico), nova religião, nova interpretação da Bíblia, problemas universais, são o conteúdo, no qual, mais que na forma, se percebe a origem, isto é, de doentes com processo esquizofrénico.

Nos desenhos, certos traços esquizofrénicos de natureza mais grosseira sobressaem, dando às estruturas pictóricas, aparência muito característica, repetições sem sentido do mesmo traçado, do mesmo objecto, sem unidade estrutural completa, garatujas quase ordenadas, certa exactidão que nada mais é que *verbigeração* pictórica. Quando se descrevem os conteúdos dos desenhos dos esquizofrénicos é preponderante a tendência para representação de seres fabulosos, aves sinistras, criaturas humanas e animais caricaturalmente deformados, além de forte e implacável acentuação de coisas sexuais, presença de órgãos genitais sob as mais variadas formas, enfim e principalmente, o impulso a representar a totalidade, a essência das coisas. Outras características surgem no desenho esquizofrénico, tais como o pedantismo, a exactidão, o apuro, a necessidade de efeitos exagerados e acentuados, as estereotípias de certas formas curvas, os arredondamentos ou traçados rectilíneos que dão a todas as imagens notável aparência. Não se pode negar que, em doentes portadores de Esquizofrenia processual relativamente prendados, observam-se estruturas pictóricas que impressionam até as pessoas sadias pela primitividade, pela clareza da forma expressiva, pela audácia dos significados sinistros (Jaspers, 1959).

3. Aspectos Associados ao Adoecer Esquizofrénico

3.1. Prevalência e Evolução

A Esquizofrenia tem sido observada em todo o mundo. As incidências anuais encontram-se frequentemente no intervalo de 0,5 a 1,5% o que faz prever cerca de 10 000 habitantes com Esquizofrenia, Portugal insere-se nesta cifra, embora não haja estudos rigorosos nesta área. Foram já relatadas estimativas de incidência que ultrapassam estes números nalguns grupos da população (por exemplo, nos Afro - Caribenhos da segunda geração que vivem no Reino Unido) (APA, 2002).

Estudos de coortes segundo o nascimento sugerem algumas variações geográficas e históricas da incidência. Constata-se um risco mais elevado nos sujeitos nascidos em áreas urbanas, relativamente aos nascidos em áreas rurais, bem como um decréscimo gradual da incidência dos indivíduos nascidos mais tarde (APA, 2002).

A idade média para o início do primeiro episódio psicótico de Esquizofrenia situa-se, para os homens, no início da segunda década de vida e para as mulheres, no final da mesma. O início pode ser agudo ou insidioso, mas a maioria dos sujeitos apresenta alguns fenómenos de fase prodrómica manifestados pelo desenvolvimento lento e progressivo de diversos sinais e sintomas (por ex, isolamento social, perda de interesse na escola ou no trabalho, deficiência na higiene e cuidados pessoais, comportamento estranho, explosões de cólera). A idade de início pode ter significado fisiopatológico e de prognóstico. Os sujeitos com um início mais precoce são mais frequentemente homens e têm uma pior adaptação pré-mórbida, êxito escolar mais reduzido, maior evidência de alterações estruturais cerebrais, sinais e sintomas negativos mais proeminentes, maior evidência de incapacidade cognitiva avaliada em testes neuropsicológicos e pior prognóstico. Os sujeitos com início mais tardio pertencem frequentemente ao sexo feminino, apresentam menor evidência de alterações estruturais cerebrais ou incapacidade cognitiva e têm melhor prognóstico (APA, 2002).

A maioria dos estudos sobre evolução e prognóstico da esquizofrenia sugere que esta pode ser variável, com alguns sujeitos que apresentam exacerbações e remissões, enquanto outros se mantêm cronicamente doentes. Devido às variações na definição e na avaliação não é possível um sumário fiel do prognóstico a longo prazo para a Esquizofrenia. A remissão completa não é provavelmente comum nesta perturbação. Dos que permanecem doentes, alguns parecem ter uma evolução relativamente estável, enquanto outros evidenciam um agravamento progressivo associado a uma incapacidade grave (APA, 2002).

Muitos estudos têm indicado um grupo de factores associados a um melhor prognóstico. Factores estes, que incluem uma boa adaptação pré-mórbida, o início agudo, idade de início mais tardia, ausência de anosognosia (défice de discernimento), sexo feminino, acontecimentos precipitantes, presença ou não de perturbação do humor associada, tratamento com medicação antipsicótica logo após o início da doença, observação da medicação, duração breve dos sintomas da fase activa, um bom funcionamento entre os episódios, sintomas residuais mínimos, ausência de alterações

estruturais cerebrais, funcionamento neurológico normal, ausência de historia familiar de Esquizofrenia (APA, 2002).

De acordo com a APA (2002, p. 312), existem seis especificadores para indicar as características de evolução ao longo do tempo dos sintomas de Esquizofrenia. Estes especificadores só podem ser aplicados depois de ter decorrido pelo menos um ano após o aparecimento inicial dos sintomas da fase activa.

Quadro 3 – Especificadores de Evolução dos Sintomas de Esquizofrenia (APA, 2002, p. 312).

<ul style="list-style-type: none">• Episódica com Sintomas Residuais Interepisódicos: este especificador aplica-se quando a evolução é caracterizada por episódios nos quais é preenchido o critério A de Esquizofrenia e existem entre os episódios sintomas residuais clinicamente significativos. Com sintomas negativos dominantes pode ser adicionado, caso os sintomas negativos estejam presentes durante estes períodos residuais.
<ul style="list-style-type: none">• Episódica sem Sintomas Residuais Interepisódicos: este especificador aplica-se quando a evolução é caracterizada por episódios nos quais é preenchido o critério A da Esquizofrenia e não existem entre os episódios sintomas residuais clinicamente significativos.
<ul style="list-style-type: none">• Contínua: este especificador aplica-se quando são encontrados durante toda (ou praticamente toda) a evolução sintomas característicos do critério A. Com sintomas negativos dominantes pode ser adicionado caso os sintomas negativos dominantes também estejam presentes.
<ul style="list-style-type: none">• Episódio Isolado em Remissão Parcial: este especificador aplica-se quando existiu um episódio isolado no qual foi preenchido o critério A de Esquizofrenia e permanecem alguns sintomas residuais clinicamente significativos. Com sintomas negativos dominantes pode ser adicionado caso estes sintomas residuais incluam os sintomas negativos dominantes.
<ul style="list-style-type: none">• Episódio Isolado em Remissão Completa: este especificador aplica-se quando existiu um episódio isolado no qual foi preenchido o critério A de Esquizofrenia e não persistem quaisquer sintomas residuais clinicamente significativos.
<ul style="list-style-type: none">• Outro Quadro Sem Outra especificação: este especificador é utilizado se estiver presente outro quadro evolutivo (ou não especificado) (DSM-IV-TR).

3.2. Características e Perturbações Associadas

A anedonia é comum e manifesta-se pela perda do interesse ou do prazer. O humor disfórico pode tomar a forma de depressão, ansiedade ou cólera. Podem existir alterações no padrão do sono (por exemplo dormir durante o dia e actividade e agitação nocturna). O sujeito pode manifestar perda do interesse pela alimentação ou pode recusá-la como consequência de crenças delirantes. Com frequência existem anomalias da actividade psicomotora (marcar passo, balancear ou imobilidade apática) dificuldades de concentração, de atenção e memória. A maioria dos sujeitos com Esquizofrenia tem fraco discernimento quanto ao facto de ter uma doença psicótica. Este sintoma predispõe o sujeito à não adesão ao tratamento e verificou-se que prediz taxas de recidiva mais elevadas, aumento do número de hospitalizações involuntárias, maior défice do funcionamento psicossocial e evolução mais desfavorável à doença (APA, 2002).

A despersonalização, a desrealização, as preocupações somáticas podem ocorrer e por vezes, tomar proporções delirantes. A ansiedade e as fobias são comuns na Esquizofrenia. Alterações motoras (caretas, maneirismos estranhos, comportamento ritualizado e estereotipado) estão por vezes presentes. A expectativa de vida dos sujeitos com Esquizofrenia é mais reduzida por varias razões. O suicídio é um factor importante, porque aproximadamente 10% dos sujeitos com Esquizofrenia suicidam-se, e cerca de 20% a 40% fazem pelo menos uma tentativa de suicídio durante a evolução da doença. O suicídio é consumado com mais frequência pelos homens do que pelas mulheres, mas ambos os grupos apresentam um risco mais elevado que a população em geral (APA, 2002).

Muitos estudos têm verificado que os subgrupos de sujeitos com Esquizofrenia têm uma incidência mais elevada de comportamento agressivo e violento (APA, 2002).

As taxas de comorbilidade com as Perturbações Relacionadas com Substâncias são mais elevadas. A dependência de nicotina é especialmente alta, e as estimativas referem que 80% a 90% dos sujeitos com esquizofrenia são fumadores regulares de cigarros. Além disso fumam de forma maciça e escolhem cigarros com alto teor de nicotina (APA, 2002).

Verificou-se a associação de um aumento do risco de Esquizofrenia com factores pré-natais e da segunda infância (por exemplo, a exposição pré natal à gripe e à falta de

nutrição, as complicações obstétricas e as infecções do sistema nervoso central na segunda infância) (APA, 2002).

Dados laboratoriais

Não existem dados laboratoriais de diagnóstico da Esquizofrenia, no entanto, algumas medidas de estudos de neuroimagem, neuropsicológicos e neurofisiológicos revelaram diferenças entre os grupos de sujeitos com Esquizofrenia e grupos de sujeitos de controlo devidamente adequados. Na literatura da imagiologia cerebral, o dado mais amplamente estudado e mais replicado continua a ser o alargamento dos ventrículos laterais. Muitos estudos também demonstraram a diminuição do tecido cerebral, evidenciado pelo alargamento dos sulcos corticais e pela diminuição dos volumes da massa cinzenta e da massa branca. Contudo, existe actualmente controvérsia quanto ao facto da aparente diminuição do tecido cerebral constituir um processo focal ou mais difuso (APA, 2002).

No exame por regiões, verificou-se de forma mais consistente que o lóbulo temporal diminui de volume, ao passo que o lóbulo frontal está menos vezes implicado. Em relação ao lóbulo temporal existe evidência de anomalias focais, mostrando de forma consistente uma diminuição do volume das estruturas temporais medianas (hipocampo, amígdala e córtex ento-rinal), bem como, do giro temporal superior e do *planum temporale*. Observou-se também a diminuição do volume talâmico, tanto em sujeitos com Esquizofrenia, como nos respectivos familiares em primeiro grau, não afectados pela doença, embora os estudos sejam escassos acerca deste fenómeno (APA, 2002).

Outro dado que tem sido replicado de forma consistente é o do aumento do tamanho dos gânglios basais, mas tem aumentado a evidência de que tal pode constituir um epifenómeno do tratamento com medicação neuroléptica típica. Foi também demonstrado em sujeitos com Esquizofrenia um aumento da incidência de grande *cavum septum pellucidum*. Facto que pode ter importantes implicações patofisiológicas porque é sugestivo de uma anomalia do desenvolvimento cerebral em linha mediana precoce, pelo menos num subgrupo de sujeitos com Esquizofrenia (APA, 2002).

No que concerne aos estudos de imagiologia cerebral funcional, a hipofrontalidade continua a ser o achado mais consistentemente replicado. Salienta-se que existe um reconhecimento crescente de que é improvável que as anomalias funcionais se limitem exclusivamente a uma dada região cerebral, e alguns dos estudos

mais recentes sugerem anomalias mais difundidas que envolvem os circuitos corticais-subcorticais (APA, 2002).

Os défices neuropsicológicos são um dado consistente em grupos de sujeitos com Esquizofrenia. Os défices são evidentes em várias capacidades cognitivas, incluindo a memória, as aptidões psicomotoras, a atenção e a dificuldade em mudar o padrão de resposta. Além da presença destes défices em doentes crónicos com Esquizofrenia, está a aumentar a evidência de que muitos destes défices se encontram em indivíduos durante o seu primeiro episódio psicótico e antes do tratamento com medicamentos antipsicóticos, que se encontram em remissão clínica, bem como nos respectivos familiares em primeiro grau que não sofrem da doença. Por estas razões, pensa-se que alguns dos défices neuropsicológicos reflectem características mais fundamentais da doença e talvez, revelem factores de vulnerabilidade à Esquizofrenia (APA, 2002).

Os défices da percepção e do processamento dos estímulos sensoriais (défice de *input* sensorial) observam-se através de anomalias da perseguição ocular e movimentos sacádicos dos olhos, lentificação do tempo de reacção, alterações da lateralidade cerebral e anomalias no electroencefalograma de potenciais evocados (APA, 2002).

Alguns sujeitos com Esquizofrenia bebem quantidades excessivas de líquidos (“intoxicação pela água”) e desenvolvem alterações da densidade da urina ou do equilíbrio hidrelectrolítico. A elevação da creatinofosfoquinase (CPK) pode ser resultante da Síndrome Maligna dos Neurolépticos (APA, 2002).

Dados do Exame Somático e Estados Físicos Associados

Os sujeitos com Esquizofrenia são por vezes fisicamente descoordenados e podem apresentar “sinais ligeiros neurológicos”, tais como confusão direita/esquerda, má coordenação ou “imagem em espelho”. Algumas anomalias físicas menores (por exemplo, palato alto e arqueado, distância interocular encurtada ou alargada ou malformações subtis dos pavilhões auriculares) podem ser mais comuns em sujeitos com Esquizofrenia. Provavelmente os achados físicos associados mais comuns são as alterações motoras. A maioria destas está provavelmente associadas a efeitos secundários da medicação antipsicótica. As alterações motoras associadas ao tratamento neurológico incluem Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos, o Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos, a Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos, a Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos e a Síndrome Maligna dos Neurolépticos. As

alterações motoras espontâneas semelhantes àquelas que podem ser induzidas por Neurolépticos (por exemplo, “fungar”, “estalar da língua”, “grunhir”) foram descritas na época pré neuroléptica e ainda são observadas, embora sejam difíceis de distinguir dos seus efeitos. Outros dados físicos podem estar relacionados com perturbações associadas, como por exemplo, a dependência de nicotina é comum na Esquizofrenia, estes sujeitos estão mais aptos a desenvolverem patologias relacionadas com o consumo de cigarros (enfisemas e outros problemas pulmonares e cardíacos) (APA, 2002).

Características Familiares

Os parentes biológicos em primeiro grau dos sujeitos com Esquizofrenia tem um risco acrescido de doença dez vezes superior do que a população em geral. A concordância é maior nos gémeos monozigóticos do que nos dizigóticos. Os estudos de adopção revelaram que os familiares de sujeitos com Esquizofrenia tem um risco substancialmente aumentado, enquanto os parentes adoptados não tem qualquer aumento de risco. Embora numerosos estudos sugiram a importância dos factores genéticos na etiologia da Esquizofrenia, a existência de discordância relevante em gémeos monozigóticos também indica a importância dos factores ambientais. Alguns familiares de sujeitos com Esquizofrenia também podem ter maior risco de um determinado grupo de perturbações mentais, denominado *espectro* da Esquizofrenia. As fronteiras exactas deste *espectro* ainda não são claras, os estudos de familiares e de adopção sugerem que ele incluirá provavelmente a Perturbação Esquizoafectiva e a Perturbação Esquizotípica da Personalidade (APA, 2002).

4. Perspectivas Terapêuticas

A Esquizofrenia é percebida não apenas pelo público mais amplo, mas também pela maioria dos psiquiatras como um transtorno psiquiátrico crónico. Desta forma, as abordagens de tratamento mais comuns para pacientes que sofrem de Esquizofrenia tendem a ser dirigidas principalmente para os sintomas e suas sequelas e não tanto para as fases agudas da doença de forma integrada e minuciosa. As recaídas, no contexto da doença mental, também tendem a ser percebidas pela maioria dos profissionais de saúde mental como a manifestação da cronicidade do transtorno, em vez de expressão de fase aguda de uma doença mental debilitante e de longa duração (Ruiz, 2005).

O estigma, em essência, limita os esforços terapêuticos da ciência e de seus profissionais, contribuindo de forma significativa para a cronicidade do transtorno (Visotsky, 2005).

As questões que dizem respeito ao estigma e à reabilitação são pertinentes à maioria dos transtornos mentais e todas as manifestações de doenças mentais tem a capacidade de impedir a adaptação do indivíduo. Além disso, a prevenção de deficiências em transtornos mentais crônicos e persistentes implica que uma variedade de técnicas deve ser utilizada no paciente individual, em relação às manifestações de fenómenos psicopatológicos, assim como factores relacionados com a vulnerabilidade e a resiliência. Neste contexto, é importante reconhecer que a intervenção reabilitativa deve ocorrer dentro do triângulo que consiste em paciente, ambiente familiar imediato e sociedade mais ampla, incluindo as instituições e serviços (Kastrup, 2005).

4.1. Psicofarmacoterapia

Só na segunda metade do século XX é que se conceptualiza todo um campo de descobertas que permitiram a introdução dos psicofármacos no tratamento das perturbações psiquiátricas.

Investigações posteriores trouxeram apenas pequenas mudanças na tentativa de aumentar a eficácia e diminuir os efeitos indesejáveis associados (Alves, 2001).

Segundo Moreno (2001), o panorama dos medicamentos antipsicóticos está em mudança e melhorando o prognóstico das Esquizofrenias, bem como o seu melhor conhecimento etiopatogénico.

Os objectivos sobre o plano terapêutico farmacológico buscam diferentes actuações consoante a presença de um quadro agudo ou crónico de acordo com o momento evolutivo, donde os tratamentos precoces e continuados, os complementos e suportes, são cruciais, assim como, as facilidades farmacodinâmicas e farmacocinéticas, e em geral, um bom conhecimento clínico e farmacológico (Moreno, 2000).

A opção por um antipsicótico no primeiro episódio patológico orienta-se pela especificidade da sintomatologia, isto é, perante uma sintomatologia positiva, é indicado o uso dos fármacos convencionais de alta potência (haloperidol), enquanto que na predominância da sintomatologia negativa, os atípicos (risperidona) (Moreno, 2000).

Dentro do tratamento psicofarmacológico deve-se pensar na dose mínima eficaz para manter uma acção profiláctica que interfira no mínimo com a qualidade de vida do paciente.

Muitos são os factores que se devem considerar na resposta terapêutica tendo como avaliação a qualidade de vida do doente, as contra-indicações dos neurolépticos, a avaliação da dinâmica interpessoal e sócio-familiar, assim como laboral ou escolar. Estes factores devem ser tomados em conta para respeitar as necessidades e a tolerância de cada doente, a capacidade que este ou a família têm para entender o plano terapêutico com seus prós e seus contras, sobretudo a possibilidade de desenvolver episódios extrapirâmídais e a necessidade de cumprimento da terapêutica (Moreno, 2000).

Aceita-se que o uso dos antipsicóticos é necessário no plano terapêutico da Esquizofrenia, à excepção de casos particulares, mas nunca como uma terapia isolada, sendo necessários tratamentos complementares e reabilitadores psicossociais.

4.2. Intervenções Psicossociais

No tratamento actual da Esquizofrenia, as abordagens psicossociais desempenham um papel fundamental. Devem ser organizadas de maneira específica para cada caso, dependendo de aspectos individuais da personalidade do indivíduo, das características clínicas da patologia, das características familiares, dos recursos disponíveis na comunidade e da fase da doença.

A partir dos modelos de vulnerabilidade, sugeriu-se que o facto de alguém se tornar esquizofrénico é essencialmente “ um processo social e interpessoal, e não uma inevitável consequência de anomalias neuroquímicas e de sintomas primários” (Estroff, 1989, citado por Saoud & Dumas, 2001).

Diversas medidas terapêuticas, baseadas nos modelos de vulnerabilidade, são actualmente utilizadas em sujeitos doentes. Estas medidas, embora por vezes diferentes quanto aos seus meios técnicos, podem ser agrupadas de acordo com uma abordagem biopsicossocial – idêntica à que foi proposta nos modelos de vulnerabilidade. Estes tratamentos são comumente designados “ programas de reabilitação”, na medida em que visam desenvolver nos doentes, estratégias de adaptação mais apropriadas. (Saoud & Dumas, 2001).

No campo das intervenções psicossociais tem vindo a ser comprovada a grande importância que a família tem como agente terapêutico, não só como suporte emocional, mas como aliada de um melhor e mais favorável plano terapêutico. O impacto da Esquizofrenia no seio da família, em geral, surge de forma devastadora, com o medo, a incerteza, a frustração, as culpabilizações, os problemas entre familiares, a estigmatização, o isolamento, enfim a dificuldade para reconhecer e lidar com a doença (Moreno, 2000).

Na terapia familiar torna-se necessário avaliar e compreender toda a complexidade das relações interpessoais do respectivo núcleo e avaliar o impacto dos sintomas, no âmbito dessas relações. Esses sintomas são assim entendidos como sinais de alarme integrados no comportamento do indivíduo (o membro mais afectado) e adquirem um significado profundamente «comunicacional» (Watzlawick, s/d, citado por Fonseca, 1987). Assim sendo, a resposta atenta passa por informar, educar e orientar o paciente e a família sobre a natureza da doença e as suas possíveis evoluções. A família necessita de apoio e orientação para intervir junto do doente. Os Grupos de Ajuda Mútua (GAM) tornaram-se importantes recursos para famílias de pessoas com doença mental. Estes grupos surgem como mecanismos de ajuda na resolução de problemas, a oportunidade de expressar sentimentos sem o medo do estigma e ainda a possibilidade de partilha e ajuda/acompanhamento de outros que sofrem e vivenciam problemas semelhantes (Alves, 2001).

A informação e aconselhamento, bem como os programas de terapia familiar, reflectem uma melhoria na dinâmica paciente/família, cumprimento da terapia farmacológica, diminuição das recaídas, hospitalizações, permitindo assim, uma convivência familiar menos angustiada e frustrante face à doença (Moreno, 2000).

A abordagem psicoeducativa à família no consenso patrocinado pela *World Schizophrenia Fellowship*, em 1998, traduz-se em dois *objectivos* fundamentais de acordo com McFarlane e colaboradores (s/d, citado por Gonçalves & col. 2006): primeiro, conseguir os melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental, através de abordagens que integrem a colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes; segundo, aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente de quem cuidam. A esquizofrenia é perspectivada como uma *doença do cérebro* (isto é, de base biológica), em que a intervenção farmacológica é fundamental mas não o suficiente, e

em que as famílias podem ter um papel muito significativo na recuperação da pessoa doente.

A terapia individual também faz parte integrante de um plano de intervenção psicossocial e é baseada na informação e educação do paciente sobre a sua sintomatologia, o curso e o prognóstico da doença. O cumprimento terapêutico da medicação e a identificação de sinais de recaída importam ter em conta para uma intervenção mais eficaz. Na prática clínica utilizam-se diferentes enfoques para lidar com a Esquizofrenia, donde sobressai a terapia de apoio que se fundamenta no desenvolvimento de uma relação de confiança entre paciente/terapeuta, permitindo capacitar o indivíduo na resolução de problemas para enfrentar situações de conflito, captar a atenção do doente para a realidade que o circunda, estimular o reforço positivo nas condutas adaptativas e tentar prevenir possíveis recaídas. O terapeuta deve sempre procurar ter conhecimentos actualizados, ter experiência, compreensão e conhecimento do mundo esquizofrénico (Moreno, 2000).

Outro aspecto importante ao nível da intervenção psicossocial é o treino em habilidades sociais que consiste no ensaio de aptidões sociais (características de conduta) que se estabelecem num plano altamente estruturado, cujo objectivo é o tratamento das fragilidades sócio-relacionais que os doentes apresentam (Lamberti & Herz, 1995, citado por Moreno, 2001). Habitualmente realiza-se em grupos, mas também pode ser aplicado individualmente ou com as famílias. Trabalha-se a capacidade de estabelecer relações interpessoais, como introduzir e manter uma conversação, fazer amigos, ensinar na resolução de problemas sociais e executivos, elaborar a planificação de uma procura de trabalho, responder a entrevistas, educação sexual, entre outras aprendizagens (Moreno, 2000).

Segundo Alves (2001, p.77) “reabilitar implica que os planos de intervenção sejam realistas e se definam em torno das necessidades e potencialidades reais de cada indivíduo e seu contexto de vida tendo em conta o seu potencial”.

A reabilitação laboral representa um aspecto fundamental na intervenção com doentes esquizofrénicos. Possivelmente é na reabilitação profissional do doente esquizofrénico, onde o Estado e a sociedade podem e devem trazer melhorias significativas em relação à situação actual. Concretizado no apoio económico, nas infra-

estruturas necessárias e numa mentalidade menos estigmatizante com uma compreensão e tolerância para com o doente, facilitando a sua integração laboral. Todo o trabalho com o doente mental carece de sentido se não estiver incluído um sistema de apoio comunitário e integrativo (biopsicossocial) do doente (Moreno, 2000). Esta ideia de Moreno é corroborada por Alves que nos diz que sob o aspecto da reabilitação é importante e desejável que as pessoas com doença mental crónica trabalhem, experimentando o reforço da auto-estima, pelo facto de se sentirem úteis e produtivas à sociedade (Alves, 2001).

Os serviços de prestação de cuidados em saúde mental existentes ainda são maioritariamente cuidados médicos, no entanto, temos vindo a assistir à criação de respostas a outros níveis, nomeadamente na reabilitação/ inserção profissional e residencial.

Por último os recursos de integração na Comunidade são essenciais para o bem-estar biopsicossocial desta população. Actualmente têm sido criadas respostas para a integração dos doentes com Esquizofrenia na comunidade. Estas respostas não eram inicialmente vocacionadas para a saúde mental no entanto, passam a integrar também estes doentes, através da sua inserção em centros de dia, serviços de apoio domiciliário, Instituto de Emprego e de Formação Profissional (IEFP), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Organizações não Governamentais (ONG) (Alves, 2001). No âmbito do despacho conjunto n.º 407/98 de Junho (DR-II Série), que surge no contexto da Reforma da política da saúde mental, vem fundamentar o enquadramento legal para a criação de dispositivos residenciais que operem no âmbito da desinstitucionalização e inserção comunitária. Esta lei materializa-se na comparticipação financeira que é assegurada conjuntamente pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade e pelo Ministério da Saúde. A sua execução é regulada por acordos de cooperação entre serviços competentes do Centro Regional e Segurança Social, das Administrações Regionais de Saúde, IPSS, ONG e Autarquias (Alves, 2001).

PARTE II – PARTE PRÁTICA: ESTUDO DE CASO

5. Enquadramento Geral

5.1. Justificação do Estudo e Definição do Objectivo

A oportunidade da realização do Estágio Curricular no Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF) proporcionou uma experiência rica em aprendizagens no âmbito da Saúde Mental e, particularmente, na especificidade da Esquizofrenia.

O desafio que é colocado ao co-experienciar uma realidade que, a princípio, se configura estranha através do contacto com os utentes do CHCF cria um sentimento de insegurança pelo desconhecimento da mesma e impulsiona a necessidade de a compreender, para assim poder intervir de forma esclarecida e adequada. Perante uma patologia tão complexa como a Esquizofrenia é importante captar a sua essência e características sob uma perspectiva e análise holística, que nos possibilite compreender o próprio processo mórbido.

Grandes contributos foram alcançados na compreensão da Esquizofrenia, no entanto, o caminho não está completo e a continuidade das investigações nesta área é imprescindível para ajudar os que dela padecem, e os que com ela contactam, otimizando o seu conhecimento e prevenção.

O estudo de caso como método de pesquisa não se caracterizou como uma escolha metodológica, mas sim, uma escolha espontânea e implícita do objecto de estudo, tendo-se revelado o método mais sensível para estudar as particularidades do caso em análise.

Desta forma, o objectivo deste trabalho consiste em aprofundar a informação biopatográfica do sujeito em estudo, no sentido de se obter uma compreensão mais holística da sua história de vida, bem como do universo da Esquizofrenia.

5.2. Metodologia Qualitativa e Estudo de Caso

O presente trabalho ancora-se no paradigma qualitativo, embora sejam utilizados alguns dispositivos de avaliação que reportam ao modelo quantitativo. Esta interligação

deve ser entendida como uma forma de melhor compreender o estudo. A aplicação e investimento neste tipo de metodologia faz, seguramente, revelar o seu potencial em investigação, proporcionando importantes reflexões e hipóteses experimentais teóricas e clínicas (Barlow & Hersen, 1982).

Grande parte da pesquisa qualitativa é baseada numa perspectiva holística do fenómeno social, em dilemas humanos, na natureza dos casos e na influência de acontecimentos diversos (Lincoln & Guba, 1994, citado por Stake, 2000). Logo, o objectivo não será provar ou não discursos, mas promover a troca daqueles, com bases filosóficas comuns (Monteiro & col., 2006).

Historicamente o estudo intensivo do comportamento humano assume um lugar de destaque nos campos de investigação em psicologia e em psiquiatria.

O estudo de caso tem vindo a ser o modo mais comum de inquérito qualitativo, embora não seja um método novo ou essencialmente qualitativo e também não represente propriamente uma escolha metodológica, como já foi referido anteriormente. Este é um método muito usado na investigação em Ciências Sociais (Yin, 2003) e deve advir de uma profunda vontade de entender um *fenómeno social complexo* (Martins, 2006; Yin, 2003). Segundo Martins (2006), trata-se de uma investigação empírica que pesquisa fenómenos dentro do seu contexto real, onde o pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, buscando apreender a totalidade de uma situação e criativamente descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto.

O conhecimento que advém do estudo de caso tem um valor único, próprio e singular, que começa pela recolha de dados e possibilita ao investigador decidir sobre a forma mais vantajosa de conduzir a investigação, tendo sempre como orientação a compreensão do caso na sua unicidade.

No estudo de caso, o investigador pode utilizar várias técnicas para a recolha de informação, tais como, a entrevista e a observação, entre outras. A entrevista é uma técnica de pesquisa para a recolha de dados, cujo objectivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do entrevistador. Desta forma, a entrevista pode oferecer elementos para corroborar as evidências percebidas por outras fontes, possibilitando triangulações e conseqüente aumento do grau de confiabilidade do estudo. A observação, ao mesmo tempo, que permite a recolha de dados de situações envolve também a percepção

sensorial do observador, distinguindo-se enquanto prática científica, da observação da rotina diária. Esta técnica consiste num exame minucioso que requer atenção na recolha e análise dos dados, portanto a observação deve ser precedida de um referencial teórico e de resultados de outras pesquisas relacionadas ao estudo (Martins, 2006).

No presente estudo, foi utilizada a técnica da entrevista de forma a obter informações necessárias para a compreensão do caso. A observação do sujeito e o registo sistemático dos encontros terapêuticos, por outro lado, constituiu também uma fonte de informação.

6. Método

6.1. Procedimento

Para a realização deste trabalho foram utilizadas várias fontes de informação: o Álvaro (nome fictício do sujeito em estudo), a mãe do Álvaro, a informação dos técnicos, obtida através da consulta do processo clínico, e o acompanhamento psicoterapêutico.

Inicialmente foi necessário um pedido formal, por escrito, de autorização para a realização do estudo, à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Conde de Ferreira (Anexo1.A.). Foram realizadas duas entrevistas à mãe do Álvaro, para as quais foi necessário obter o consentimento (Anexo1.B.). A primeira entrevista foi de carácter informal, sem recurso a nenhum guião de entrevista. Esta entrevista teve como objectivo conhecer o percurso de vida do Álvaro, visto que decorreu na fase inicial do contacto com Álvaro, sem que existisse ainda, o projecto de investigação. A segunda entrevista já se pautou por objectivos de investigação e sustentou-se com a realização de uma entrevista clínica do serviço externo de Psicologia Clínica da Entidade Hospitalar em questão, com as devidas reformulações necessárias à sua aplicabilidade.

Foi administrada a Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira – Forma Abreviada (ACECF-FA), com a respectiva autorização verbal por parte do sujeito em estudo, tendo lhe sido dada a informação adequada, a fim de salvaguardar os seus direitos.

A consulta e análise do processo clínico do Álvaro, arquivado na enfermaria do Hospital, foram realizadas durante o estágio curricular, no âmbito do seu acompanhamento psicoterapêutico.

O acompanhamento psicoterapêutico do Álvaro decorreu com uma periodicidade semanal, a consulta era realizada todas as quintas feiras às 10.30, durante o período compreendido entre 8 de Novembro de 2007 e 31 de Julho de 2008. O setting no qual as consultas se realizaram foi variável, em função de aspectos inerentes à rotina do participante. Assim, e numa primeira fase, os encontros terapêuticos decorreram no café, ao qual Álvaro se deslocava diariamente. Numa segunda fase, estes encontros passaram a ser no recinto hospitalar.

6.2. Dispositivos de Avaliação Cognitiva

A Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira – Forma Abreviada. (ACECF- FA/Anexo. 2.) apesar de ter um menor número de testes e de ser mais breve no tempo de administração das provas do que a forma estandarizada permite, de igual forma, avaliar os principais domínios neurocognitivos (Aprendizagem e Memória, Função Executiva, Atenção e Concentração, Velocidade de Processamento), sendo estes os testes que a constituem: o Teste de Cores e Palavras de Stroop, o Wisconsin Card Sorting Test (WCST), o Hopkins Verbal Learning Test- Revised (HVLRT-R), o Trail Making Test (TMT) e o Exercício da Weschsler, (sequência letra - número/sequência espacial).

O Teste de Cores e Palavras de Stroop (STROOP)

Na versão apresentada (teste aferido para a população Espanhola), o teste é constituído por três páginas que contêm, cada uma, cem elementos distribuídos por cinco colunas de vinte elementos e são utilizadas três cores (vermelho, azul e verde). A primeira página é formada pelas palavras “vermelho”, “verde” e “azul” impressas a cor preta e ordenadas aleatoriamente. Nenhuma das palavras aparece duas vezes seguida na mesma coluna. A segunda página consiste em cem elementos de 4 (xxxx) impressos a vermelho, verde e azul. A mesma cor de impressão também não aparece duas vezes seguida na mesma coluna e a sequência de cores obedece à ordem das palavras da primeira página. Na terceira página são apresentadas as palavras da primeira página e

impressas nas cores da segunda página: o item 1 é o nome da cor do item 1 da primeira página impresso na cor do item 1 da segunda página. Não coincide em nenhum caso, a cor da impressão da palavra com o significado da mesma, ou seja a cor da palavra impressa é vermelho, mas a palavra escrita é verde, esta etapa do teste é que se designa de cartão conflito.

Para cada uma das etapas (páginas) do teste, a forma de cotação corresponde ao número de elementos realizados num intervalo de tempo de quarenta e cinco segundos.

As dimensões básicas avaliadas por este teste estão associadas à flexibilidade cognitiva, à resistência à interferência precedente aos estímulos externos, à criatividade, à psicopatologia e a complexidade. Segundo Golden (2002), este teste avalia a inibição de respostas e a atenção selectiva.

Estudos com pacientes esquizofrénicos revelam que estes eram mais lentos na nomeação da cor nas cartas conflitos (cor e palavra incongruentes), tendo estas alterações sido interpretadas como constituindo uma evidência para uma maior interferência nestes doentes, resultando deste modo, do défice de atenção selectiva. Em sujeitos esquizofrénicos verifica-se uma redução significativa da velocidade de execução das três etapas da prova e conseqüentemente um abaixamento de todas as pontuações.

O Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

O teste é constituído por 4 cartas estímulos e 128 cartas resposta que contem figuras de várias formas (cruz, círculos, triângulos e estrelas), cores (vermelho, azul, amarelo e verde) e número de figuras (uma, duas, três e quatro).

O Wisconsin é um teste neuropsicológico frequentemente utilizado na avaliação de processos cognitivos relacionados com as áreas pré – frontais do lobo frontal. Este teste é especialmente desenhado para avaliar a capacidade de abstracção, a manutenção e as mudanças adaptativas do conjunto cognitivo. Pode ser considerado como uma medida da função executiva que requer habilidade para o indivíduo desenvolver e manter estratégias de solução de problemas adequadas para atingir um determinado objectivo, segundo condições que implicam mudanças de estímulos. O Wisconsin requer ainda, estratégias de planificação, e utilização de feedback ambiental para mudar de esquemas, orientação da conduta até um determinado objectivo e modelação das respostas impulsivas.

Estudos na área da Esquizofrenia (Goldman-Karic, 1994, citado por Teixeira, 2005; Gold & col., 1997, citado por Teixeira, 2005) revelam alterações no desempenho do teste, podendo estar associadas, em parte, com alterações da memória de trabalho.

O Hopkins Verbal Learning Test – Revised (HVTL- R)

O Hopkins Verbal Learning é um teste neuropsicológico (aferido para a população americana), que nos pode dar informações sobre a evocação imediata, memória diferida no tempo, percentagem de retenção (capacidade do individuo aprender a informação), bem como do índice de reconhecimento discriminativo (Brandt & Benedict, 2001).

O teste consiste numa lista de 12 nomes: 4 itens para cada uma de 3 categorias semânticas. Esta lista é lida ao sujeito que deverá posteriormente repeti-la ao longo de 3 ensaios; um ensaio de aprendizagem, um ensaio de repetição retardada e um ensaio de reconhecimento tardio. O HVLT-R fornece 4 índices, cada um com uma tradução em pontuação T.

O Trail Making Test (TMT)

O teste é formado por duas partes (parte A e B). A parte (A) avalia a velocidade da resposta psicomotora a uma tarefa de exigência simples (consiste na tarefa de ligar com uma linha feita a lápis, 25 círculos numerados de 1 a 25 por ordem crescente); relativamente à parte (B) do teste é pedido ao sujeito que ligue alternadamente e de forma crescente uma série de números e por ordem alfabética um conjunto de letras), que permite a avaliação das competências executivas e visuo- motoras (Teixeira, 2003). Segundo Reitan e Wolson (1995), a parte (B) do teste avalia a flexibilidade mental, a memória de trabalho e a coordenação motora. Alguns estudos referem que os doentes esquizofrénicos apresentam desempenhos mais lentos do que os grupos de controlo.

A cotação consta da contabilização em segundos do tempo de cada uma das partes do teste. Os erros não são contabilizados uma vez que, como é necessário recomençar a tarefa a partir do ponto de erro, implicando o aumento do tempo de execução.

As sub-provas da Wechsler (Sequência Letra – Número/ Sequência Espacial)

A Escala de Memória da Wechsler (3ª ed.), é uma bateria destinada a avaliar a aprendizagem, a memória e a memória de trabalho. É constituída por sub-provas, as quais não mencionarei aqui na totalidade, visto que a constituição da (ACECF- FA) apenas compreende as sub-provas: sequência letra – número e sequência – espacial. A sequência letra – número corresponde a uma sequência de letras e números que são lidos ao sujeito, que deverá repeti-la, colocando em 1º lugar os números seguidos e ordenados crescentemente e em 2º lugar as letras por ordem alfabética. O tamanho das sequências vai aumentando gradualmente.

A sequência espacial é uma prova que se divide em duas fases: ordem directa, sendo solicitado ao sujeito que repita a sequência que o administrador faz, tocando nos blocos numerados de um quadro tridimensional, pela mesma ordem que o administrador fez, a segunda fase, a tarefa é a mesma da primeira fase, apenas a ordem é inversa, o sujeito terá que executar a tarefa pela ordem inversa à realizada pelo administrador. Estas sub- provas destinam - se avaliar a memória de trabalho que indica a capacidade do sujeito de lembrar e manipular tanto informação visual como verbal numa memória de armazenamento de curta duração.

6.3. Identificação do Participante

O Álvaro (nome fictício, como já atrás se referiu) nasceu no dia 3 de Dezembro de 1960, tem 49 anos de idade e encontra-se internado há 14 anos no Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Antes de ser internado, o seu agregado familiar era constituído pelos os pais e uma irmã (mais velha um ano que Álvaro). A mãe era médica, actualmente reformada com 80 anos de idade, o pai, já falecido, era contabilista. O Álvaro é solteiro e não tem filhos, estudou até ao 11º ano de escolaridade e no decorrer da sua vida não teve nenhuma actividade profissional.

No que diz respeito à sua caracterização morfológica, apresenta uma estatura média, é um indivíduo magro, tem olhos castanhos e um olhar vago. O cabelo é preto, o rosto evidencia sinais de um envelhecimento precoce tendo em consideração a sua idade cronológica. Ao nível da motricidade apresenta uma deficiência no membro inferior direito, que se caracteriza por um ligeiro desnível motor, consequência do acidente que sofreu aos 17 anos de idade.

7. História de Vida e História do Problema

Segundo os dados que constam no processo da enfermagem, o Álvaro teve como diagnóstico de admissão e diagnóstico clínico a presença de um quadro psicopatológico de Esquizofrenia Paranóide.

Em relação ao período da sua infância, o Álvaro recordou-o com agrado, referindo que vivia numa habitação grande com jardim. Habitavam na mesma casa os avós maternos, os pais e a irmã. Refere que fazia muitos amigos sem dificuldade, e que brincavam dentro de casa, num ambiente que classifica de grande liberdade.

Ao ser inquirido sobre o relacionamento com o pai, tomou uma expressão de desagrado, recorda que na escola os colegas falavam dos seus pais satisfeitos e com admiração, facto que diz ter sido a razão de perceber que no seu caso era diferente. Segundo ele não havia relação com o pai, nem se lembrava de brincar com este. Raramente o via e não tinha vontade de lhe falar, descrevendo-o como uma pessoa calada, que sofria da doença “azul” (cardíaca) e tinha um aspecto visual que causava também uma influência negativa sobre o Álvaro. Sobre a sua relação com a mãe, afirma que a situação era semelhante, apenas não a expressa com o mesmo sentimento. Com a irmã o relacionamento era muito indiferente, não era usual que esta participasse nas suas brincadeiras, lembra apenas que esta uma vez lhe destruiu uma instalação de comboios em miniatura. Em relação ao seu ambiente familiar, o Álvaro refere que a sua casa é uma confusão, com mais de vinte gatos, sem horas de refeição.

O avô, engenheiro coronel na segunda guerra mundial, surge como o herói do menino. Era o dono da casa, contava-lhe histórias de guerra, mostrava-lhe recordações, dava-lhe brinquedos e brincavam com miniaturas simulando batalhas de aviões e barcos de guerra. Ensinava-lhe francês, inglês, desenho e estimulava-o nos estudos. O avô também lhe emprestava publicações de guerra que leu e releu segundo informação dada por a mãe do doente. O Álvaro dormia no mesmo quarto do avô. O técnico de saúde que fez a entrevista a Álvaro registou que este chorou ao referir factos do avô. Aos dez anos de idade participou num concurso de desenho na ordem dos engenheiros, motivado pelo avô, tendo ganho o primeiro prémio. A temática dos desenhos era barcos e aviões de guerra.

Refere que desenvolveu uma amizade com uma vizinha desde os seis anos, recorda com grande tristeza que esta amizade foi cortada, segundo ele, por causa de outra vizinha e diz que nunca mais teve uma amizade com o mesmo teor afectivo.

Num dado momento adianta que ficou mais isolado e os pais obrigavam-no a ir ao cinema com a irmã e o namorado, situação que descreve como sendo desagradável para ele.

Nos estudos, diz que até ao quinto ano foi o melhor aluno em letras e que praticava desporto.

Cerca dos onze anos de idade, refere que começou a fumar meio maço por dia e que aos doze anos começou a beber cerveja e brandy, mas sem ser em grande quantidade, apenas o suficiente “para ficar mais desinibido e relaxado” (sic).

Aos quinze anos de idade, revela que teve experiências com drogas (liamba, haxixe), no entanto, não continuou, pois afirma que não se sentia bem. Por esta altura também iniciou a sua vida sexual com amigas mais ou menos ocasionais, mas nunca em casas de prostituição, pois refere que tinha medo das doenças. Apenas no campo das suas amizades é que mantinha actividade sexual e diz que apenas se interessava por elas pelo sexo.

Refere que uma amiga se suicidou após algum tempo de relação entre os dois, mas expressa que não se sente culpado, nem afectado emocionalmente, no entanto diz que até à data ainda visitava o cemitério onde ela se encontra sepultada.

O Álvaro foi activista do “ M.I.R.N”, ideologia que define como “ Nazi à Portuguesa” (sic).

Refere que a sua única ocupação passageira é o desenho de rostos, aviões e sexo, ocupação esta, que através do acompanhamento psicoterapêutico, se pode observar que o Álvaro mantém com as mesmas temáticas de inspiração (Anexo3.)

A mãe descreve a infância e a adolescência do filho dentro dos limites normais, era bem relacionado, ajuizado, não tendo conhecimento de actos agressivos por parte deste. Era muito bem sucedido com as raparigas, “ estas é que o procuravam” (sic).

Sublinha é o facto de se aperceber que o filho tinha atitudes e juízos de maior maturidade, “não era tão criança como os outros” (sic).

Chamou-lhe atenção o facto de o filho nunca trazer trabalhos da escola, tendo ido à escola para saber o que se passava e que o professor lhe disse que havia trabalhos de casa, mas que o filho estava tão atento nas aulas que aprendia muito bem, nem

precisava de os fazer, para não se preocupar com isso. Diz que era especialmente bom aluno em letras, apesar de não ter dificuldades também nas outras matérias.

A mãe divide a vida do filho entre o antes e o depois do acidente, “o meu filho era um rapaz normal até ter sofrido o acidente, a partir daqui mudou completamente” (sic). Diz que o filho vivenciou o acidente de forma muito traumática e angustiante. Mostrava sentimentos de revolta, em que gritava dizendo que tinha ficado deficiente, deformado, incapacitado e com cicatrizes. A partir deste acontecimento tornou-se agressivo, retraído, desconfiado, com períodos de maior isolamento familiar, exigências de ordem material e agressão física ou verbal. No internamento teve um comportamento insultuoso e agressivo para o médico ortopedista. Acrescenta, ainda que o filho, na altura a que foi sujeito às intervenções cirúrgicas teve uma paragem cardíaca.

Refere que as agressões mais graves ocorrem, quando pára de tomar a medicação, momento em que também surgem comportamentos estranhos tais como: bater a porta de casa e ficar dentro de casa, ir ao café e voltar repetidas vezes. Nos momentos em que parece mais afável, rapidamente muda de humor mostrando-se encolerizado, protestando sem motivo e recusando-se a comer. Segundo a mãe as crises são sempre intensas com finalidade, objectivos, com associações e coerência dos actos às palavras. Acrescenta, ainda, que o comportamento do filho se dá primeiro com alterações do humor, seguido de exaltações e insultos, chegando a agressões físicas.

Segundo o pai de Álvaro não existem antecedentes familiares de perturbações mentais, mostrando-se preocupado quanto ao facto de ser primo em primeiro grau da esposa. Sente-se culpado pela sua ausência, enquanto pai, na educação do filho. A respeito do filho diz, ainda, que desde criança era bastante retraído e com conflitos com os amigos, confirmando actos agressivos deste para com os amigos mesmo na sua presença.

O Álvaro diz ao médico que o recebeu nesta altura (registo sem data) que a sua doença começou aos dezassete anos, após ter sofrido um acidente de motorizada que lhe provocou uma fractura no membro inferior direito, a qual foi motivo de várias intervenções cirúrgicas, entre as quais se inclui uma reconstrução do membro com tecido e ossos dos ilíacos. Desde que sofreu o acidente, o Álvaro começou a ser seguido nos serviços de psiquiatria, devido ao facto de se ter tornado agressivo e incoerente, marcadamente estranho e diferente, segundo os seus familiares, como foi referido anteriormente.

O Álvaro refere aos médicos, aquando do seu internamento ou nos episódios de urgência (não aparecem claras as datas nos dados do processo), que muitas vezes durante o dia se sente estranho, como se perdesse o contacto com a realidade, como se não pertencesse a este mundo. Diz que existem momentos em que se sente muito desolado “ não ando aqui a fazer nada, perdi o interesse pela vida” (sic). Devido a estes sentimentos refere que lhe ocorreu a ideia de se suicidar com uma arma de fogo e que quando preparava a execução do acto, diz ter ouvido vozes e que foi ver o que se passava. Quando regressou encontrou o lugar onde planeava suicidar-se fechado, o que o impediu de continuar a prossecução do seu acto. Perante este facto, o Álvaro não encontra explicações, somente diz “ talvez forças estranhas, Deus” (sic). Surgem de novo anotações no processo clínico referindo sentimentos de estranheza que, por vezes, o Álvaro diz sentir, como se tivesse sido investido num outro ser, um súbdito extra-terrestre que obedecia a um tal super-comandante, que ele desconhecia, mas de quem recebia ordens e com quem comunicava, sem referir como se comunicavam. Quando avistava um avião, este, era interpretado por ele como uma nave espacial inimiga. As interpretações que posteriormente fazia acerca destes episódios englobavam pessoas e objectos que conhecia. Refere, ainda, que vestia um blusão preto, usava pistola, sentindo-se assim um extra-terrestre, vigiando as pessoas em casa e suspeitava que a irmã estivesse relacionada com o super comandante para o trair ou prejudicar. Assim mostrava para com ela, atitudes de desconfiança e de agressividade. Com os pais nesta altura entendia-se bem e via-os como aliados. No entanto, noutros momentos, já via o pai como um potencial inimigo do super comandante, tendo este lhe enviado uma mensagem para o matar. Foi nesta altura que atacou o pai com um ferro em brasa tendo tentado trespassá-lo, o que não conseguiu porque o pai foi socorrido por um amigo vizinho, “ matava-o mesmo” (sic).

Surge também uma anotação no processo informando que o Álvaro, dias antes de ser internado no Hospital Conde de Ferreira, sofreu uma agressão física (vergonha) em público por parte do marido de uma amiga (que se encontrava em processo de divórcio), que o terá deixado revoltado e transtornado. Na sequência desta situação terá negligenciado alguns cuidados de higiene pessoal.

Após uma das altas do internamento, manteve-se sem ocupação frequentando, segundo o mesmo, os cafés onde se encontrava com amigas e com quem manteria relações sexuais. Também é referenciado que agrediu uma companheira depois de ter ingerido três bebidas alcoólicas.

No processo vem registado que quando lhe é prescrita a medicação, não cumpre a terapêutica, justificando que lhe faz deixar a boca seca, deixando de tomar a medicação e restringindo ainda mais a sua actividade social, alimentar, de higiene pessoal. Desta forma, começa de novo com pensamentos estranhos “aventuras espaciais”, insónias, irritabilidade, desinteresse pela vida, indiferença, mau estar interior e distanciamento em relação aos outros. Ainda hoje o Álvaro se queixa dos efeitos da medicação, atribuindo-lhes a causa do seu mau estar físico e psicológico “ eu hoje tomei a injeção mensal não me sinto nada bem, estou diferente” (sic).

No processo clínico existem alguns registos cronológicos sobre acontecimentos que revelam já algumas características psicopatológicas.

No dia 4 de Dezembro de 1990, o Álvaro entrou num café exibindo uma arma de fogo à cintura, assustando os clientes. Após ter sido chamada a PSP, o Álvaro alegou que não era sua intenção assustar ninguém, pois tratava-se de uma arma de plástico. A mãe entregou no hospital um recorte do jornal que intitulava o filho de “ pistoleiro amedronta clientes”.

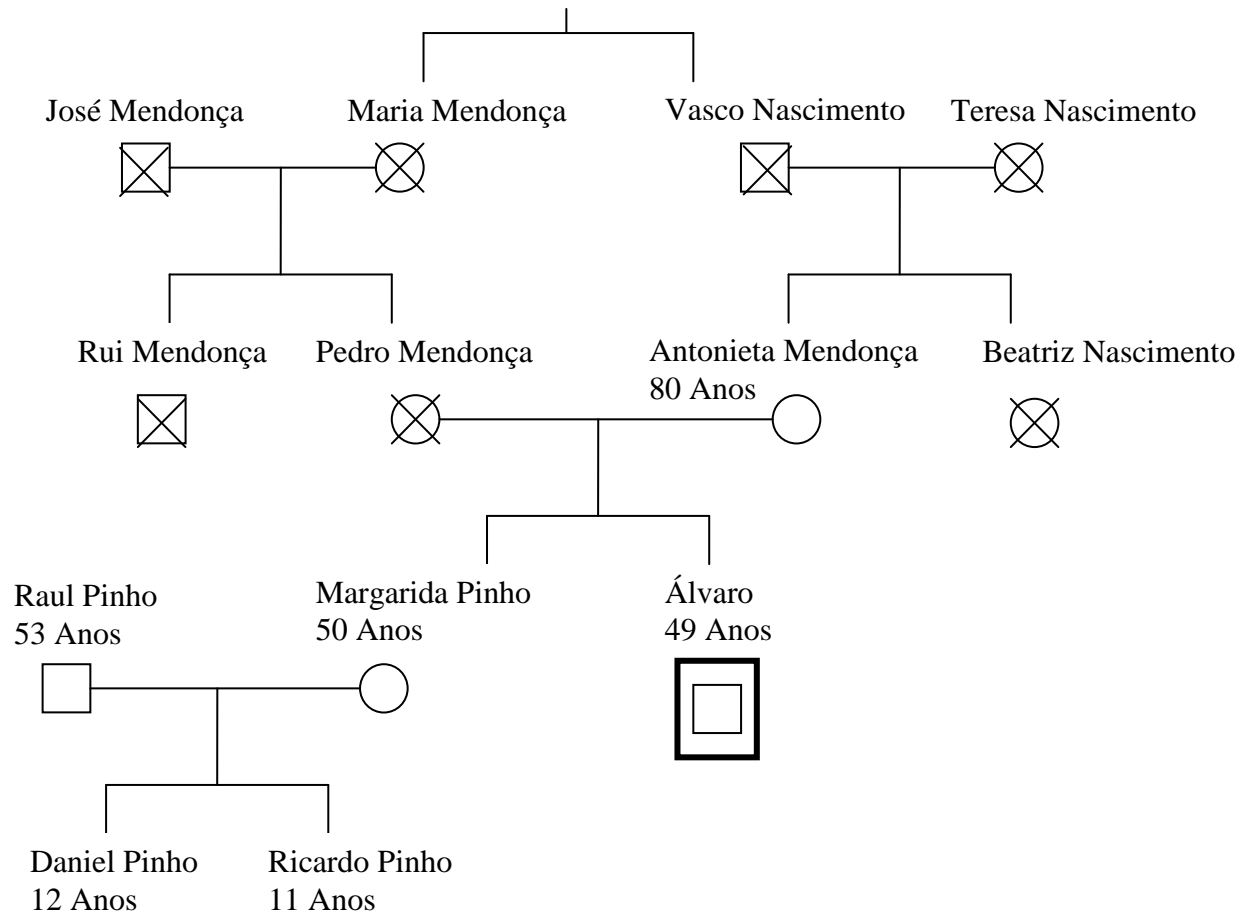
Quando inquirido sobre este episódio, o Álvaro diz ser mentira e que o jornal o atacou por ser de extrema-direita.

No dia 12 de Dezembro de 1990, o Álvaro ameaçou de morte a irmã e a mãe. A mãe diz que o filho tem um arco e setas de pontas metálicas e atira-os aos transeuntes na sua rua. Quando o Álvaro é questionado, diz que o arco e as flechas são apenas para se divertir. A mãe refere ainda nesta data, que o Álvaro tem duas motorizadas, mas que lhe exige uma motorizada “Honda” se não que a mata.

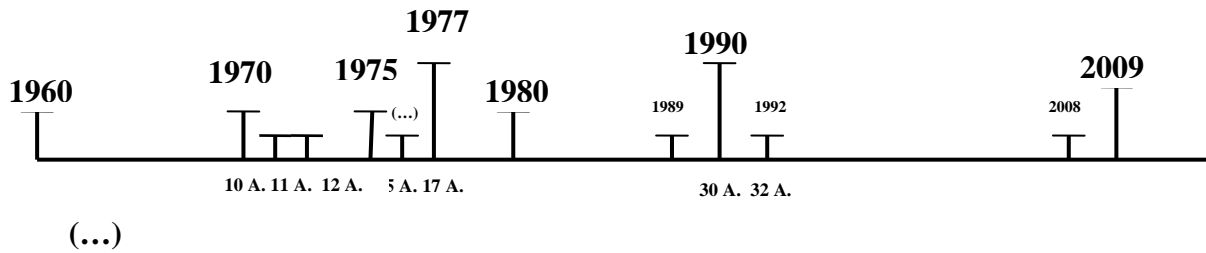
No dia 16 de Agosto 1992 o Álvaro dirigiu-se ao quarto da irmã com uma espingarda de pressão de ar, bateu à porta e disparou a referida arma em várias direcções.

A mãe ao ouvir o barulho, dirige-se ao local e foi alvejada na região do abdómen. À data Álvaro já tinha sido internado na entidade em que se encontra actualmente dezasseis vezes. Na altura deste acontecimento tinha ingerido bebidas alcoólicas e comprimidos acima da dose prescrita. Foi julgado em tribunal e considerado inimputável por anomalia psíquica tendo recebido a pena jurídica de internamento de segurança por três anos no CHCF.

7.1. Genograma



7.2. Biograma



Quadro 6 - Biograma detalhado

Cronologia	Idade Vital	Acontecimentos/ Incidentes Críticos	Valoração dos Acontecimentos
1960	0	- No dia 3 de Dezembro: nascimento do Álvaro.	A mãe na entrevista expressa este acontecimento com pouca ressonância afectiva.
1970	10	- Participou no concurso de desenho na ordem dos engenheiros, onde lhe é atribuído o 1º Prémio.	Este evento é revelador da importância e influência que o avô materno teve na educação/formação e personalidade de Álvaro.
1971	11	- Iniciou o consumo de tabaco.	A mãe diz que financiava este consumo. Álvaro refere que começou a fumar cerca de dez cigarros por dia.
1972	12	- Falecimento do avô materno, Vasco Nascimento. - Iniciou o consumo de bebidas alcoólicas.	Acontecimento passível de fragilizar o “eu” de Álvaro e consequente motivação para o consumo de álcool.
1975	15	- Primeiros envolvimentos sexuais. -Consumo de drogas ilícitas (cannabis).	Álvaro refere que as suas primeiras relações sexuais se deram num envolvimento heterossexual. O consumo de drogas pode ter sido um factor precipitante da doença.
(...)	Indeterminada	- Ocorreu o suicídio de uma amiga.	Outro acontecimento passível de fragilizar o “eu” de Álvaro.

1977	17	- Acidente de viação. - Agressão ao médico ortopedista. - Primeiros episódios psicóticos.	Álvaro reage com angústia e revolta a este acontecimento, manifestando comportamentos agressivos.
1989	29	- Falecimento do pai, Pedro Mendonça	A mãe de Álvaro questionada sobre como o filho reagiu à morte do pai, refere que este facto não foi partilhado “ não sei, não falamos sobre isso” (sic).
1990	30	- Incidente no café (registos cronológicos);	Comportamento incoerente. Noticiado no jornal.
1992	32	- Ameaçou a mãe e a irmã de morte; tendo alvejado a mãe no abdómen;	Álvaro referiu que este facto ocorreu quando estava sob efeito de álcool e sobredosagem medicamentosa.
1995	35	- Internamento no Centro Hospitalar Conde de Ferreira;	Medida judicial de internamento compulsivo por um período de 3 anos, que se mantém até à presente data.
2008/2009	48/49	- Estudo de Caso	Início do acompanhamento psicoterapêutico no âmbito estágio. Posteriormente, o Álvaro assume lugar de objecto de estudo no presente trabalho.

7.3. Observações decorrentes do Acompanhamento Psicoterapêutico

O Álvaro dispõe de um regime que lhe permite sair do recinto hospitalar em determinado período de tempo, podendo assim vir para o exterior. Salientando-se aqui o facto de que este regime é dado apenas aos doentes que, segundo os técnicos, auferem de competências, nomeadamente autonomia e comportamento ajustado em sociedade para poderem usufruírem deste regime de maior liberdade. À data do contacto com Álvaro este cumpre a seguinte terapêutica medicamentosa (Anexo4).

O Álvaro apresenta-se consciente ao nível das funções vitais e orientado espacio-temporalmente. Manifesta um comportamento ajustado, no entanto circunscrito a determinadas acções que faz na sua rotina diária. Na sua interacção social mantém pouco contacto com a maioria dos doentes, pois não se sente atraído para conviver com eles, prefere andar sozinho, falando pontualmente com alguém mas numa relação de pouca intimidade e confiança. O Álvaro a este respeito costuma referir: “ os doentes daqui são todos uma cambada de deficientes, eu não sou como eles e não gosto deles (sic)”.

Ao nível do discurso, demonstra fluência. No entanto, revela no geral aspectos que criam um discurso desorganizado, perda de conexões na sequência entre um pensamento e o que o precede, fuga de ideias passando de um tópico para o outro (saída do curso). As respostas a questões caracterizam-se por serem marginais destituídas de relação (tangencialidade). Desta forma, o discurso é confuso, o que dificulta a compreensão das suas representações mentais e emocionais subjacentes.

O Álvaro sugere falta de *insight* e crítica sobre o seu estado psicológico, pois refere “ eu não preciso de aqui estar, nem de ter nenhum psicólogo, não sou maluco, eu não tenho problemas psicológicos, estou aqui por outros problemas” (sic). Acontece com frequência o doente justificar e atribuir os seus estados internos a factores externos, tais como o efeito dos medicamentos, da comida ou por não ter tomado café ou fumado, denotando muitas destas associações, mais uma vez falta de *insight* e mesmo de coerência e lógica. Numa das consultas o Álvaro referiu, por exemplo, “ deram-me um croissant estragado porque viram que eu estava sobre efeito dos medicamentos e por isso hoje eu não me encontro muito bem, não me apetece falar”, referência que mais uma vez denota falta de *insight* sobre o seu estado psicológico associado a ideias persecutórias e de prejuízo em relação aos outros. Também é comum o Álvaro interpretar e dar significado a acontecimentos, auto-referenciando-os, que já não surgem aleatórios mas exprimem necessariamente algo oculto que se relaciona consigo, permitindo apontar aqui, alguma actividade delirante residual de carácter persecutório. Exemplo disto é o facto de, por vezes, o doente referir que na enfermaria ouve os médicos a falarem entre si para lhe fazerem mal “ os médicos estavam a falar de mim, querem me dar mais medicamentos para me colocarem como um doente que não se mexe lá da enfermaria” (sic). Associado a estas ideias delirantes de carácter persecutório, de prejuízo em relação aos outros surge também ideias delirantes de

grandeza “ eu sou uma pessoa muito importante, muito rica, toda a gente anda atrás de mim por isso tive que me esconder aqui no Conde Ferreira” (sic).

Na vivência dos seus sentimentos, emoções, relações afectivas surge alguma pobreza, desprendimento, indiferença, embotamento afectivo, discordância entre a reacção afectiva e a tonalidade do conteúdo afectivo. Sempre que o Álvaro é questionado, por exemplo, sobre as suas idas a casa, que acontecem com alguma regularidade, ele apenas fala sobre o que comeu e o que fez, sem haver ressonância afectiva, nem descrição do convívio com seus familiares. Por outro lado através do que Álvaro conta sobre o tempo passado com os seus familiares e através da entrevista com a mãe (Anexo5.) é fácil observar e compreender que não existe grande dinâmica ao nível do convívio familiar. Assim que terminam as refeições em conjunto, depreende-se um retraimento e isolamento caracterizado na ida para espaços diferentes por cada membro da família.

Do ponto de vista afectivo, o Álvaro manifesta sentimentos opostos, ambivalentes (amor/ódio), que imprimem uma profunda contradição nos seus afectos (ruptura ou sobrevalorização dos afectos). Na expressão destes sentimentos também se denota aspectos não verbais discordantes, inadequados em relação ao conteúdo e à tonalidade do afecto, observada em movimentos emocionais excessivos ou incompreensíveis, risos ditos “sem motivo” ou “ sorrisos ditos “discordantes”. Álvaro tanto refere, que odeia toda a sua família, como, noutras ocasiões, diz gostar da família, no entanto quando o afirma, denota-se falta de ressonância afectiva, expressão mímica pobre. Porém se o Álvaro gostar, sentir fascínio pela pessoa com quem conversa até pode sobrevalorizar ou fantasiar enaltecendo o sentimento e a pessoa. Exemplo disso pode ser a relação com a estagiária de psicologia, em que o doente revela uma percepção fantasiosa e sobrevalorizada acerca da estagiária, chegando mesmo a referir “ você deve ser uma pessoa muito importante, deve ser muito rica, deve viver num palácio (sic)”, aspecto que faz sobressair uma percepção efabulatória, assim sobressaindo o lado fantasioso e imaginário que tem acerca da vivência privada da estagiária e mais uma vez estão presentes as ideias delirantes de grandeza. Esta associação de ideias delirantes de grandeza à estagiária torna-se compreensível se entendermos que o sujeito se sente uma pessoa importante, daí que as pessoas que contactem com ele também possam adquirir características especiais. Este aspecto também pode emergir de conteúdos delirantes de cariz erótico relacionado com as suas vivências e fantasias íntimas.

Em determinadas circunstâncias, o Álvaro percebe os outros no seu entorno com desconfiança e receio, extrapolando interpretações e associações que mais uma vez fazem sobressair a actividade delirante residual de carácter persecutório, aspecto que se evidencia na desconfiança que Álvaro tem acerca das intenções dos profissionais de saúde, bem como dos residentes do CHCF.

O Álvaro em muitas ocasiões de consulta mostra preocupação pelo o seu aspecto visual interpelando a estagiária com perguntas acerca do seu aspecto "eu estou com muito mau aspecto, não estou? (sic)". No entanto, esta preocupação pelo seu aspecto visual apresenta pouca consistência, pois rapidamente o Álvaro muda de assunto. A necessidade que o Álvaro sente por ter a percepção da estagiária em relação à sua aparência visual pode ser reveladora de uma falta de apreciação intrínseca, desejo de percepção externa significativa ou por outro lado, ser manifestação latente de conteúdos eróticos delirantes.

Outro aspecto saliente é a expressão do olhar de Álvaro, que se caracteriza por uma imobilidade inquietante, vagueza penetrante imprimindo muitas vezes uma estranheza no contacto com o outro.

O interesse pelo o desenho foi sempre algo estimulado pelo seu avô materno, como atrás foi referido, na história de vida e história do problema, que o ensinava em tarefas como o desenho, a aprendizagem de línguas (francês, inglês, português), de histórias de guerra, entre outras actividades. Decorrente do acompanhamento psicoterapêutico pode-se constatar que Álvaro ainda hoje conserva o interesse e aptidão pelo desenho, sobressaindo algumas temáticas de inspiração. Tentando encontrar/compreender os sentimentos, vivências de Álvaro através dos significados subjectivos dos seus desenhos e reconhecendo neles algum padrão temático como, por exemplo, o gosto por desenhar rostos, aviões, carros, objectos bélicos, corpos sexuais, permite de certa forma, tentar perceber as suas influências, interesses, sentimentos, ao fim ao cabo o cruzamento com a sua história de vida.

O desenho de rostos (Anexo3A.), assume características específicas, tais como, estereotípias de certas formas curvas, os arredondamentos ou traçados rectilíneos que dão a todas imagens notável aparência. Os rostos surgem com pouca expressividade facial, com aspecto estático. Estas características, evidenciadas através dos seus desenhos, podem estar associadas à sua afectividade, ou seja, projectarem a sua indiferença, inadaptação, carência, ambivalência, discordância e angústia no campo das suas emoções.

Os aviões e os objectos bélicos (Anexo3B.), que o Álvaro desenha, traduzem um pouco os seus interesses e influência do avô materno (engenheiro coronel na segunda guerra mundial) como figura de afectividade importante para Álvaro, com quem conviveu e aprendeu. Outro aspecto importante relativamente à sua relação com o desenho é o facto, de me ter contado uma ocasião, que tinha um amigo em tempos, que o costumava apelidar de “o inacabista”, por nem sempre terminar os seus desenhos. Diz que por vezes perde o interesse por desenhar, “eu não sei desenhar, os desenhos estão mal, eu não sou nenhum desenhador”. Estes aspectos, revelam que o Álvaro demonstra falta de persistência/ motivação e desvalorização pelos seus desenhos. Mostram também falta de *insight* e crítica na valorização das suas competências. Em suma, os desenhos de Álvaro podem reflectir muito das suas vivências/ fantasias e estados internos; humor, labilidade emocional, comportamento, tristeza/alegria projectando o seu mundo interior.

Da aplicação dos dispositivos de avaliação cognitiva obtiveram-se os seguintes resultados: relativamente ao **Teste de Cores e Palavras (Stroop)**, o resultado obtido para a medida de interferência (T=52) situa-se dentro dos valores médios para a sua faixa etária, o que sugere ausência de défices ao nível da flexibilidade cognitiva/ funções executivas. As pontuações T das restantes dimensões também se encontram dentro dos limites considerados normais (35 e 65 pontos T), indicando ausência de défice ao nível da velocidade de processamento (Anexo2A.).

No **Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R)** (anexo), os resultados obtidos foram os seguintes:

Quadro 4. Resumo de pontuações HVLT-R.

Pontuações	Pontuações Directas	Pontuações T
Recordação Total	17	35
Recordação Retardada	7	32
Categorias Semânticas (IRD)	2	31

Considerando que neste teste a pontuação média corresponderia a um T= 50, com um DP = 10, podemos verificar que, numa abordagem global, todos os valores observados se encontram muito afastados da média, verificando-se valores inferiores

aos esperados. O que permite concluir que há défices ao nível das funções mnésicas e de aprendizagem (Anexo 2B.).

No **Trail Making Test (TMT)**, os resultados foram os seguintes:

Quadro 5. Resumo de pontuações do TMT.

Valor de referência para o grupo etário (40-49)	Parte A		Parte B	
	Valor observado	Média (seg) DP (seg.)	Valor observado	Media (seg) DP (seg.)
	39 Seg.	30.7 8.8	59 Seg.	64.4 18.3

Relativamente ao desempenho do examinado na execução do **Trail Making Test**, verifica-se que os valores obtidos, tanto na **Parte A** como na **Parte B** do teste se encontram dentro da média em relação à média esperada e tendo em consideração o desvio padrão para a sua faixa etária, permitindo concluir que o examinado não apresenta défices ao nível da atenção, da procura visual e da função motora (Anexo2C.).

No **Wisconsin Card Sorting Test (WCST)**, considerando como critério de presença de deterioração o número de respostas perseverativas, verificaram-se os seguintes resultados: pontuação típica (P Típica = 102) e a pontuação T (PT =51), revelando que não existe deterioração ao nível da função executiva (Anexo2D.).

Nas **Sub- provas da Weschsler** (sequência letra-número/ sequência espacial) o examinado teve uma pontuação de 10 valores na sequência letra-número e 19 valores na sequência espacial. Estes valores são normativos tendo em consideração a média que deverá corresponder a um valor superior ou igual a 10 valores. Com base nestes resultados conclui-se que o examinado não apresenta défices ao nível da memória de trabalho (Anexo2E.).

No conjunto dos testes que constituem a Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira – Forma Abreviada (ACECF- FA) pode-se verificar

que os resultados de uma forma geral não indicam défices nos domínios avaliados, à excepção da prova de memória que apresenta um resultado deficitário.

No entanto perante estes resultados é importante referir que o examinado já tinha sido anteriormente submetido a uma avaliação com base nestes instrumentos, o que poderá invalidar os resultados desta avaliação pelo efeito de aprendizagem.

8. Análise Compreensiva

No primeiro contacto com o Álvaro reteve-se desde logo o facto de estar internado há já alguns anos, o que indicava a natureza dinâmica e evolutiva (cronicidade) do seu adoecer. No caso de Álvaro o curso evolutivo da doença ficou marcado por inúmeros episódios psicóticos (história de vida e história do problema) manifestando-se ainda, no momento presente, uma actividade delirante residual. Assim, se compreende que a Esquizofrenia se vai manifestando de forma diversa quanto ao momento do seu curso desenvolvimental, como nos dão conta os especificadores evolutivos dos sintomas desta patologia (APA, 2002, p.312). Outro aspecto importante que nos alude à compreensão das características da patologia, facilmente evidenciado num primeiro instante com o doente, é a alteração por este expressa no contacto com o outro, o que faz sobressair um sentimento de estranheza na relação, como foi referido por Georgieff (1995), na forma de caracterizar o contacto com os doentes com Esquizofrenia. Daqui decorre a dificuldade em compreender o sujeito, em fazer representar os seus pensamentos e as suas emoções. A dificuldade em compreender a Esquizofrenia advém de múltiplos factores, nomeadamente a necessidade de conjecturar todos os sintomas característicos da patologia e a sua conseqüente relação com a personalidade e vivência única de cada doente. Estes aspectos também fazem sobressair a multicausalidade existente na etiopatogenia da Esquizofrenia, como referem os modelos de vulnerabilidade para a Esquizofrenia (Saoud & Dumas, 2001).

No encontro com a história de vida de Álvaro é importante perceber o cruzamento que existe entre aspectos que se podem associar à natureza orgânica do distúrbio (perspectiva evolutiva de Kraepelin), e acontecimentos de vida circunspectos a uma envolvimento e suporte afectivo familiar pobre, denotando a natureza ambiental do distúrbio (perspectiva fenomenológica e existencial de Jaspers). Neste caso surgem

elementos particulares que podem ajudar na reflexão, tais como o facto, da mãe de Álvaro referir, acerca do parto, que o filho tinha nascido de “face” (sic). No genograma, também se pode constatar a consanguinidade entre os pais (primos em 1º grau). Estes aspectos poderão ou não ser significativos, mas acrescem particularidades distintivas que por sua vez, podem estar associados a uma possível causalidade orgânica do distúrbio.

Nos aspectos vivenciais, surge proeminente o acidente de motorizada sofrido por Álvaro aos dezassete anos de idade, o que lhe provocou um confronto e adaptação a uma situação física dolorosa (intervenções cirúrgicas) e psicológica (alteração da imagem corporal), razão da deficiência da perna direita. Este evento constitui, um elemento de fulcral importância no decorrer da vida de Álvaro, pois sabe-se que este episódio foi vivido com muita angústia e revolta pelo doente “ gritava dizendo que tinha ficado deficiente” (sic) e, segundo a mãe, é sublinhado o facto, de este acontecimento, distinguir na vida do filho dois momentos, o antes e o depois do acidente, “o meu filho era um rapaz normal até ter sofrido o acidente, a partir daqui mudou completamente” (sic). Após o acidente o Álvaro começou a ser seguido no serviço de psiquiatria, devido a comportamentos de agressividade que exibiu desde logo para com o médico ortopedista (história de vida e história do problema). Álvaro nesta altura tinha dezassete anos de idade, corroborando e associando-se à idade média nos homens para o aparecimento dos primeiros episódios psicóticos (APA, 2002). Como também é notado pela mãe (entrevista), o seu comportamento, tornou-se desde aí, mais agressivo em casa (agressões físicas e verbais), retraído, desconfiado, com períodos de maior isolamento familiar e exigências de ordem material. Interessa ressaltar que o Álvaro confidenciou que a sua vida sexual teve início aos quinze anos (Biograma) acrescido ao facto de a mãe referir que o filho era muito procurado por as raparigas “elas é que o procuravam” (sic), o que mais uma vez poderá intensificar a vivência traumática do acidente, podendo ser vivenciada pelo Álvaro como destruidora da sua imagem corporal e sua masculinidade.

Através dos dados da sua história de vida, podemos constatar que o Álvaro iniciou o consumo de tabaco por volta dos onze anos de idade e o consumo de álcool por volta dos doze anos e, segundo o mesmo, “ para ficar mais desinibido e relaxado” (sic), data esta também assinalada pelo falecimento do avô materno. Este acontecimento de vida é merecedor de reflexão, dado que este avô materno surge como uma importante figura de vinculação, segundo os familiares como o “herói” (sic) do Álvaro. Desta

forma, não será abusivo ligar o evento traumático da morte do avô “ chora ao contar factos do avô” (sic) (história de vida e história do problema) ao querer negar, fugir a esta dolorosa realidade pelo inebriamento da consciência através do consumo de álcool. A desinibição e relaxamento que o Álvaro queria encontrar no consumo de álcool e tabaco, não serão já sinais de uma vivência interna angustiante, frágil, com preponderante desagregação e aniquilamento da sua vida interna. Quando questionada, a mãe de Álvaro, acerca de como o filho tinha reagido a este acontecimento de luto, refere que este, não foi ao enterro do avô, mas já não recorda porque motivo. Sobre a comunicação e partilha desta dor refere que não era partilhado “ não falamos nisso, preferi não falar e ele também não falava” (sic). Assim, demonstrando a pouca abertura emocional e suporte afectivo das relações familiares à expressão dos sentimentos de dor, configurando estes, numa espécie de segredo, de tabu, sobre o qual não se fala e cada um vive consigo a sua dor. Semelhante a estas características, é o facto, de actualmente, se constatar o mesmo retraimento na comunicação da mãe de Álvaro com os netos acerca dos afectos negativos, dos problemas da vida. Na comunicação com os netos, sobrinhos de Álvaro, esta refere, que não sabe o que a filha diz aos filhos sobre a doença do tio, mas ela com eles evita falar, denotando-se de novo um fechamento, tabu, falta de ressonância afectiva na partilha das situações dolorosas. Estas informações reflectem ao nível das relações vinculasivas uma comunicação afectiva pobre, falta de um apoio seguro na compreensão dos eventos traumáticos passíveis de causar sofrimento e desorganização psíquica.

O Álvaro ainda hoje mantém o vício do tabaco de uma forma compulsiva/maciça, facto que vai ao encontro dos dados estatísticos que indicam que a dependência de nicotina surge com grande incidência associada aos doentes de esquizofrenia (APA, 2002).

O consumo de liamba e haxixe aos quinze anos de idade também poderão ter sido manifestação de uma tentativa de fuga da realidade, para se abstrair de conteúdos penosos, ou por outro lado, serem elementos precipitantes do seu adoecer.

Outra referência importante para a compreensão deste caso é a interrupção de uma amizade com uma vizinha que o Álvaro mantinha desde os seis anos de idade, sem se saber a data precisa que houve a quebra da relação, mas que se sabe que este, dava grande importância a essa amizade, pois anos mais tarde refere ao técnico de saúde que nunca mais desenvolveu uma amizade com o mesmo teor afectivo (história de vida e

história do problema). Facto que mais uma vez expõe o Álvaro a uma vivência de perda, de sofrimento, de mudança (...).

O suicídio de uma amiga com quem manteria relações sexuais (história de vida e história do problema) e a expressão do sentimento que faz acerca do acontecimento “ não me sinto culpado, (...)” (sic), sugere uma defesa que o Álvaro impõe como forma de não sofrer, de não se implicar. No entanto, ainda que inexplorado e não consentido deliberadamente pelo o Álvaro, este facto, representa outro acontecimento penoso que marca as suas vivências de perda e mudança nas suas relações afectivas.

Por outro lado, a ausência na educação do Álvaro sentida e expressa pelo pai (história de vida e história do problema) e o sentimento que Álvaro nutria por ele, nomeadamente a aparência visual do pai devido talvez à doença deste (cardíaca) que lhe provocava desconforto (história de vida e história do problema infância) surgem como elementos frustrantes que o Álvaro recorda.

Desta forma, todos os eventos traumáticos que nos dá conta a história de vida do Álvaro; a morte do avô, o suicídio da amiga, o quebrar da relação de amizade com a amiga especial de infância, o consumo de estupefacientes e o acidente podem evocar um contexto desencadeante do seu adoecer, ou seja, o indivíduo pode não se “tornar louco” por uma vivência, mas sim, em ocasiões “por meio” dessa mesma vivência (Schneider, 1962). Estes acontecimentos na vida de Álvaro, mais precisamente a significação que faz deles e a sua reacção podem ter condicionado o viver da designada *Trema* de Conrad (1958, citado por Cardoso, 2002).

Depois destas vivências e seu conteúdo vivencial significativo talvez só tenha restado ao Álvaro a sua fuga da realidade e consequente produção delirante como defesa vital, como forma de não entrar em colapso interno como sugeria Jaspers (1959) acerca da produção delirante, bem como Conrad (1958, citado por Cardoso, 2002) com a *apofania* por ele designada, que representaria a descompressão e alívio daquele que delira. Desta forma, resulta compreensível que após estas vivências *apofânticas* do Álvaro o que se sucede seja um quadro de sintomatologia negativa, um esvaziamento e desintegração da personalidade e o seu potencial como defendia Conrad (1958, citado por Cardoso, 2002) na sua definição de *apocalypse*.

De todos os episódios de manifestação delirante descritos na história de vida do Álvaro, tais como, por exemplo, as ordens que recebia de um tal “Super-comandante” sendo Álvaro um “Súbdito-extraterrestre”, o momento em que tentou atacar o pai, o incidente no café entre outros conteúdos e exteriorizações delirantes podemos encontrar

conexões compreensíveis, as quais nos ensinam, como expõe Jaspers (1959), a relação existente entre o conteúdo do delírio e as vivências anteriores, sem nunca nos ensinar, contudo, de que modo, em geral, ocorrem os delírios e as falsas percepções. Esta ideia é reforçada também por Schneider (1962), quando refere que a ocorrência delirante não surge subitamente do nada, senão que se vai elevando lenta ou bruscamente e através de um campo prévio de suspeitas obscuras, de pressentimentos, de vacilações, até um nível de certeza mais ou menos constante (Schneider, 1962).

De acordo com os vários conteúdos dos delírios, presentes no adoecer esquizofrénico em Álvaro, a predominância aponta para os delírios persecutórios e de grandeza. Através do acompanhamento psicoterapêutico observou-se que o Álvaro expressa muitos sentimentos de desconfiança em relação às pessoas que com ele contactam “ os médicos estavam a falar de mim, querem-me dar mais medicamentos para me colocarem como um doente que não se mexe lá da enfermaria” (sic). Estes sentimentos de desconfiança manifestos nestas ideias delirantes, encontram-se, por outro lado, associados ao sentimento e delírio de grandeza que o Álvaro conjectura ao perceber-se como uma pessoa muito rica e importante, razão pela qual se tornam plausíveis as ideias de perseguição e de prejuízo em relação aos outros. A relação existente entre o delírio de perseguição e o delírio de grandeza revela determinada compreensibilidade à temática delirante, reciprocidade, elevação e rebaixamento da pessoa e podem, por último, serem entendidos como duas facetas de um mesmo distúrbio da imagem de si e dos outros (Gaupp, s/d, citado por Jaspers, 1959; Georgieff, 1995 & Jaspers, 1959).

Em relação aos dispositivos de avaliação cognitiva que foram administrados ao Álvaro, e salvaguardando o facto de poder ter ocorrido o efeito de aprendizagem, visto terem sido utilizados anteriormente noutra avaliação realizada com o doente, não se depreendem resultados significativos de forma geral ao nível de défices cognitivos que comumente se encontram relacionados com a esquizofrenia (APA, 2002), à excepção dos resultados da prova de memória (HVL-T) que se mostram deficitários. No entanto, estes resultados também podem relacionar-se com a falta de atenção pontual para a execução da tarefa requerida, pelo efeito da medicação neuroléptica ou, por outro lado, de uma forma correlativa indicarem défices decorrentes e inerentes ao curso da patologia.

Álvaro na elaboração que faz sobre a sua doença revela falta de crítica e *insight* “eu não sou como os doentes daqui, eu não preciso de psicólogo para nada, eu estou

aqui para me esconder das pessoas que me querem fazer mal” (sic). Esta apreciação revela que Álvaro envolve na sua compreensão da doença, a sua vivência delirante, desenvolvendo um sistema delirante. O sentimento de mal-estar somático e a consciência de alteração psíquica, tal como indica Jaspers (1959), se percebem, frequentemente, como consequência de influências torturantes de toda a sorte, contra as quais o sujeito inventa meios defensivos, sobretudo, contra a influência corpórea.

Por último, nesta análise compreensiva importa dedicar especial atenção à aptidão do Álvaro para o desenho sendo um aspecto interessante quanto aos significados subjacentes podendo estes, comunicar elementos importantes acerca das suas vivências. Por outro lado a aptidão de Álvaro para o desenho é importante como aspecto considerativo na avaliação da sua capacidade cognitiva. Desta forma os seus desenhos surgem como um bom indicador, ao nível da sua capacidade intelectual.

Nos desenhos de Álvaro (Anexo3.) facilmente se observam determinadas características como a exactidão, o apuro, a necessidade de efeitos exagerados e acentuados, as estereotipias de certas formas curvas, os arredondamentos ou traçados rectilíneos que dão a todas as imagens notável parecença, ao mesmo tempo que impressionam pela primitividade, pela clareza da forma expressiva, pela audácia dos significados sinistros como Jaspers (1959) ressalva em relação aos desenhos dos doentes com Esquizofrenia relativamente prendados. Outro aspecto relevante, é a forte tendência para a acentuação de conteúdos sexuais (Anexo3C.), que podem representar o que Jaspers (1959) postula como o impulso a representar a totalidade, a essência das coisas.

Na observação dos desenhos de Álvaro surge a frequência de algumas temáticas de inspiração como por exemplo, o gosto por desenhar rostos, corpos sexuados, objectos bélicos, aviões, carros, barcos, entre outras. Estas temáticas de inspiração permitem de certa forma, compreender as suas influências, interesses, sentimentos, ao fim ao cabo o cruzamento com a sua história de vida. O desenho de rostos como foi referido anteriormente, como representação e expressão da afectividade do Álvaro; o desenho de corpos sexuados como expressão de fantasias e erotismo; o desenho de material bélico como ressonância da influência e afectividade do Álvaro pelo avô.

Por outro lado, este aspecto também pode representar um potencial ao nível da reabilitação e ocupação necessária para estes doentes, tal como Alves (2002) refere quando pressupõe a necessidade que estes doentes têm de se sentirem úteis produzindo acções que lhe devolvam um sentimento de realização, de auto-estima, em suma de bem

estar. Segundo Jaspers (1959), a vida psíquica está constantemente a construir-se através das mais variadas formas de exteriorização.

Em síntese, ressalva dizer desta história de vida, que o Álvaro podendo apresentar vulnerabilidade constitucional para a Esquizofrenia, ainda teve que enfrentar eventos dolorosos que podem ter despoletado a sua vulnerabilidade. Acresce ainda o ambiente familiar envolvente, que em muitos aspectos se pode observar que não terá sido um suporte de influência positiva. Na entrevista com a mãe é notório que esta se sente mais segura com o filho internado “ele ás vezes pede para ficar aqui em casa, mas eu e a minha filha fazemos com que ele vá para o hospital, pois se ele ficasse ia voltar tudo como no passado”(sic) sobressaindo que é algo mais motivado sob um prisma pessoal ou como se tentasse negar esconder a doença do filho sem pensar no que realmente é melhor para o filho.

III PARTE – CONCLUSÃO

Conclusão

A Esquizofrenia é uma patologia complexa caracterizada pela sua heterogeneidade clínica e evolutiva. A sua etiologia e patofisiologia ainda são desconhecidas. Desta forma, entende-se a dificuldade em definir de uma forma inequívoca a Esquizofrenia, admitindo-se a controvérsia nosográfica na unidade da Esquizofrenia (Esquizofrenia/Esquizofrenias). No entanto, os contributos de diversos mestres configuram um ganho inestimável na compreensão e explicação da patologia.

Assim, esta dissertação pretende contribuir para a compreensão desta temática dando continuidade ao estudo e à investigação que este domínio merece para ajudar os doentes, os familiares, os profissionais de saúde e em geral a sociedade para intervir sem as consequências do desconhecimento e do estigma.

Na actualidade, a compreensão e análise da Esquizofrenia integra factores biológicos e factores do meio quanto à sua etiologia, numa lógica multicausal, sem determinismos de ordem biológica ou de ordem ambiental. Somente assim se pode ter

uma perspectiva global de todos os aspectos envolvidos no processo mórbido da patologia.

A análise compreensiva da história de vida do Álvaro permite observar a influência de vários factores envolvidos no seu adoecer, podendo associar-se, em parte, à natureza orgânica do distúrbio e, por outro lado, à natureza ambiental. A particularidade da consanguinidade existente entre os pais (primos em 1º grau), a particularidade do nascimento de Álvaro e características ao nível da personalidade dos pais poderão ser aspectos mais associados à possível vulnerabilidade constitucional do participante. Por outro lado, através da análise da sua história de vida são muitos os eventos passíveis de terem fragilizado o Álvaro e, conseqüentemente, desencadearem o seu adoecer. O acidente, os momentos de luto, particularmente o falecimento do avô importante figura de vinculação afectiva para o Álvaro, e o suicídio da amiga parecem ser de fundamental importância na compreensão dos elementos precipitantes para desenvolver a patologia. A associação entre a vulnerabilidade existente e os acontecimentos de vida traumáticos e a falta de um suporte afectivo positivo, configuram um contexto facilitador para uma vivência interna desestruturada, fragmentária terminando no eclodir de crises psicóticas.

A observação de Álvaro permite salientar que as conseqüências da evolução prolongada da doença se situam mais ao nível da patologia do *self* evidenciada na falta de crítica e *insight* sobre a doença e na actividade delirante residual. Os conteúdos delirantes reflectem a predominância de temáticas de índole persecutória e de grandeza. Desta forma, as conseqüências do curso evolutivo da doença, de acordo com os dados obtidos na avaliação psicométrica permitem-nos referir que o Álvaro não mostra no geral, défices significativos ao nível da capacidade cognitiva. No entanto, alguns défices, particularmente ao nível da memória, podem estar associados ao uso prolongado da medicação antipsicótica. Por outro lado, a aptidão de Álvaro para o desenho é caracterizada como um bom indicador da sua capacidade intelectual e como uma forma alternativa a ter em conta na sua reabilitação.

Apesar de termos optado por esta metodologia – estudo de caso – por nos parecer permitir dar conta da complexidade da Esquizofrenia, não podemos deixar de salientar a impossibilidade de generalizar os dados/informações obtidos, pelo que as conclusões têm que ficar circunscritas a esta “história”.

Não obstante, esta “história” permitiu-nos compreender de um modo holístico este caso em concreto e, sem pretendermos ser pretensiosos, solidificar uma compreensão abrangente acerca do universo da Esquizofrenia.

Bibliografia

- Alferes, V. R.(1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Alves, F. (org) (2001). *Acção Social na Área da Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- APA (2000). *Directrizes no Tratamento da Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- APA. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barlow, D. & Hersen, M. (1982). *Single case experimental designs strategies for studying behaviour change*. New York: Plenum Press.
- Bergeret, J. (2000). *A Personalidade Normal e Patológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brandt, J. & Benedict, B.H.R. (2001) *Hopkins Verbal Learning Test Revised*. U.S.A: Psychological Assessment Resources.
- Bravo, R. S. (1985). *Técnicas de investigación social: Teoria y Ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Brito – Silva. (2005). *Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5: 15-24.
- Cardoso, M. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cordeiro, D.J. (1986). *Manual de Psiquiatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dalery, J.; D`Amato, T. & Col. (2001). *A Esquizofrenia investigações actuais e perspectivas*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Delgado, M. J. & Guitiérrez, J.(2007). *Métodos Y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y.S.(Org.)(2000). *Handbook of Qualitative Research, 2ª Ed.* Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Ey, H; P, Bernard, Ch, Brisset. (2001). *Manuel de Psychiatrie, 6ª Ed.* Paris: Masson.
- Fernandez, A. (1979). *Fundamentos da Psiquiatria Actual*. Madrid: Editora Paz Montalvo.
- Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia (I vol.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. F. (1987). *Psiquiatria e Psicopatologia (II vol.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Georgieff, N. (1995). *A Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Goffman, E. (1963). *Estigma, Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Golden, J.C (2001). *Manual Stroop: Test de Cores Y Palabras*. Madrid: Tea Ediciones, Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Gonçalves – Pereira, M., Xavier, M. & Fadden, G.(2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 2 (XXV): 241-255.
- Gonçalves - Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona – Correia, B. & Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia: dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19:1-8.

Heaton, R.; Chelune, J.; Talley, L.; Kay, G. & Curtiss, G. (2001). *Manual Test de Classificación de tarjetas de Wisconsin*. Madrid: Tea Ediciones, Publicaciones de Psicología Aplicada.

Jaspers, K. (1957). *Psicopatologia Geral* (I vol.). São Paulo: Atheneu.

Jaspers, K. (1959). *Psicopatologia Geral* (II vol.). São Paulo: Atheneu.

Kastrup, E. (2005). *A Utilidade da Avaliação Multiaxial no trabalho de Reabilitação de Pacientes com Perturbações Crônicas*, in Maj, M. & Sartorius, N. (2005). *Esquizofrenia*. São Paulo: Artmed Editora.

Kraepelin, E.(2004). *A Demência Precoce* (1ª parte). Lisboa: Climepsi Editores.

Lacaz – Sargo, F., Bressan – Affonseca, R. & Mello – Freijó, M. (2005). A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos. *Revista Psiquiatria*, 27 (3): 252-261.

Lopez, I. (1963). Prefácio. In *Psicopatología Clínica*. Madrid: Editorial Paz Montalvo.

Maj, M. & Sartorius, N. (2005). *Esquizofrenia*. São Paulo: Artmed Editora.

Marques Teixeira, J. (2003). *Défice Cognitivo na Esquizofrenia*. Dos Consensos às Incertezas. Linda - a - Velha: Vale & Vale Editores.

Marques Teixeira, J.(2005). *Manual de Avaliação da Disfunção Cognitiva na Esquizofrenia*. Linda- a- Velha: Vale & Vale Editores.

Martins, G. (2006). *Estudo de Caso. Uma estratégia de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.

Martins, G.A. (2006). *Estudo de Caso Uma Estratégia de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

May, T. (2004). *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Moreno, C. A. (2000). *Guía Terapéutica de las Esquizofrenias*. Barcelona: Masson.

Neuchterlein, K. & Dawson, M. (1984). “A heuristic vulnerability/ stress model of schizophrenic episodes” in *Oxford Journals*. England: Oxford University Press.

Olié, J – P. & Sapadone, C. (1993). *As Novas Faces da Loucura*. Coleção Epistemológica e Sociedade. Lisboa: Instituto Piaget.

Oliveira, P. S. (2001). Aspectos metodológicos de um estudo de caso de psicose. *Análise Psicológica*, 3 (XIX): 399-415.

Pessoa, F. (2000). *O Livro do Desassossego*. Linda-a-Velha: Abril/Controljornal Edipress.

Pio Abreu, J. L.(1994). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Reitan, R. H. & wolfson, D. (1995). Category Test and Trail Making Test as measures of Frontal Lobe functions. *The Clinical Neuropsychologist*, 9: 50-56.

Ruiz, P. (2005). *A Conceitualização de Transtornos Psiquiátricos Debilitantes de Longa Duração*, in Maj, M. & Sartorius, N. (2005) *Esquizofrenia*. São Paulo: Artmed Editora

Saoud, M. & Dumas, P.(2001). Modelos de Vulnerabilidade à Esquizofrenia, in Dalery, J.; D`Amato, T. & Col. (2001). *A Esquizofrenia investigações actuais e perspectivas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Schneider, K. (1962). *Psicopatología Clínica*. Madrid: Editorial Paz Montalvo.

Stake, R.(2000). *Case Studies*, in Denzin & Lincoln (Org.) (2000) *Handbook of Qualitative Research*, 2ª Ed.

Visotsky, A. (2005). *Os efeitos tóxicos do estigma*, in Maj, M. & Sartorius, N. (2005) *Esquizofrenia*. São Paulo: Artmed Editora.

Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Editora Cultrix. Wechsler, D. (1997b).

Wechsler Memory Scale- 3º Edition. San Antonio, Tx: The Psychological Corporation.

Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and methods*. London: Sage Publications.

Zipursky, R. & Schulz, S. (2003). *As Fases Iniciais da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Anexo 1

Pedidos de Autorização

Conteúdo:

1A. Pedido de autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Conde de Ferreira e respectivo deferimento

2B. Consentimento informado da mãe do doente para a realização da entrevista

1A. Excelentíssima Comissão de Ética do Centro Hospitalar Conde Ferreira,

Andreia Marcela Nogueira de Almeida finalista do curso de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, segundo o enquadramento da reforma educativa de Bolonha, no Centro Hospitalar Conde Ferreira com a supervisão da Dr.^a Carla Pimentel, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para a realização do estudo de dissertação de Mestrado, sob a orientação da Mestre Sónia Alves da Universidade Fernando Pessoa. Este é um estudo de caso, cujo objectivo é o de aprofundar a informação biopatográfica do utente Severino Amândio Guerreiro Xaves Guimarães residente neste hospital que foi por mim acompanhado no âmbito do estágio curricular.

Deste modo, será sistematizada a informação recolhida nas consultas semanais ao utente, articulada com a leitura e análise do processo arquivado na enfermaria, será ainda integrada a informação recolhida numa entrevista realizada à mãe do utente e preenchida uma ficha de anamnese á mãe do utente. Ao utente será, ainda administrada a Bateria de Avaliação Cognitiva Estandardizada Conde de Ferreira – Forma Abreviada (ACECF- fa), após solicitação referente ao consentimento informado e esclarecido de quem representa legalmente o utente.

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos.

Pedido de Deferimento

(Andreia Almeida)

Porto, 25 de Setembro de 2008



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO
CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

CES-CHCF

Na reunião regular de 06/01/09 da CES-CHCF foi avaliado e dado parecer positivo ao pedido formulado pela psicóloga Andreia N. Nogueira Almeida de recolha de dados biopatográficos do doente

PARECER DA CES-CHCF :

A Comissão de Ética é de parecer nada a opor ao requerimento apresentado pela psicóloga Andreia M. Nogueira Almeida para apresentação de dados biopatográficos do doente em contexto exclusivo de intervenção curricular e pedagógica em forma de dissertação de tese de Mestrado, cumpridos o rigor dos consentimentos informados necessários.

Espera esta Comissão ulterior entrega do trabalho realizado

Porto, 06/01/09

Pel Presidente da CES-CHCF


Dra Luísa Ramos


Consentimento Informado

Andreia Marcela Nogueira de Almeida, aluna finalista de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, vem solicitar o seu consentimento para a colaboração num estudo, com o intuito de realizar o trabalho de Dissertação de Mestrado.

A colaboração neste estudo consiste no preenchimento de uma ficha de anamnese acerca do utente ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, residente no Centro Hospitalar Conde Ferreira.

A sua participação no estudo é inteiramente voluntária e toda a informação recolhida durante a entrevista será estritamente utilizada para fins de investigação.

Eu _____
aceito colaborar no projecto de investigação.

Assinatura:  _____

Data: 11 de Novembro de 2008

Anexo2

Dispositivos de avaliação cognitiva

Conteúdo:

2A. Teste de Cores e Palavras (STROOP)

2B. Hopkins Verbal learning – Revised Test

2C. Trail Making Test (TMT)

2D. Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

2E. Sub- provas da Wechsler (Sequência Letra – Número/ Sequência Espacial)

1 de Outubro de 2008

STROOP

Código: _____
Data: ____/____/____
Resp.: _____

	PD	PT
P	73	33
C	44	26
PC	30	35
$\frac{P \times C}{P+C} = PC'$	27,4	
PC - PC' = INTERF.	2,6	52

T.A: 45¹₂

Não abra a folha até que lhe seja indicado

Vermelho	Azul	Verde	Vermelho	Azul
Verde	Verde	Vermelho	Azul	Verde
Azul	Vermelho	Azul	Verde	Vermelho
Verde	Azul	Vermelho	Vermelho	Azul
Vermelho	Vermelho	Verde	Azul	Verde
Azul	Verde	Azul	Verde	Vermelho
Vermelho	Azul	Verde	Azul	Verde
Azul	Verde	Vermelho	Verde	Vermelho
Verde	Vermelho	Azul	Vermelho	Azul
Azul	Verde	Verde	Azul	Verde
Verde	Vermelho	Azul	Vermelho	Vermelho
Vermelho	Azul	Vermelho	Verde	Azul
Verde	Vermelho	Azul	Vermelho	Verde
Azul	Azul	Vermelho	Verde	Vermelho
Vermelho	Verde	Verde	Azul	Azul
Azul	Azul	Vermelho	Verde	Vermelho
Vermelho	Verde	Azul	Vermelho	Verde
Verde	Vermelho	Verde	Azul	Azul
Vermelho	Azul	Vermelho	Verde	Vermelho
Verde	Vermelho	Verde	Azul	Verde

Vermelho	Azul	Verde	Vermelho	Azul
Verde	Verde	Vermelho	Azul	Verde
Azul	Vermelho	Azul	Verde	Vermelho
Verde	Azul	Vermelho	Vermelho	Azul
Vermelho	Vermelho (X)	Verde	Azul	Verde
Azul	Verde	Azul	Verde	Vermelho
Vermelho	Azul	Verde	Azul	Verde
Azul	Verde	Vermelho	Verde	Vermelho
Verde	Vermelho	Azul	Vermelho	Azul
Azul	Verde	Verde	Azul	Verde
Verde	Vermelho	Azul	Vermelho	Vermelho
Vermelho	Azul	Vermelho	Verde	Azul
Verde	Vermelho	Azul	Vermelho	Verde
Azul	Azul	Vermelho	Verde	Vermelho
Vermelho	Verde	Verde	Azul	Azul
Azul	Azul	Vermelho	Verde	Vermelho
Vermelho	Verde	Azul	Vermelho	Verde
Verde	Vermelho	Verde	Azul	Azul
Vermelho	Azul	Vermelho	Verde	Vermelho
Verde	Vermelho	Verde	Azul	Verde

1 Out. 2008

HVLT-R (F1)

Código: _____
Data: ____ / ____ / ____
Resp.: _____

Instruções dos Ensaios de Aprendizagens

Ensaio 1

Diga o seguinte:

“Vou-lhe ler uma lista de palavras. Ouça cuidadosamente, porque depois disso gostaria que me dissesse o maior número de palavras que conseguir lembrar-se.

Pode dizer-mas por qualquer ordem.

Está pronto?”

- Repita ou parafraseie as instruções, se necessário;
- Leia as palavras numa escala de aproximadamente uma palavra por cada dois segundos;
- Se o indivíduo não reflectir espontaneamente as palavras após a última ser lida, diga o seguinte:

“Muito bem, agora diga-me tantas palavras quantas conseguir lembrar-se”

- Registe as respostas (incluindo repetições e intrusões) na coluna do ensaio 1. Quando o indivíduo indicar não conseguir recordar-se de mais nenhuma palavra, prossiga para o ensaio 2.

Ensaio 2

Diga o seguinte:

“Agora vamos tentar de novo. Eu vou-lhe ler a mesma lista de palavras. Ouça cuidadosamente e diga-me o maior numero de palavras que conseguir lembrar-se, por qualquer ordem, incluindo todas as palavras que me disse da primeira vez.”

Use o mesmo procedimento que no ensaio 1 para registar as respostas na coluna para o ensaio 2. Em seguida prossiga para o ensaio 3.

Ensaio 3

Diga o seguinte:

“Eu vou-lhe ler a mesma lista mais uma vez. Como anteriormente, gostava que me dissesse todas as palavras que conseguir recordar, em qualquer ordem, incluindo todas as palavras que já me disse.”

Registe as respostas na coluna para o exemplo 3 usando o mesmo procedimento dos exemplos prévios.

Nota: Não revele ao examinado que a repetição das palavras será testada posteriormente.

Instruções do Ensaio de Recordação Retardada

Ensaio 4

Após 20-25 minutos, diga o seguinte:

“Lembra-se da lista de palavras que tentou aprender anteriormente?”

Se a resposta for “Não”, lembre ao indivíduo que lhe leu uma lista três vezes e que, a ele ou a ela, foi pedido que repetisse as palavras uma de cada vez. Diga o seguinte:

“Diga-me todas as palavras que conseguir recordar.”

Forma 1

Categorias semânticas: Animais, quadrúpedes, pedras preciosas, habitações humanas

Lista de palavras	Ensaio de Aprendizagem			Ensaio de Repetição Retardada (20-25min.)
	Ensaio 1	Ensaio 2	Ensaio 3	Ensaio 4
Leão				
Esmeralda				
Cavalo				
Tenda				
Safira				
Hotel				
Cave				
Opala				
Tigre				
Pérola				
Vaca				
Barraca				
Total de respostas correctas:	3	5	8	7

Tempo final ensaio 3: _____

Tempo inicial ensaio 4: _____

Instruções do Ensaio de Reconhecimento Tardio

O reconhecimento tardio (escolha forçada) é administrado imediatamente depois da repetição retardada. Diga o seguinte:

“Agora vou-lhe ler uma longa lista de palavras. Algumas delas pertencem à lista original, outras não. Depois de eu ler cada palavra, gostaria que me dissesse “Sim” se estiver na lista original e “Não” se não estiver.”

Leia as palavras da lista de reconhecimento tardio numa ordem numérica. Permita ao indivíduo quanto tempo ele precisar para responder. Pode usar a dica:

“Estava cavalo na lista? Sim ou Não?”

O indivíduo deve dar-lhe uma resposta para cada palavra. Se o indivíduo não tiver a certeza, peça-lhe uma suposição.

Ensaio de reconhecimento tardio							
1. Cavalo	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	7. Casa	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	13. Barraca	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	19. Tenda	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N
2. Rubi	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	8. Opala	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	14. Esmeralda	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	20. Montanha	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N
3. Cave	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	9. Tigre	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	15. Safira	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	21. Gato	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N
4. Balão	<input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	10. Barco	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	16. Cão	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	22. Hotel	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N
5. Café	<input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	11. Cachecol	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	17. Apartamento	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	23. Vaca	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N
6. Leão	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	12. Pérola	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	18. Cêntimo	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	24. Diamante	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Número Total de Respostas Verdadeiras Positivas (“hits”): 12 /12 (não sombreado)

Erros Falsos Positivos Relacionados Semanticamente: 6 /6 (sombreado claro)

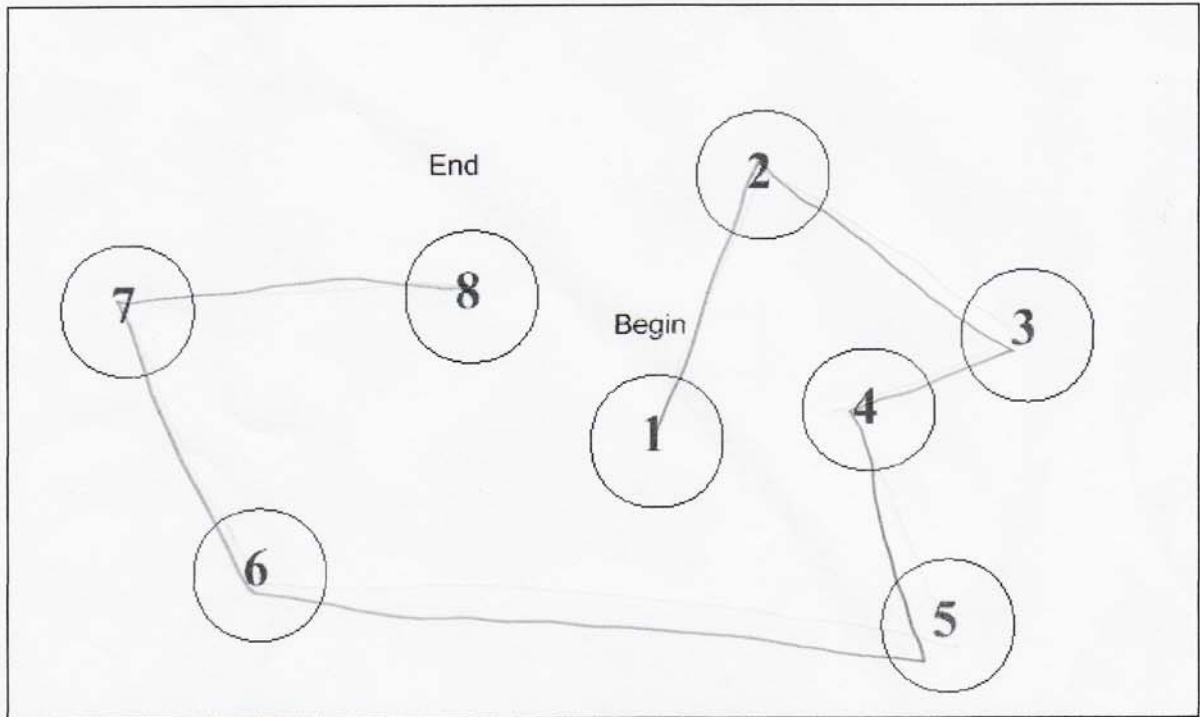
Erros Falsos Positivos Não Relacionados Semanticamente: 4 /6 (sombreado escuro)

Número Total de Erros Falsos Positivos: 10 /12

	Pontuação Bruta	Pontuação T
Recordação total (somatório do total de respostas correctas para os ensaios 1, 2 e 3)	17	23
Recordação Retardada (ensaio 4)	7	35
Retenção (%) [(Ensaio 4/ pontuação mais elevada do Ensaio 2 ou 3) x 100]	87,5	46
Índice de reconhecimento discriminativo (nº total de verdadeiros positivos) – (nº total falsos positivos)	2	≤ 20

Tabela Normativa (Apêndice A): _____

Trail Making (Part A) – *SAMPLE*

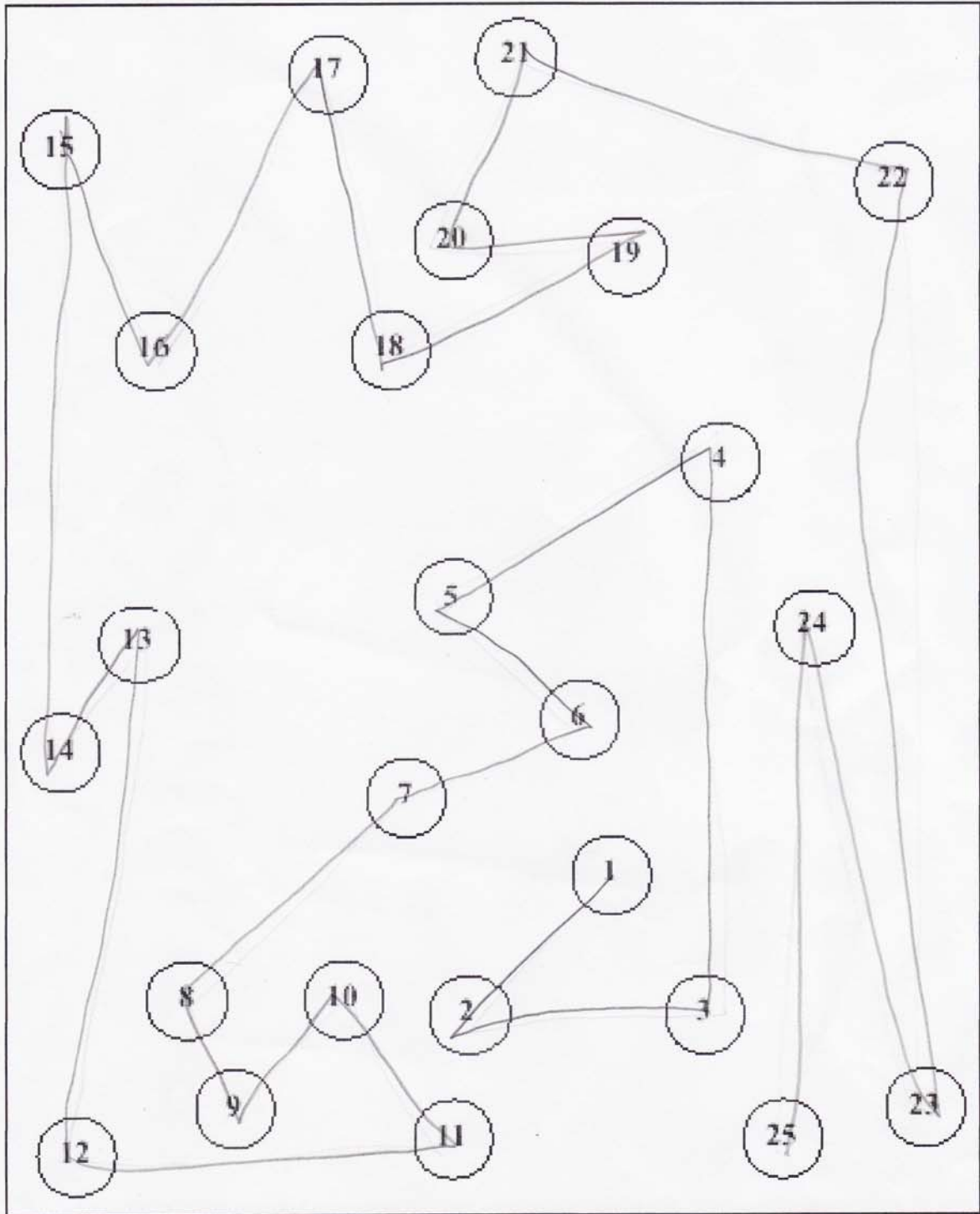


T: 0,35 seg
↳ Deu teo do uódic

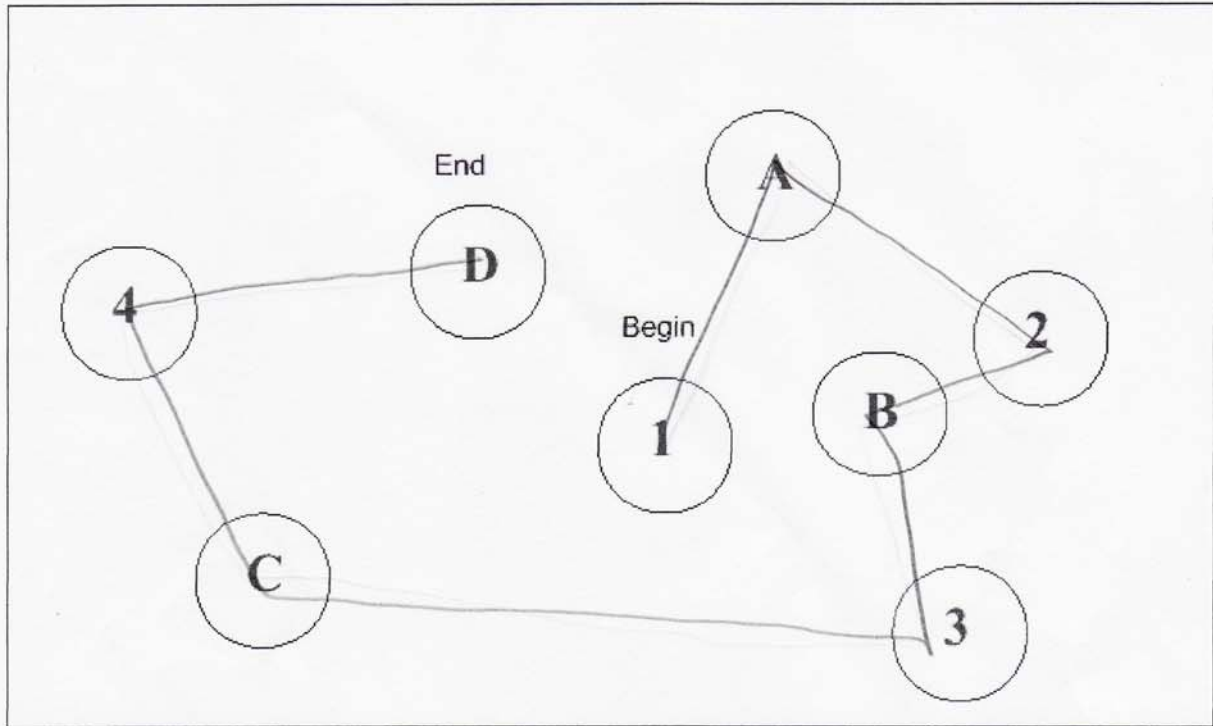
Trail Making (Part A)

Patient's Name: _____

Date: 08 . 10 . 2008



Trail Making (Part B) – *SAMPLE*

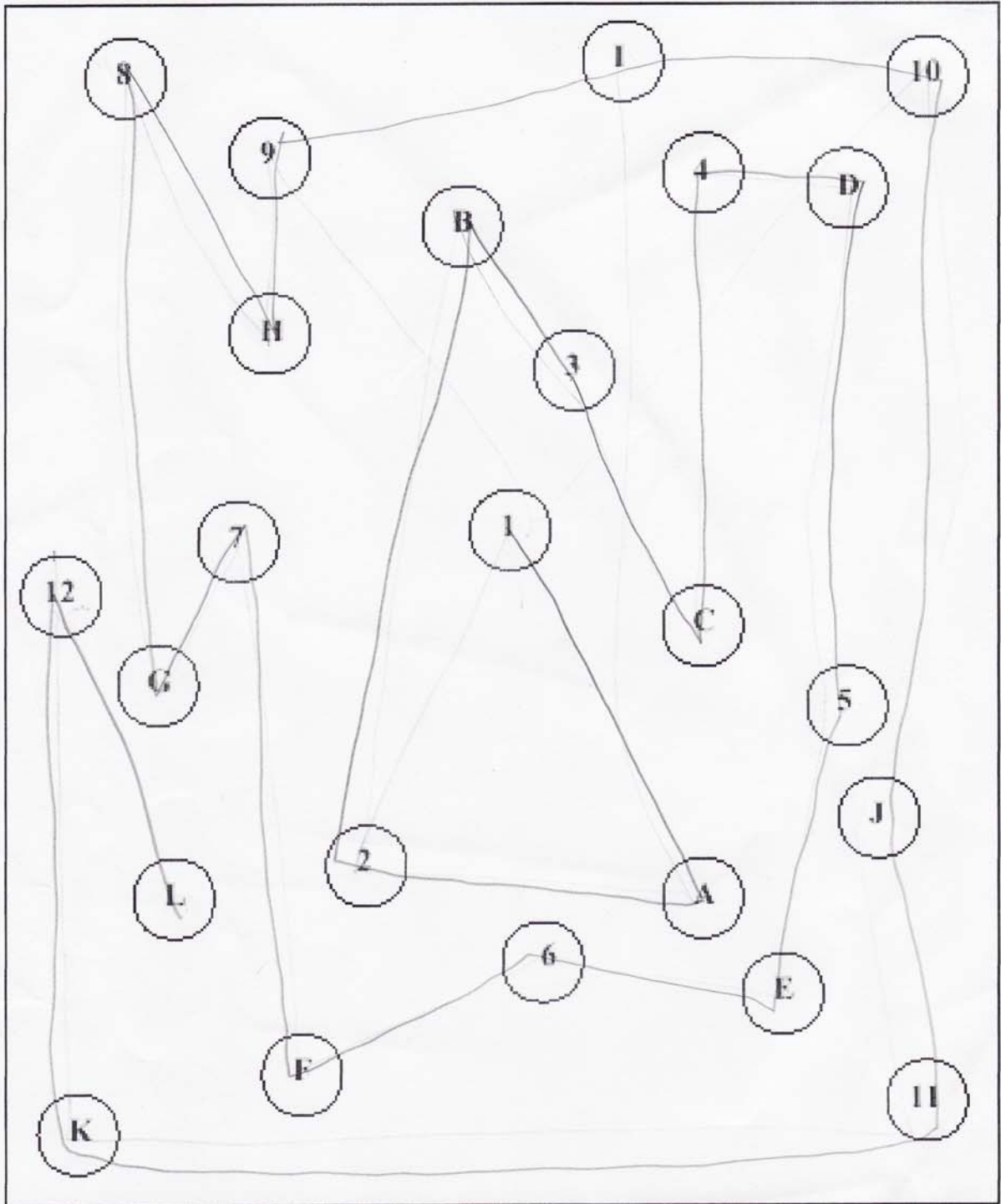


Trail Making (Part B)

Patient's Name: _____

Date: 08.10.2008

TA: 0,59sg



Sequência de Categorias

/// // //
CFN CFN

	1	C	F	N	O
1	2	C	F	N	O
	3	C	F	N	O
	4	C	F	N	O
1	5	C	F	N	O
2	6	C	F	N	O
3	7	C	F	N	O
	8	C	F	N	O
	9	C	F	N	O
	10	C	F	N	O
1	11	C	F	N	O
2	12	C	F	N	O
	13	C	F	N	O
	14	C	F	N	O
1	15	C	F	N	O
2	16	C	F	N	O
	17	C	F	N	O
1	18	C	F	N	O
2	19	C	F	N	O
3	20	C	F	N	O
4	21	C	F	N	O
5	22	C	F	N	O
6	23	C	F	N	O
7	24	C	F	N	O
8	25	C	F	N	O
9	26	C	F	N	O
10	27	C	F	N	O
	28	C	F	N	O
1	29	C	F	N	O
2	30	C	F	N	O
3	31	C	F	N	O
4	32	C	F	N	O

5	33	C	F	N	O
6	34	C	F	N	O
7	35	C	F	N	O
8	36	C	F	N	O
9	37	C	F	N	O
10	38	C	F	N	O
	39	C	F	N	O
1	40	C	F	N	O
2	41	C	F	N	O
3	42	C	F	N	O
4	43	C	F	N	O
5	44	C	F	N	O
6	45	C	F	N	O
7	46	C	F	N	O
8	47	C	F	N	O
9	48	C	F	N	O
10	49	C	F	N	O
1	50	C	F	N	O
2	51	C	F	N	O
3	52	C	F	N	O
4	53	C	F	N	O
5	54	C	F	N	O
6	55	C	F	N	O
7	56	C	F	N	O
8	57	C	F	N	O
9	58	C	F	N	O
10	59	C	F	N	O
	60	C	F	N	O
1	61	C	F	N	O
2	62	C	F	N	O
3	63	C	F	N	O
4	64	C	F	N	O

5	1	C	F	N	O
6	2	C	F	N	O
7	3	C	F	N	O
8	4	C	F	N	O
9	5	C	F	N	O
10	6	C	F	N	O
	7	C	F	N	O
	8	C	F	N	O
1	9	C	F	N	O
2	10	C	F	N	O
3	11	C	F	N	O
4	12	C	F	N	O
5	13	C	F	N	O
6	14	C	F	N	O
7	15	C	F	N	O
8	16	C	F	N	O
9	17	C	F	N	O
10	18	C	F	N	O
	19	C	F	N	O
1	20	C	F	N	O
2	21	C	F	N	O
3	22	C	F	N	O
4	23	C	F	N	O
5	24	C	F	N	O
6	25	C	F	N	O
7	26	C	F	N	O
8	27	C	F	N	O
9	28	C	F	N	O
10	29	C	F	N	O
	30	C	F	N	O
1	31	C	F	N	O
2	32	C	F	N	O

	33	C	F	N	O
1	34	C	F	N	O
2	35	C	F	N	O
3	36	C	F	N	O
4	37	C	F	N	O
5	38	C	F	N	O
6	39	C	F	N	O
7	40	C	F	N	O
8	41	C	F	N	O
9	42	C	F	N	O
10	43	C	F	N	O
	44	C	F	N	O
	45	C	F	N	O
1	46	C	F	N	O
2	47	C	F	N	O
3	48	C	F	N	O
4	49	C	F	N	O
5	50	C	F	N	O
6	51	C	F	N	O
7	52	C	F	N	O
8	53	C	F	N	O
9	54	C	F	N	O
10	55	C	F	N	O
	56	C	F	N	O
1	57	C	F	N	O
2	58	C	F	N	O
3	59	C	F	N	O
4	60	C	F	N	O
5	61	C	F	N	O
6	62	C	F	N	O
7	63	C	F	N	O
8	64	C	F	N	O

1 de Out. 2008

Wisconsin

I. Resumo das Pontuações

Dimensões	Pontuação directa	Pontuação típica	Pontuação T	Pontuação percentil
Nº de itens aplicados	128			
Respostas correctas	117			
Nº total de erros	10	106	54	66
Percentagem de erros	14	114	57	82
Respostas perseverativas	13	102	51	55
Percentagem de respostas perseverativas	10	110	57	75
Erros perseverativos	13	99	49	47
Percentagem de erros perserativos	10	106	54	66
Erros não perseverativos	8	104	53	61
Percentagem de erros não perseverativos	6	110	57	75
Respostas de nível conceptual	101			
Percentagem de respostas de nível conceptual	78	105	53	63

II. Outras Pontuação

	Pontuação directa	Pontuação percentil
Nº de categorias completas	8	716
Tentativas para completar a 1ª categoria	27	1-2
Falhas para manter a atitude	1	716
Aprender a aprender	3,16.670	11-16

Tabelas Normativas Utilizadas

Idade: 40-0 a 49 / Nível educativo:
 11 anos
 11 - 16 anos

III. Cálculo da Pontuação "Aprender a Aprender"

Nº da categoria	Nº de tentativas	Erros	% de erros	Difer. entre % de erros
1	27	9	33,33	
2	11	1	9,090	24,24
3	11	1	9,090	0,24
4	10	0	0	9,090
5	11	1	9,090	0
6	12	2	16,67	-7,58
Diferença média				4,31

8. Sequência Letra-Número

Regra da descontinuidade: depois de resultado 0 para todos os três ensaios do mesmo item
 Registo: todas as respostas verbalizadas
 Regra de Cotação: 0-1 ponto para cada ensaio.

Item / Ensaio	(Resposta Correcta) / Resposta	Pontuação 0 ou 1
1.	Ensaio 1 L-2 (2-L) 2-2	1
	Ensaio 2 6-P (6-P) 6-P	1
	Ensaio 3 B-5 (5-B) 5-B	1
2.	Ensaio 1 F-7-L (7-F-L) 7-F-L	1
	Ensaio 2 R-4-D (4-D-R) 4-D-R	1
	Ensaio 3 H-1-8 (1-8-H) 1-8-H	1
3.	Ensaio 1 T-9-A-3 (3-9-A-T) 3-9-0-T	0
	Ensaio 2 V-1-J-5 (1-5-J-V) 1-5-J-V	1
	Ensaio 3 7-N-4-L (4-7-L-N) 4-7-L-N	1
4.	Ensaio 1 8-D-6-G-1 (1-6-8-D-G) 1-6-8-D-6	1
	Ensaio 2 K-2-C-7-S (2-7-C-K-S) L-7-B-K-L-S	/
	Ensaio 3 5-P-3-Y-9 (3-5-9-P-Y) 5-9-T-Y	/
5.	Ensaio 1 M-4-E-7-Q-2 (2-4-7-E-M-Q) 2-4-7-P-S	/
	Ensaio 2 W-8-H-5-F-3 (3-5-8-F-H-W) 3-5-7-L-H-W	/
	Ensaio 3 6-G-9-A-2-S (2-6-9-A-G-S) 2-5-6-9-H-S	/
6.	Ensaio 1 R-3-B-4-Z-1-C (1-3-4-B-C-R-Z)	
	Ensaio 2 5-T-9-J-2-X-7 (2-5-7-9-J-T-X)	
	Ensaio 3 E-1-H-8-R-4-D (1-4-8-D-E-H-R)	
7.	Ensaio 1 5-H-9-S-2-N-6-A (2-5-6-9-A-H-N-S)	
	Ensaio 2 D-1-R-9-B-4-K-3 (1-3-4-9-B-D-K-R)	
	Ensaio 3 7-M-2-T-6-F-1-Z (1-2-6-7-F-M-T-Z)	

Pontuação total Amplitude 0 a 21

10

1 de Out. 2008

9. Sequência Espacial

Regra da descontinuidade: aplicar a todos ensaios
 Registo: todas as respostas verbalizadas
 Regra de Cotação: 0-1 ponto para cada ensaio.

Dígitos Espaciais Ordem Directa

Item / Ensaio	Resposta	Pontuação 0 ou 1
1. Ensaio 1 3-10	3-10	1
Ensaio 2 7-4	7-4	1
2. Ensaio 1 1-9-3	1-9-3	1
Ensaio 2 8-2-7	8-2-7	1
3. Ensaio 1 4-9-1-6	4-9-1-6	1
Ensaio 2 10-6-2-7	10-6-2-7	1
4. Ensaio 1 6-5-1-4-8	6-5-1-4-8	1
Ensaio 2 5-7-9-8-2	5-7-9-8-2	1
5. Ensaio 1 4-1-9-3-8-10	4-1-9-3-8-10	1
Ensaio 2 9-2-6-7-3-5	9-2-6-7-3-5	1
6. Ensaio 1 10-1-6-4-8-5-7	10-1-6-5-7	0
Ensaio 2 2-6-3-8-2-10-1	2-6-3-2-10	0
7. Ensaio 1 7-3-10-5-7-8-4-9		
Ensaio 2 6-9-3-2-1-7-10-5		
8. Ensaio 1 5-8-4-10-7-3-1-9-6		
Ensaio 2 8-2-6-1-10-3-7-4-9		

Pontuação total da ordem directa Amplitude = 0 a 16

10

Dígitos Espaciais Ordem Inversa

Item / Ensaio	Resposta	Pontuação 0 ou 1
1. Ensaio 1 7-4 (4-7)		1
Ensaio 2 3-10 (10-3)		1
2. Ensaio 1 8-2-7 (7-2-8)		1
Ensaio 2 1-9-3 (3-9-1)		1
3. Ensaio 1 10-6-2-7 (7-2-6-10)		1
Ensaio 2 4-9-1-6 (6-1-9-4)		1
4. Ensaio 1 5-7-9-8-2 (2-8-9-7-5)		1
Ensaio 2 6-5-1-4-8 (8-4-1-5-6)		1
5. Ensaio 1 9-2-6-7-3-5 (5-3-7-6-2-9)		1
Ensaio 2 4-1-9-3-8-10 (10-8-3-9-1-4)		0
6. Ensaio 1 2-6-3-8-2-10-1 (1-10-2-8-3-6-2)		0
Ensaio 2 10-1-6-4-8-5-7 (7-5-8-4-6-1-10)		0
7. Ensaio 1 6-9-3-2-1-7-10-5 (5-10-7-1-2-3-9-6)		
Ensaio 2 7-3-10-5-7-8-4-9 (9-4-8-7-5-10-3-7)		
8. Ensaio 1 8-2-6-1-10-3-7-4-9 (9-4-7-3-10-1-6-2-8)		
Ensaio 2 5-8-4-10-7-3-1-9-6 (6-9-1-3-7-10-4-8-5)		

Pontuação total da ordem inversa Amplitude de 0 a 16

Pontuação total Amplitude = 0 a 32

9

Anexo3

Desenhos

Conteúdo:

3A. Temática: rostos

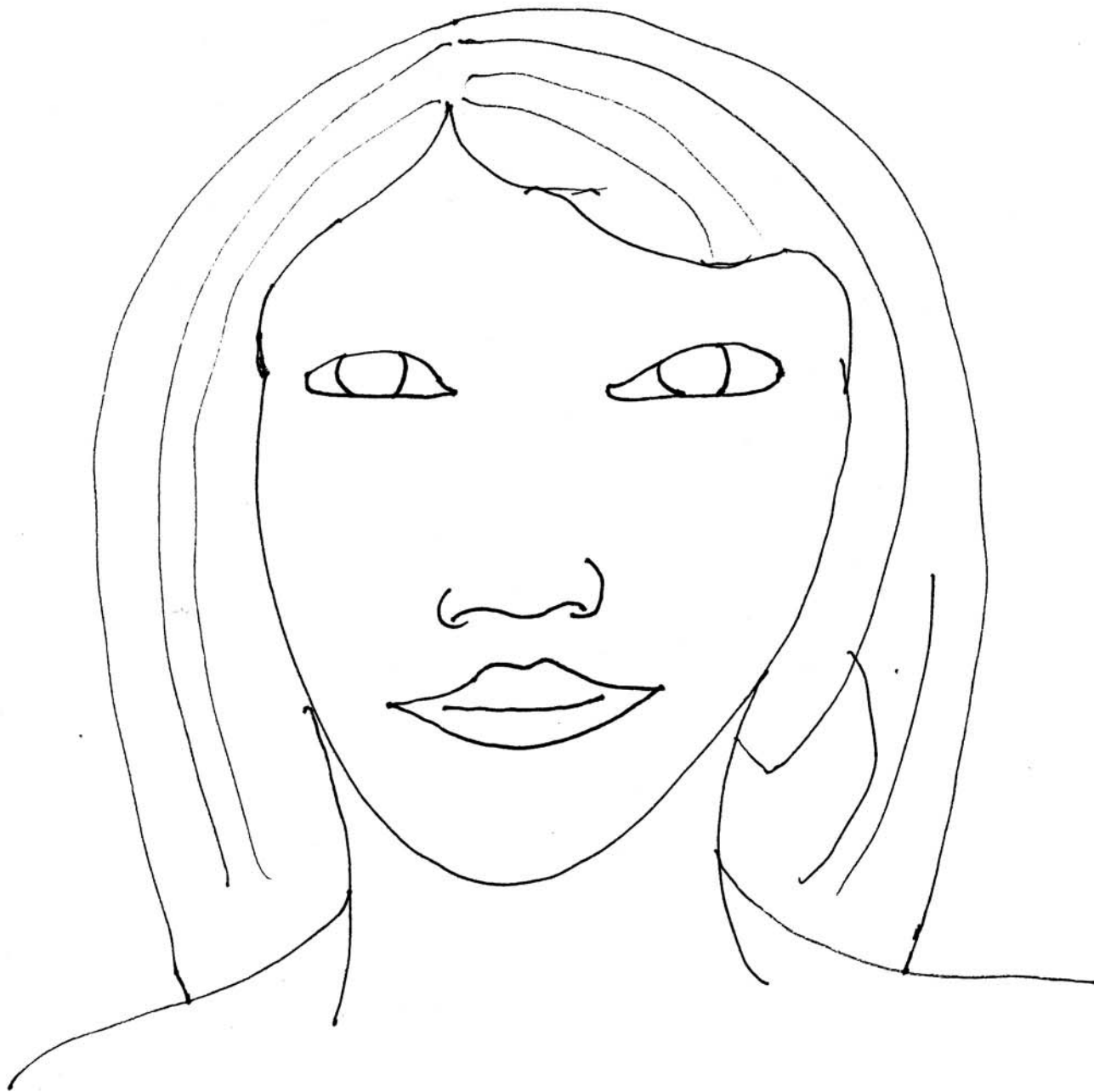
3B. Temática: aviões, barcos, carros e material bélico

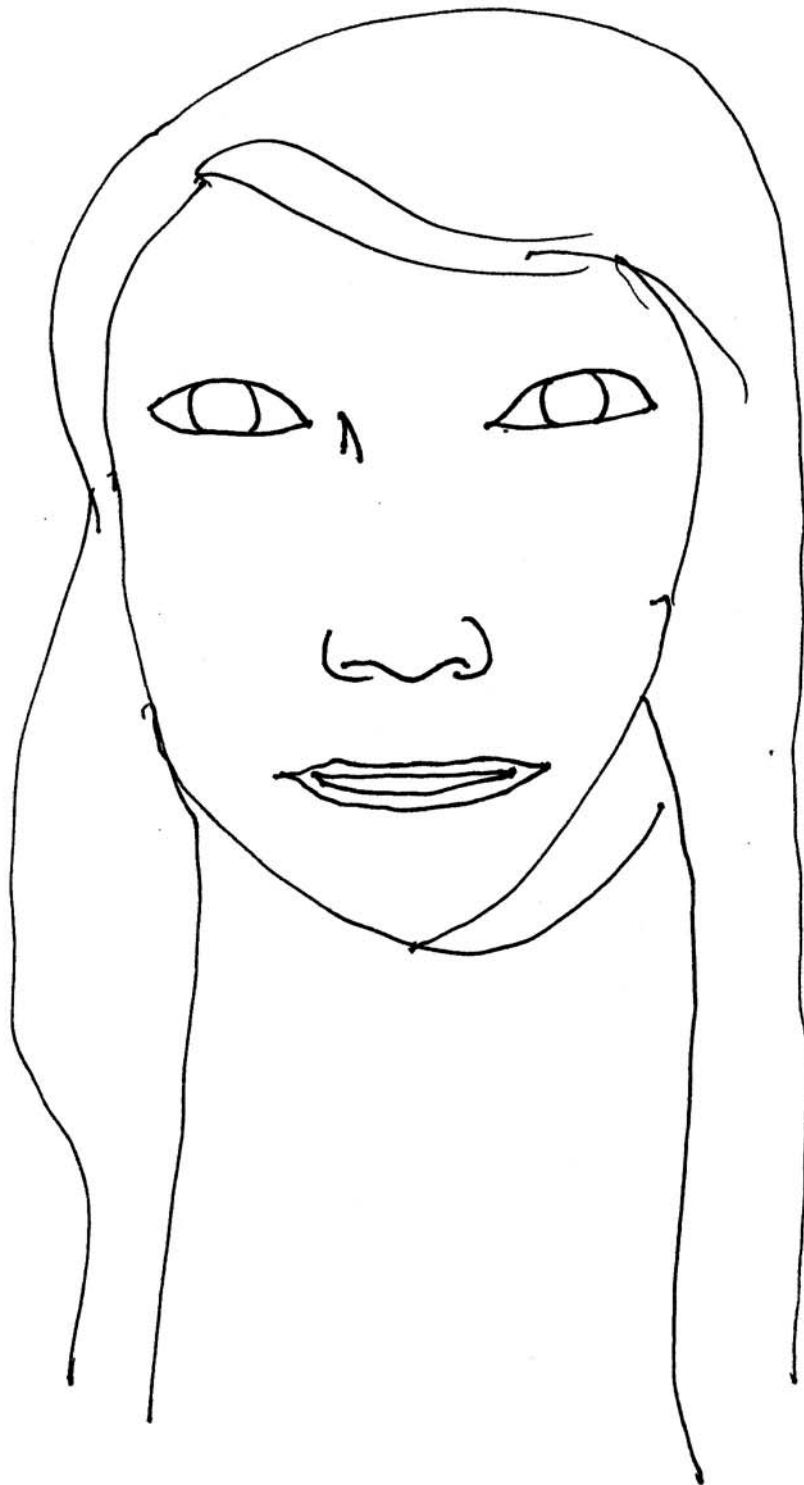
3C. Temática: corpos

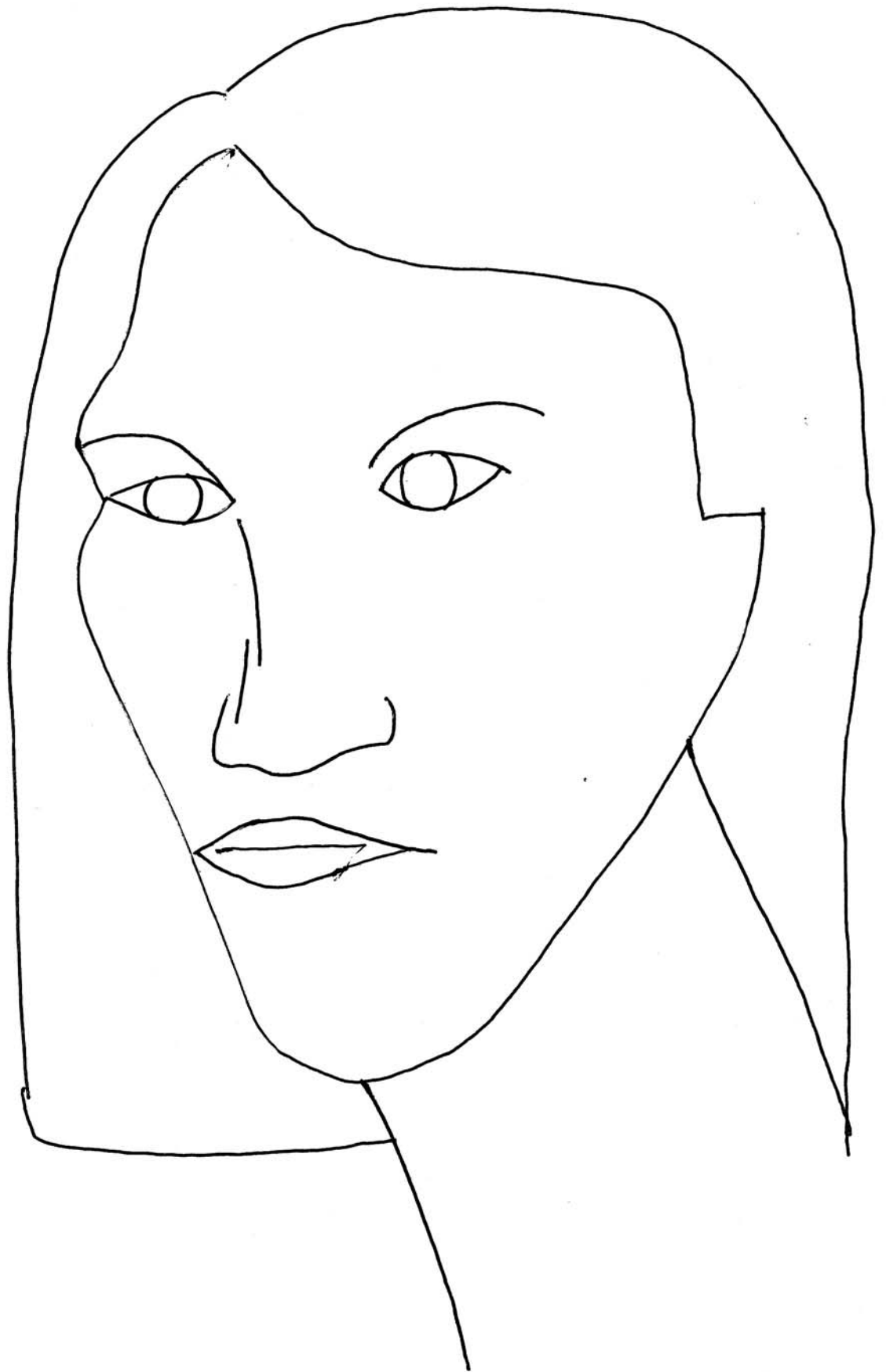
3D. Temática: desenho livre





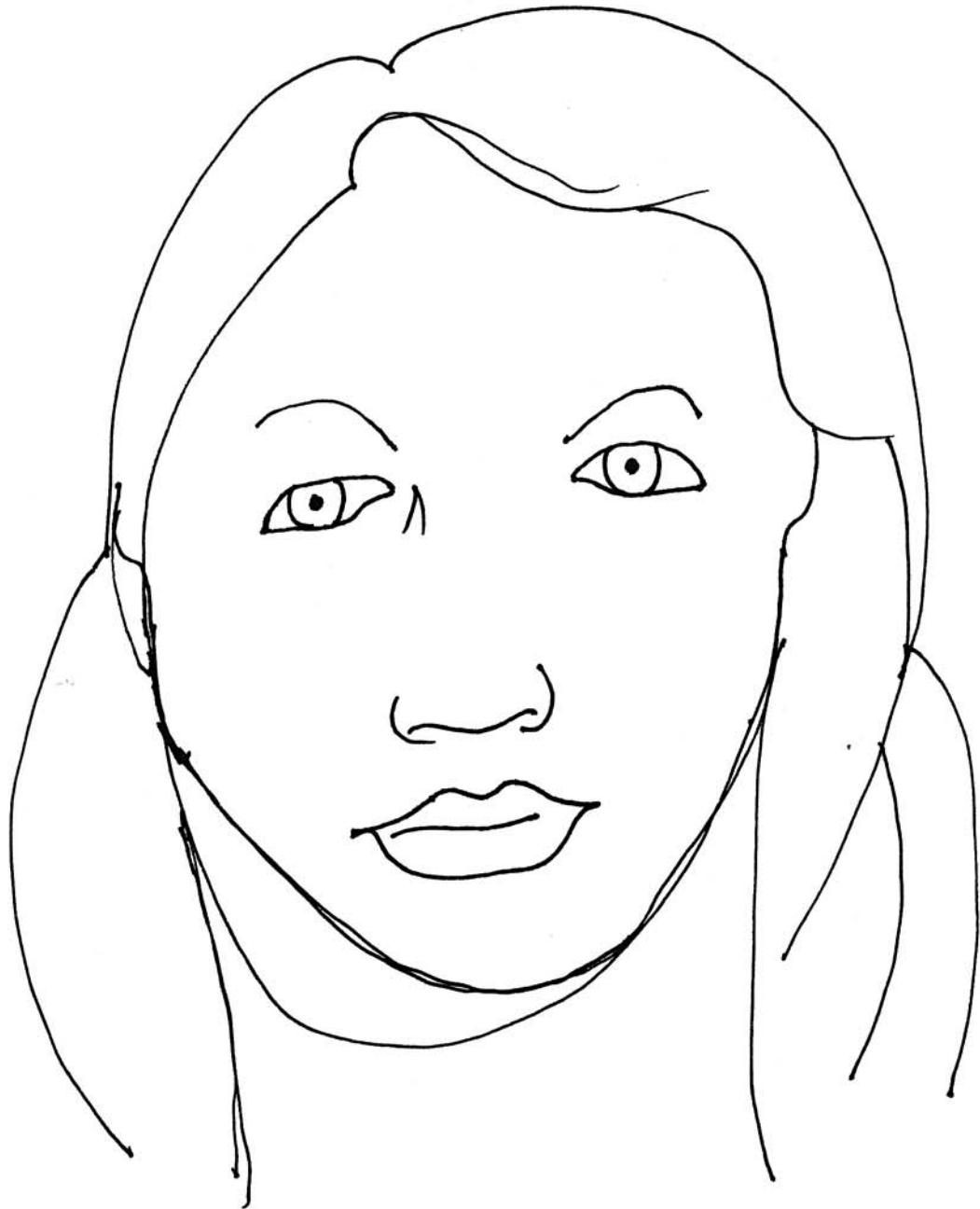




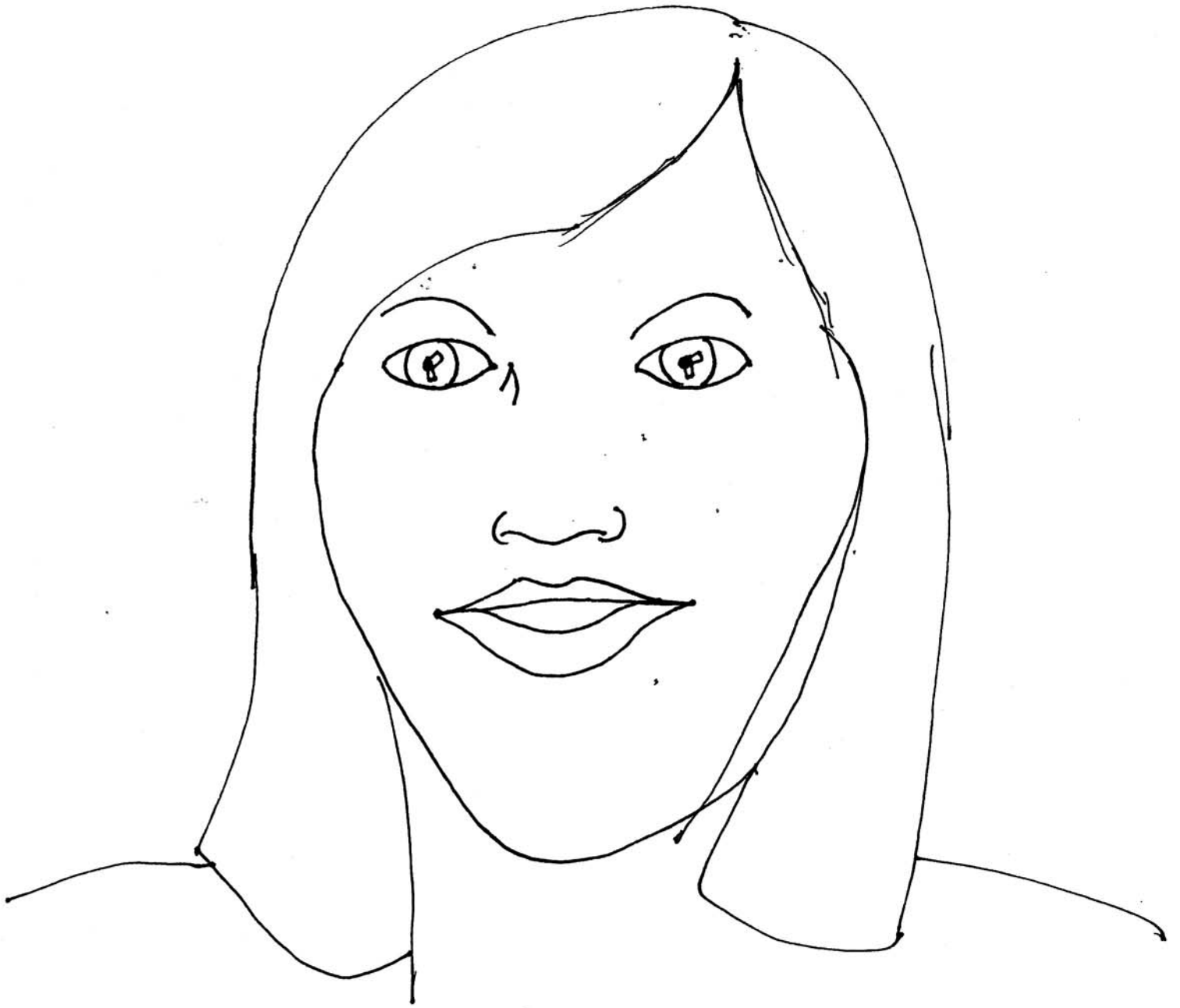


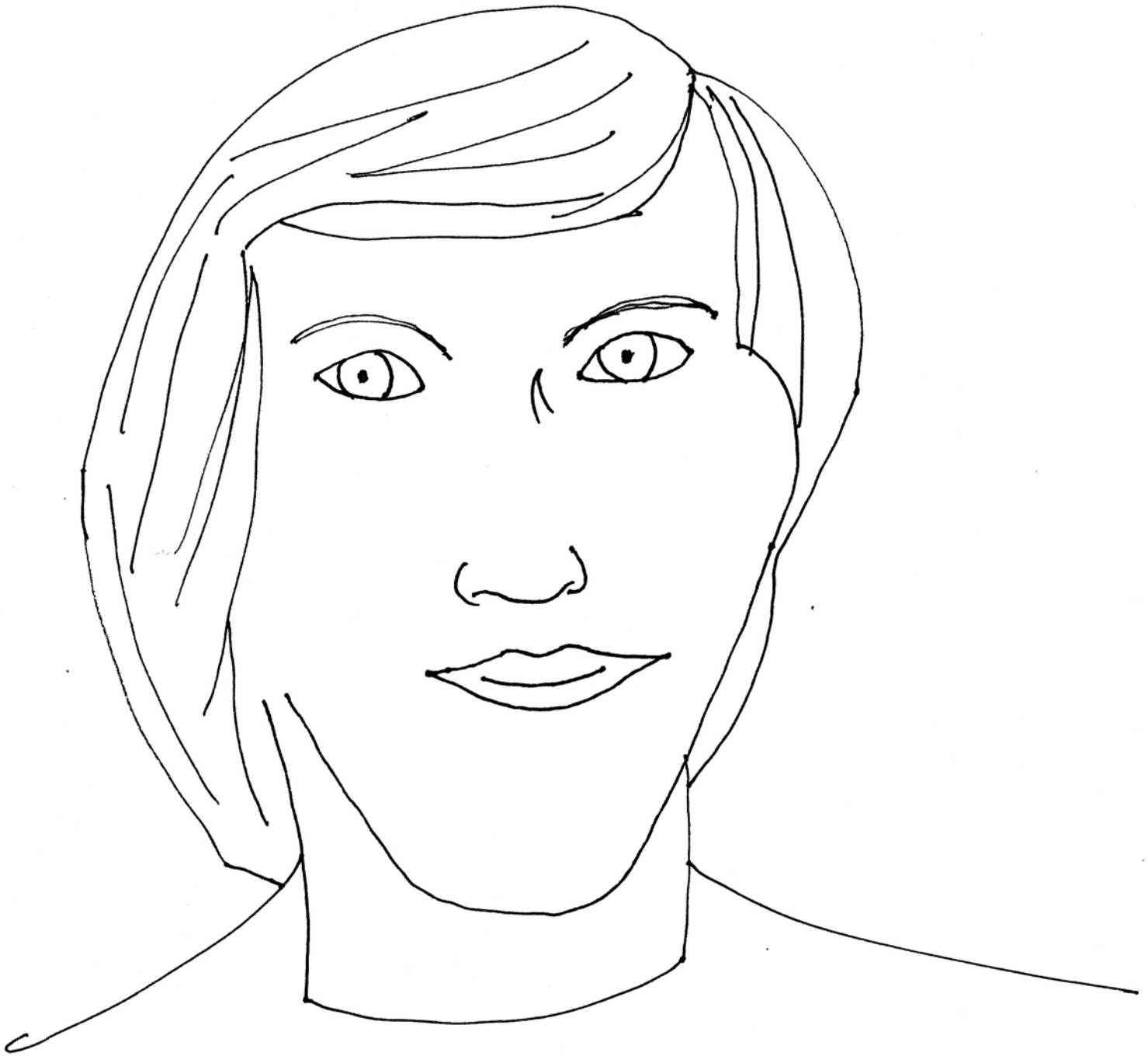


2/11/08

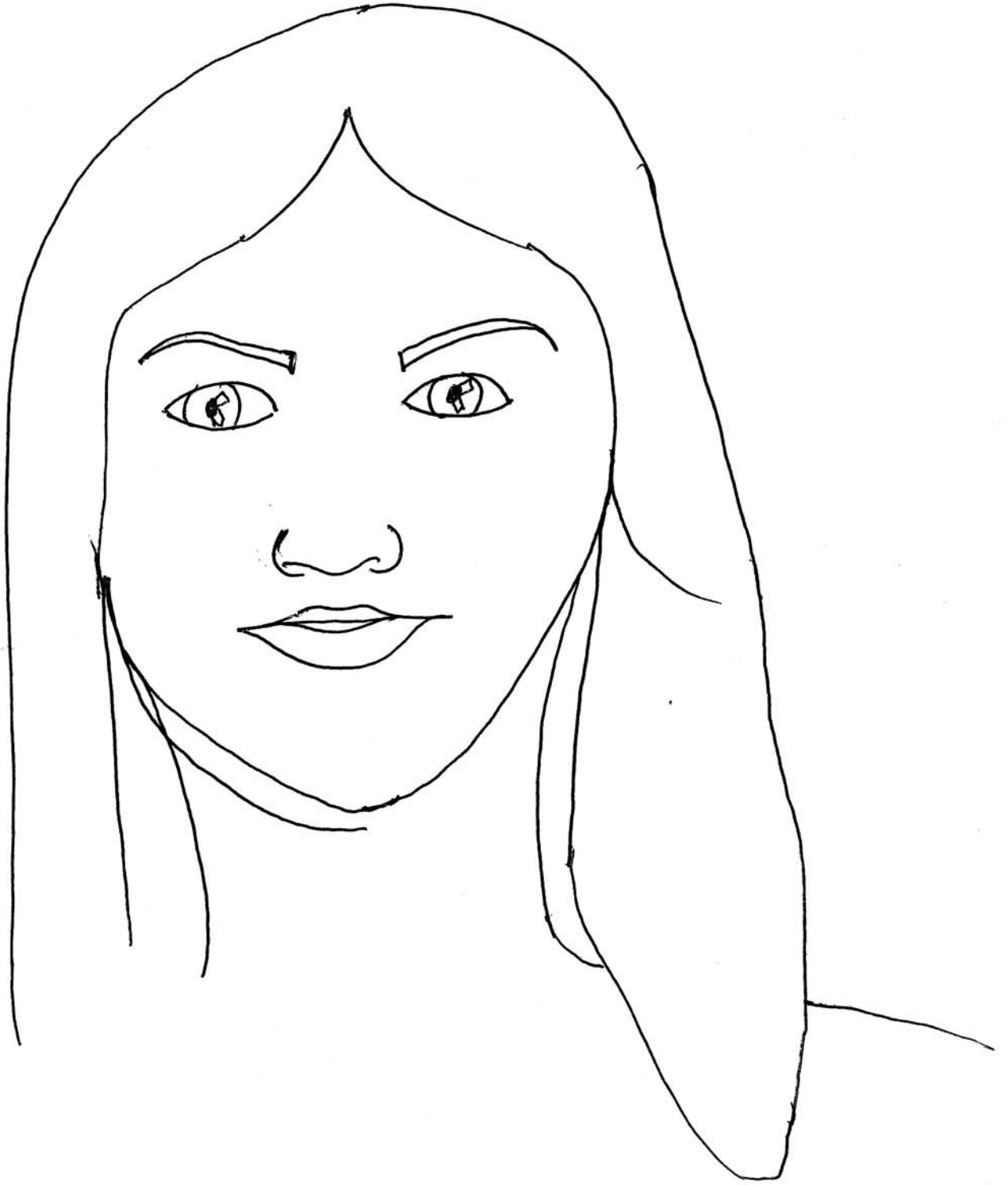


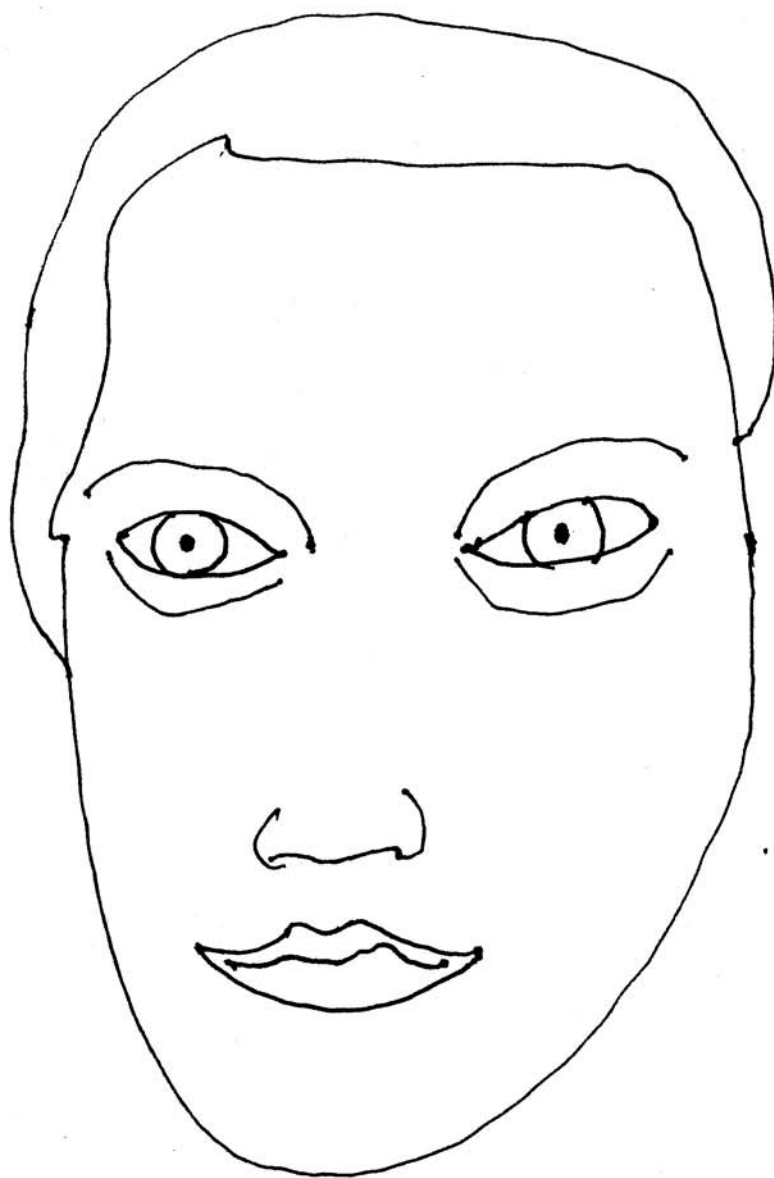
5/11/08



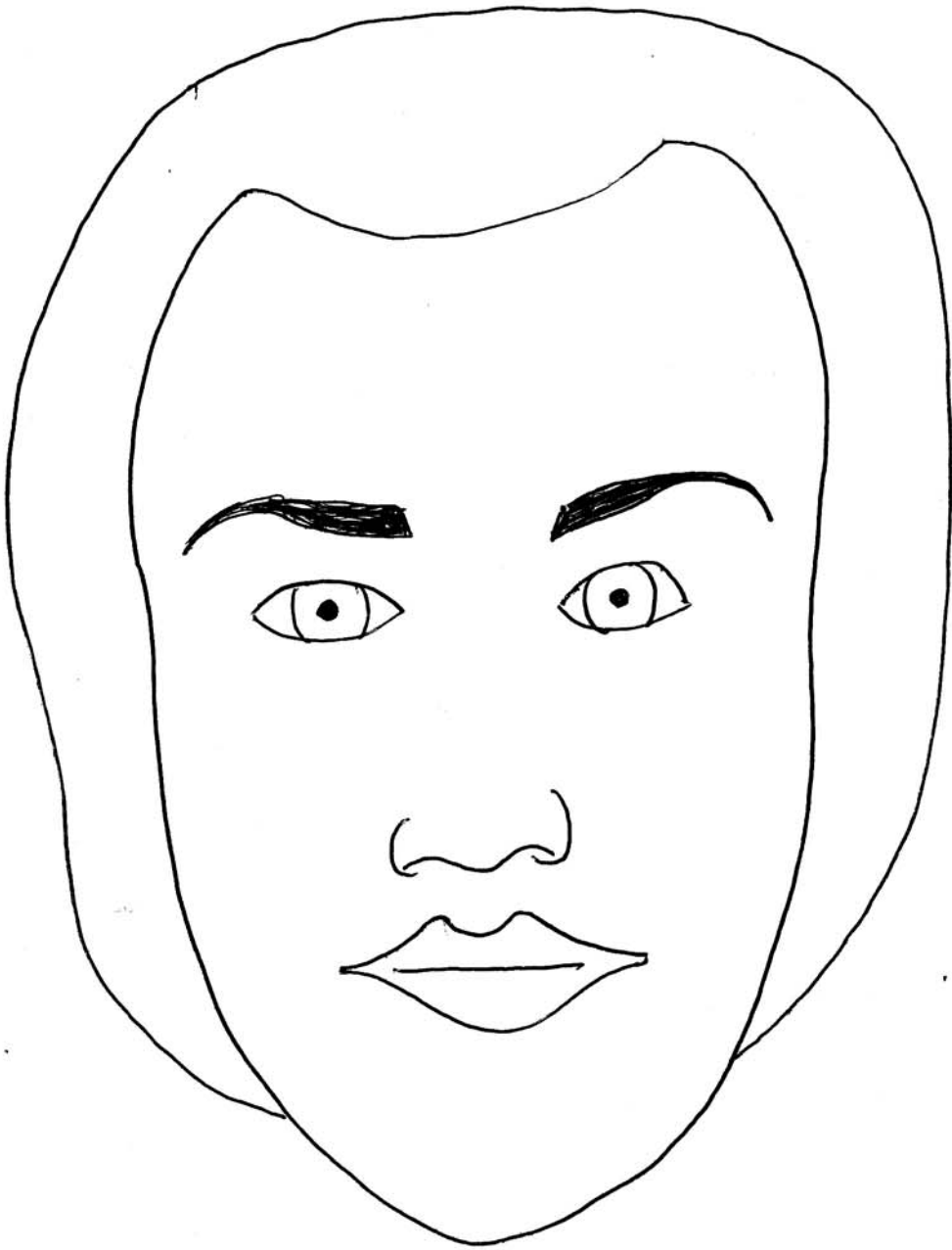


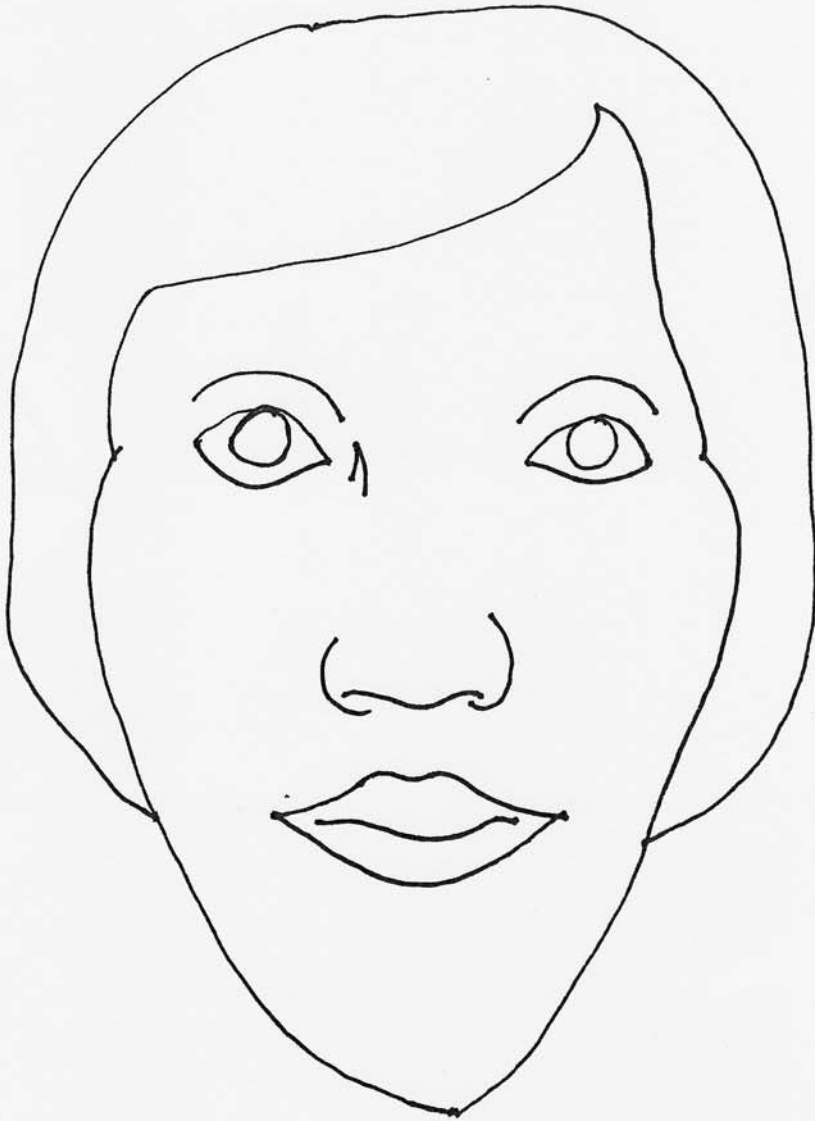
4/11/08

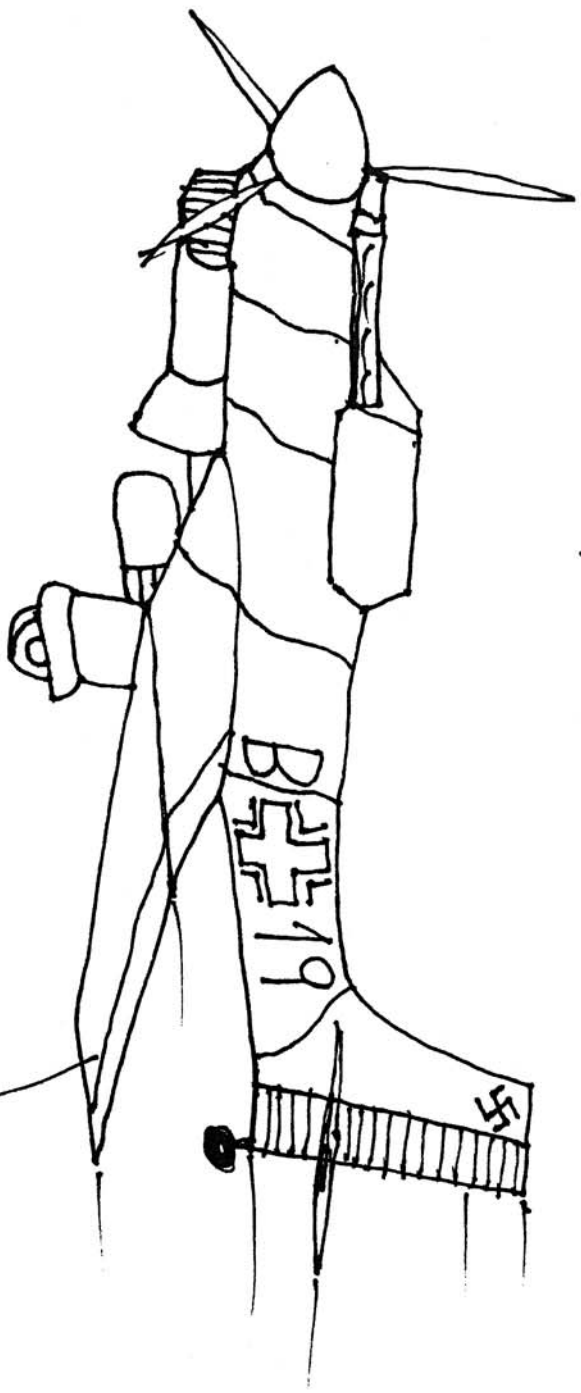




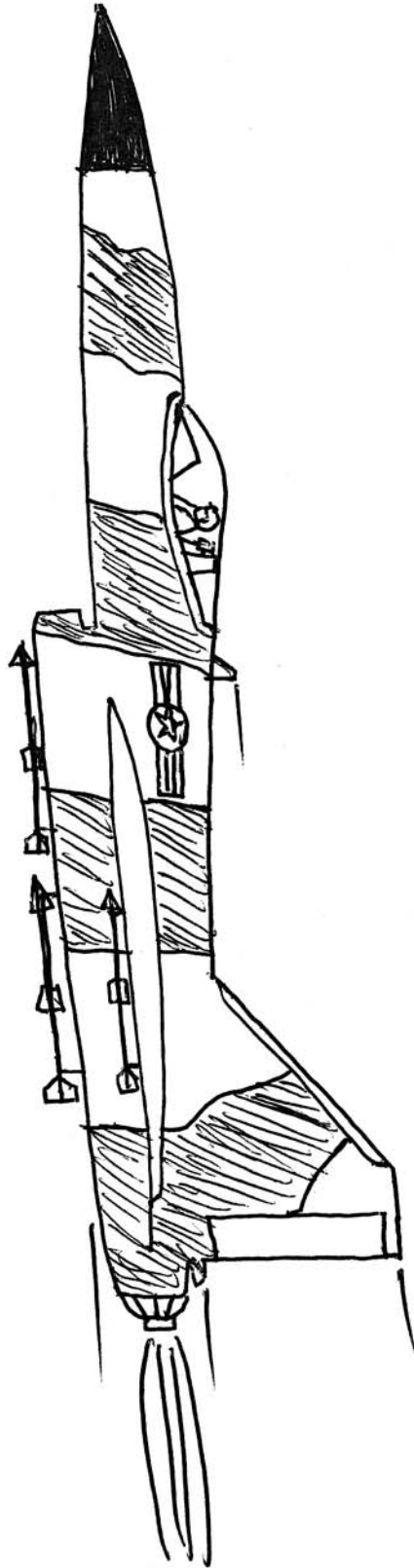
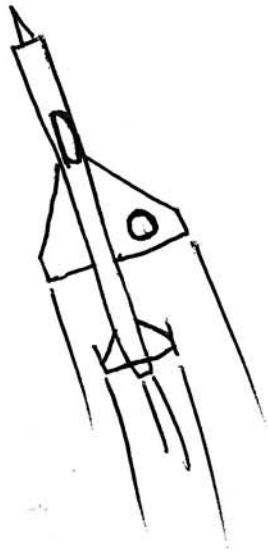
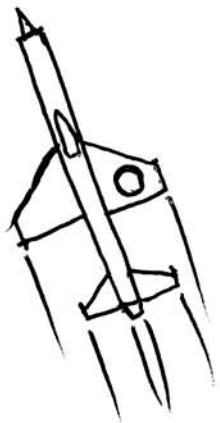
4/11/08



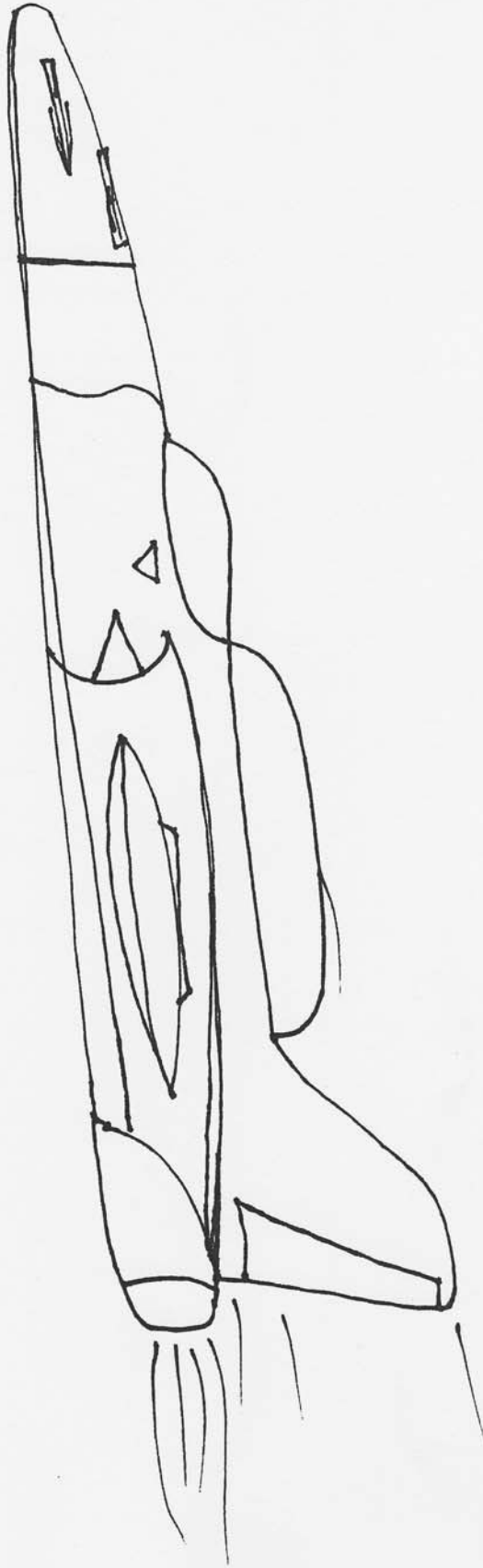


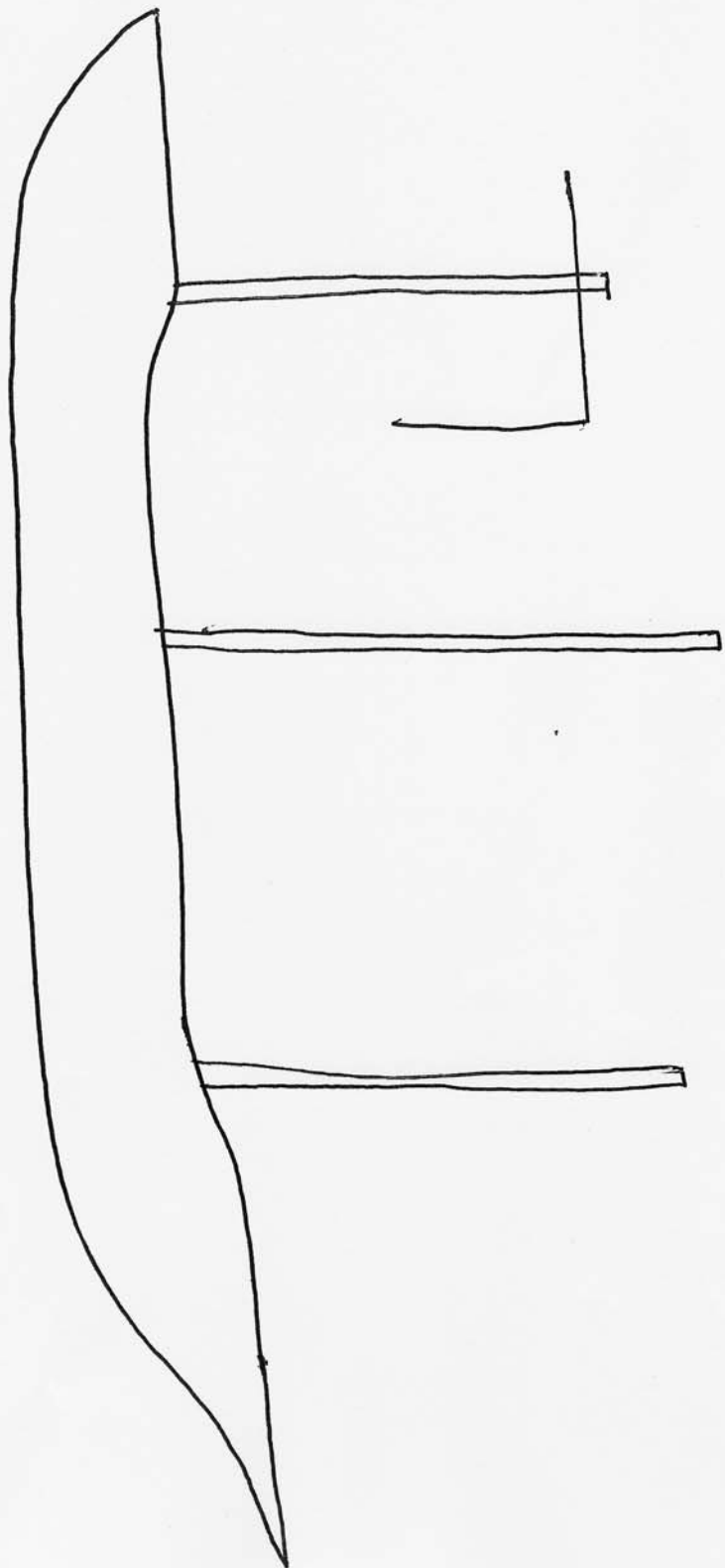


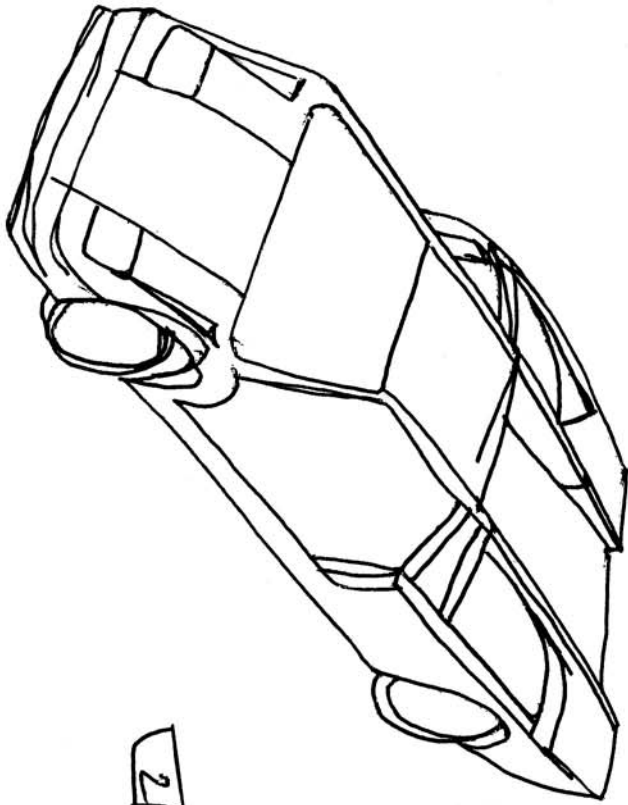
11/11/1917



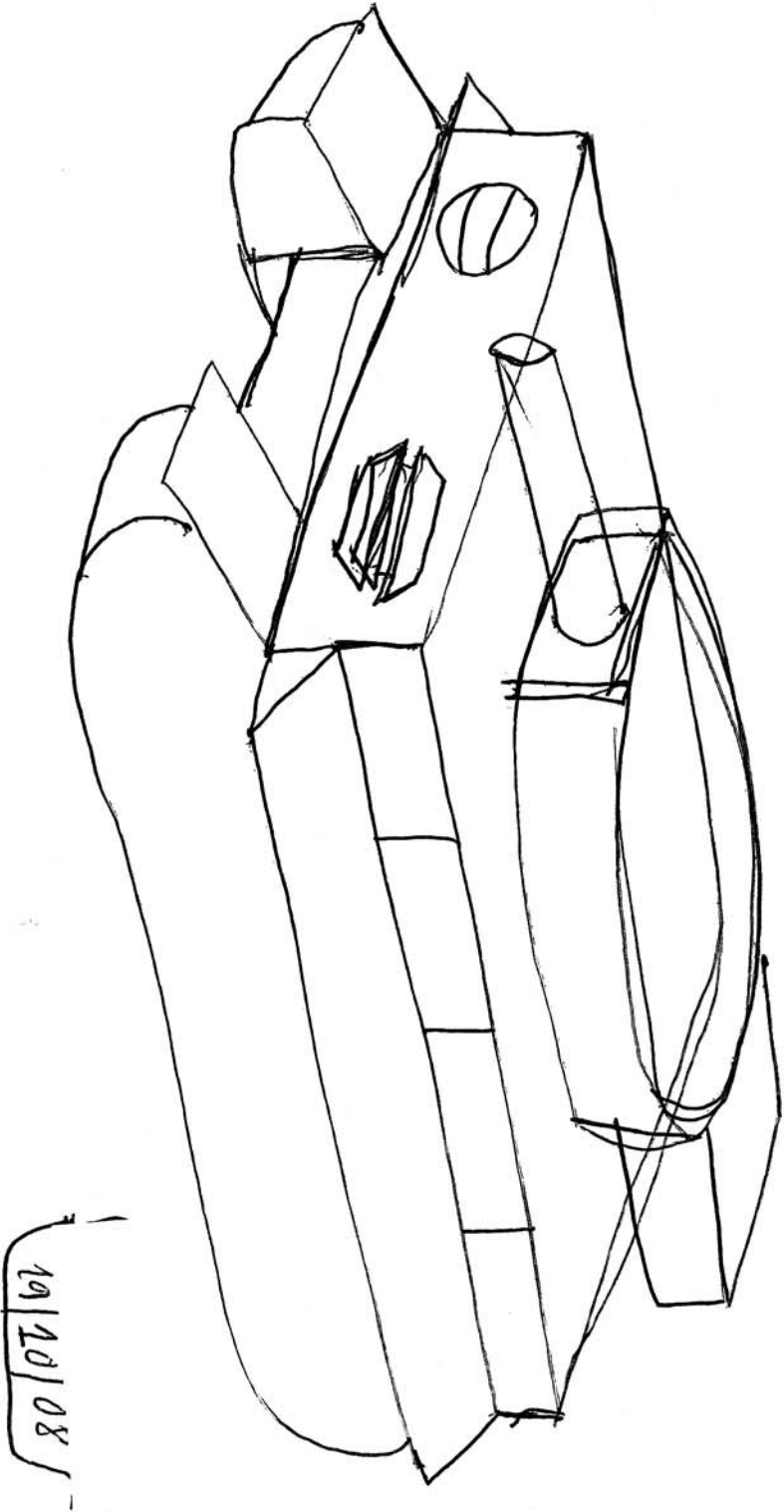
101111087



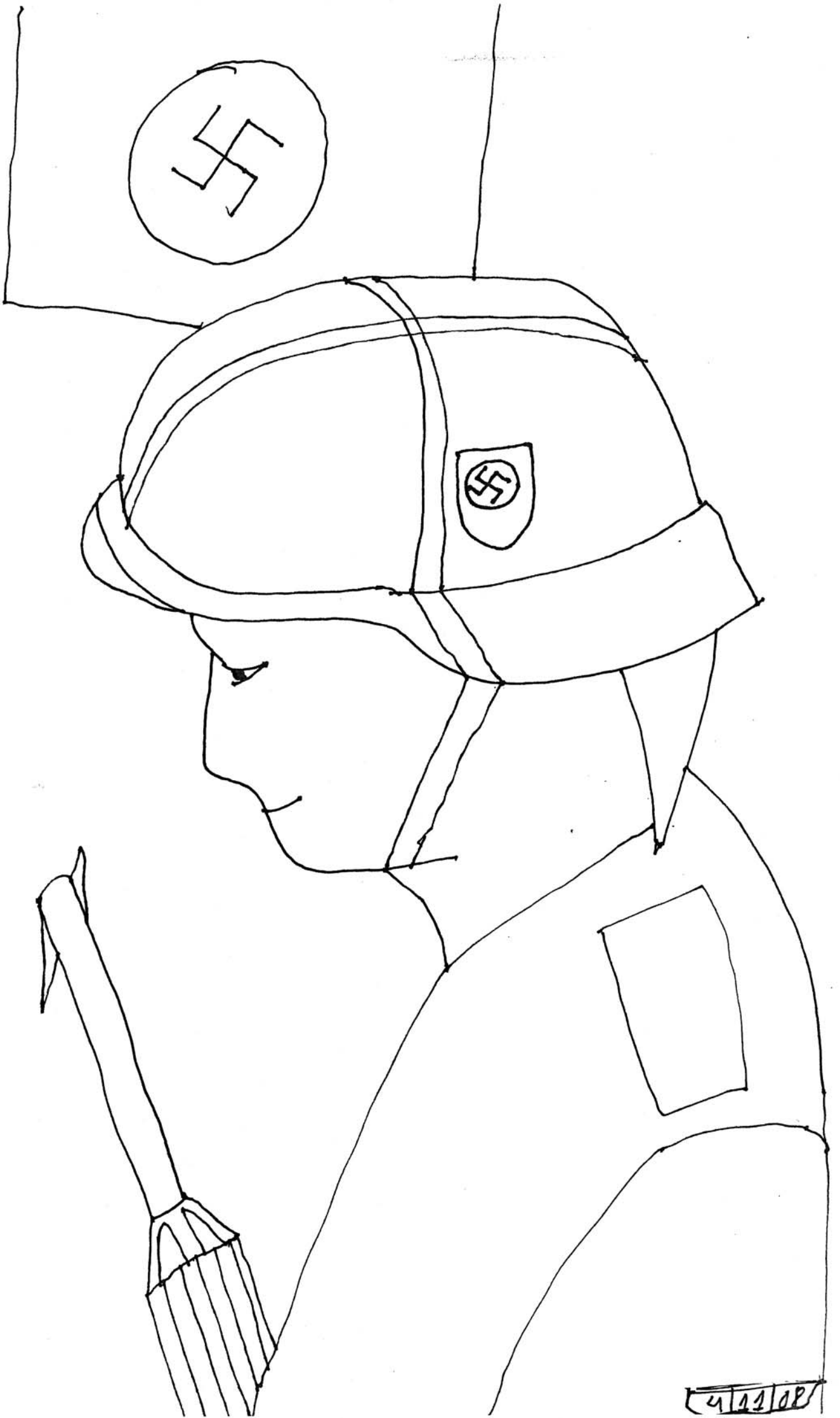




211108



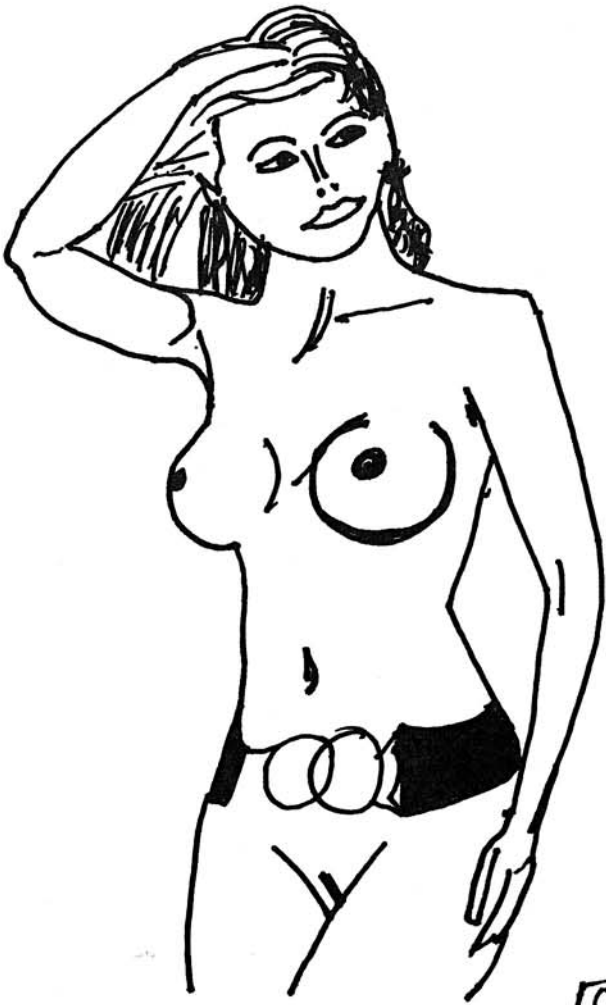
19/10/08



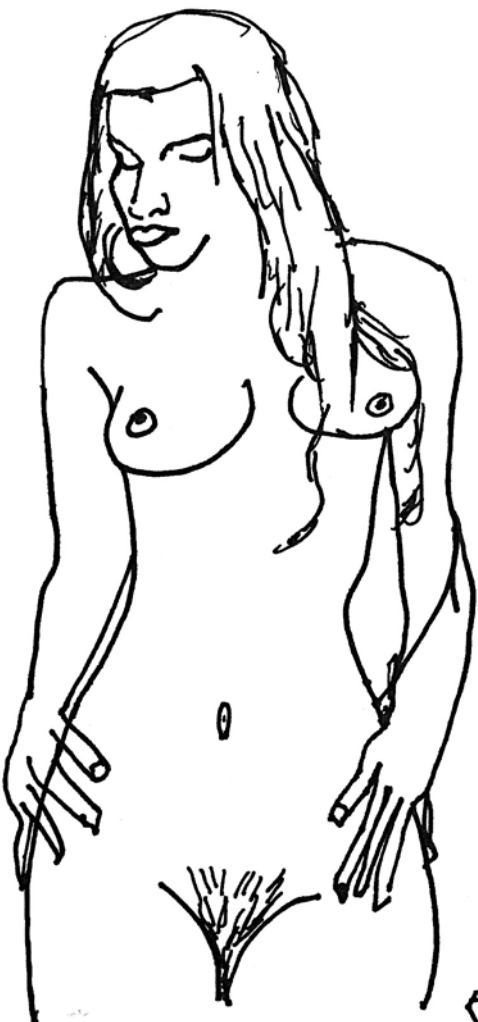
4/2/08



04/03/09



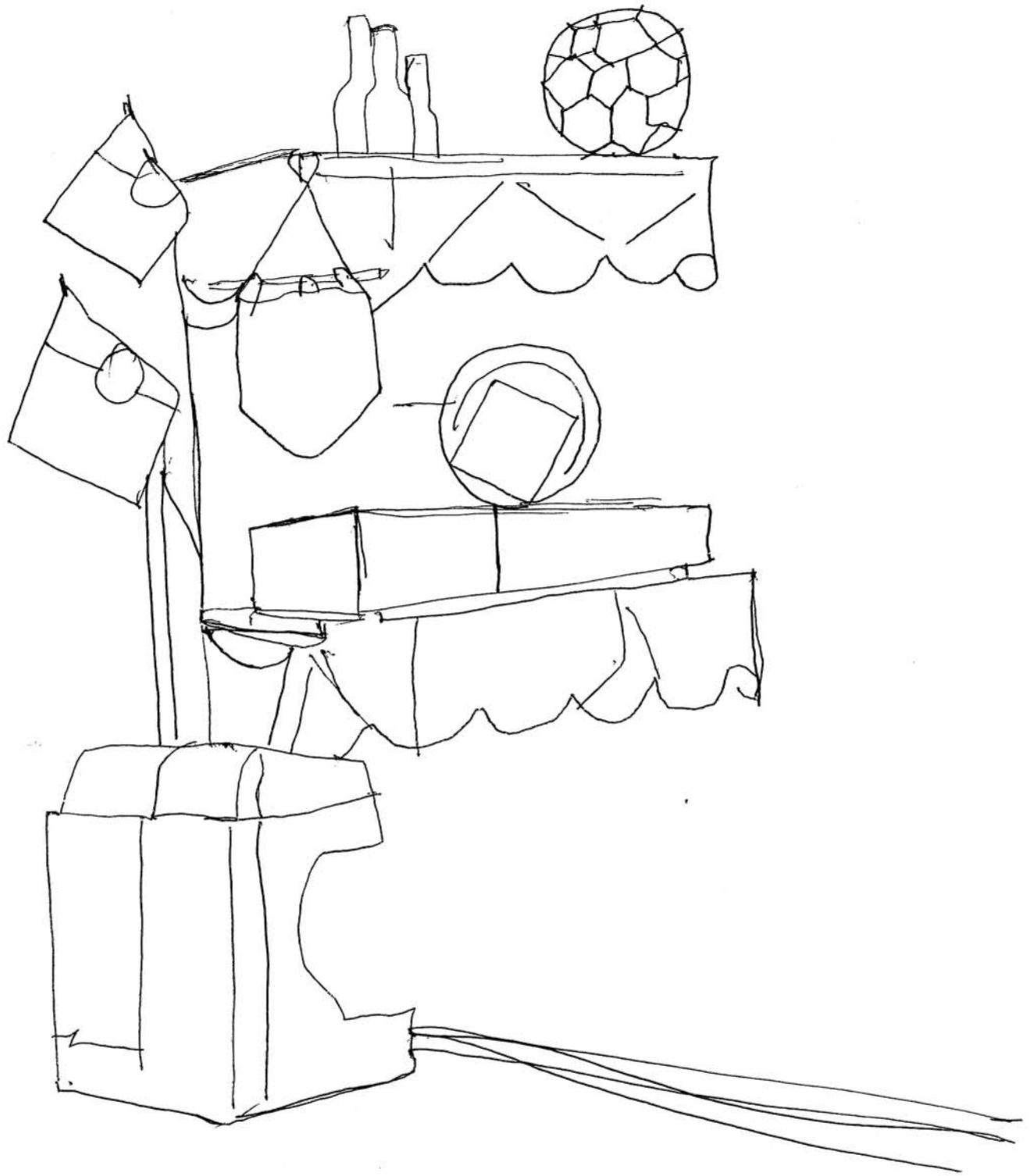
01 | 03 | 09



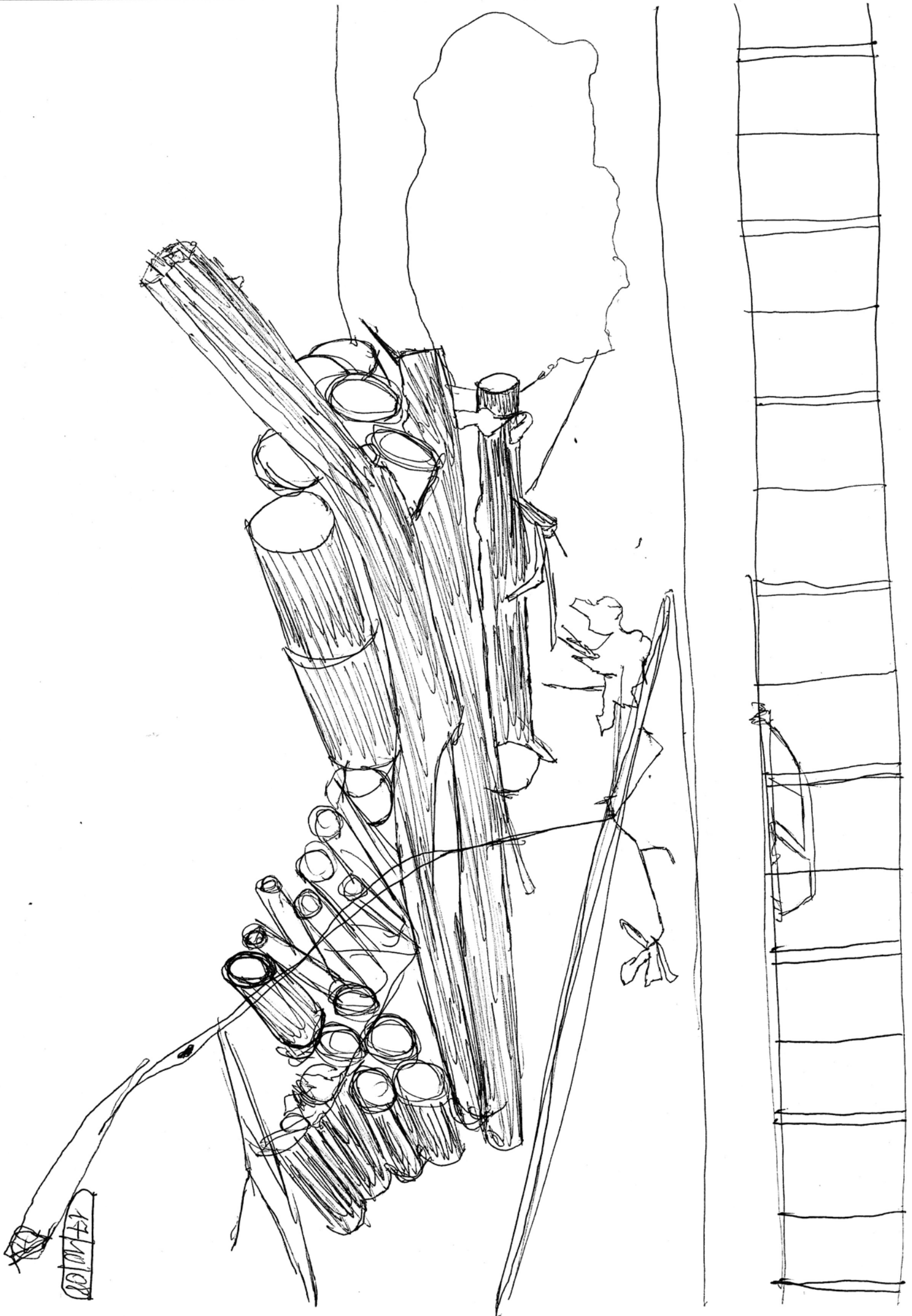
8/02/09



6/02/09



18/10/08





26/11/08

Anexo 4

Terapêutica medicamentosa

Plano de prescrição medicamentosa:

- Haldol decanoato 200mg (1 ampola I.M de forma mensal)
- Risperdal 3 mg (1+1+1+1)
- Norfex 30 mg (1 comprimido ao deitar)
- Artane 2 mg (1+1+1).
- Lorenen 2,5 mg (1 comprimido ao deitar)
- Haldol 5mg (1 ampola I.M em S.O.S. se houver agitação)
- Nozinan 2,5 mg (1 ampola I.M em S.O.S. se houver agitação)
- Lorenen 2,5 mg (em S.O.S. se houver ansiedade)

Anexo 5

Transcrição da entrevista
realizada à mãe do Álvaro

História Clínica

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: Álvaro

Data de Nascimento: 3/12/1960 **Idade:** 49 anos **Estado civil:** solteiro

Sexo: M **Habilitações:** 11º ano

Naturalidade: **Nacionalidade:** portuguesa

Actualmente vive:

“No Centro Hospitalar Conde de Ferreira”.

Antecedentes Pessoais

Desenvolvimento da sintomatologia (do início à actualidade):

“O meu filho era um rapaz normal até à altura do acidente. A partir desta data é que começou a ter atitudes agressivas, de revolta e também comportamentos estranhos”.

Antecedentes Psiquiátricos/ Psicológicos:

“Na minha família não existem antecedentes de doença mental”.

II – HISTÓRIA PESSOAL

Desenvolvimento Precoce

1 – Período Pré-natal

Aspectos relativos à união dos pais:

“Casei com o meu marido sem estar apaixonada, achava-o bom rapaz”.

Planeamento/ Desejo da Gravidez:

“Não houve planeamento, aconteceu”.

Dados sobre a pré-concepção (saúde dos progenitores, hereditariedade, circunstâncias sociais e económicas):

“O meu marido tinha uma cardiopatia congénita (pai de Álvaro). Eu e o meu marido éramos primos direitos. Nós vivíamos sem dificuldades económicas, trabalhávamos os dois”.

Nº de Gravidezes anteriores:

“Tive a gravidez da minha filha e tive dois abortos, um espontâneo e outro provocado”.

Idade em que a mãe engravidou:

“Aos 31 anos da minha filha e passado 22 meses nasceu o Álvaro. Tive uma gravidez normal, apenas enjoava o cheiro do café. O meu filho nasceu de face”.

Vivência da gravidez (mãe/pai):

“Não me sentia nem mais feliz, nem mais triste, sentia-me normal”. (Relata esta vivência com pouca ressonância afectiva).

2 – Período Peri-Natal

De termo: “ a particularidade é que o meu filho nasceu de face”

Local do Parto: “ (...) numa Casa de Saúde”.

Reacção da mãe e do pai pós-parto:

“Ficámos os dois felizes”. (falta de ressonância afectiva)

Condições ao Nascer:

Peso: 3.300 gr **Estatura:** normal **APGAR:** normal

Observações (uso de drogas pela mãe):

“Nunca consumi drogas”.

3 – Período Pós-Natal

Alimentação materna:

“Até aos 2/3 meses”.

Alimentação artificial:

“Após os 3 meses”.

Desmame:

“Sem problemas”.

Apetite:

“Comia bem”.

Atitude da criança e dos pais perante as refeições:

“Gostava muito de sopa, ainda me lembro”.

Problemas de Alimentação:

“Não teve”.

Sono**Caracterização do sono (ritmo de sono, hábitos para adormecer, problemas, etc.):**

“Não tinha problemas de sono, dormia bem. Dos 2 até aos 8 anos, dormia no meu quarto. Dos 8 anos em diante passa a dormir no quarto do avô. Depois do avô falecer, passa a dormir sozinho, no entanto, continua no quarto do avô”.

Desenvolvimento Infantil**1 – Desenvolvimento Psicomotor**

Dentição: normal.

Fala: “ muito precoce, iniciou a fala aos 8 meses”.

Andar: “ muito bem”.

Controlo vesical e intestinal: “tudo bem”.

Problemas de Comportamento (reaccionais, neuróticos e psicóticos, pesadelos, medo do escuro, exigente com os alimentos, nervoso, enurese, encoprese, sonambulismo, hiperactividade, terrores nocturno, gaguez, perturbações psíquicas, privações materna ou paterna): “sem problemas comportamentais”.

2 – Relacionamento Social**Rede de suporte social:**

- **Família:** “ Não era muito apegado à família, a minha mãe é que tomava conta dos dois. Dava-se bem com todos”.

- **Pai:** “ Dava-se bem com o pai, sempre foi educado para ele, depois do acidente é que mudou”.

- **Mãe:** “Dava-se bem, depois do acidente é que começaram a haver problemas entre mim e ele”.

- **Irmãos:** “Com a irmã, andava sempre à pega e à larga, mas gostavam um do outro”;

- **Professores:** “Tinha uma boa relação com os professores, nunca ninguém se queixou”.

- **Pares/ amigos:** “Tinha amigos (uns três), às vezes vinham cá a casa, mas não era aquela amizade. Tinha mais amigas, elas todas gostavam dele”.

- **Postura adotada normalmente em grupo, na escola e durante as brincadeiras** (líder, seguidor, organizador, agressivo, submisso, ambicioso, independente, decidido, etc.): “Ele era mais do tipo submisso”.

Relações interpessoais (tímido, sensível, confiante, extrovertido, tolerante, autocrítico, ...): “Eu acho que ele é muito sensível face ao sofrimento dos outros, não gosta de ver ninguém a sofrer, ainda agora é assim”.

Acontecimentos de vida marcante: “O acidente, a morte do avô”, ao questionar a mãe de Álvaro sobre a morte do avô, esta diz: “evitei falar, desabafar”.

Ocupação de tempos livres: “O meu filho lia muito e passava a vida a comprar miniaturas para montar aviões de guerra”.

3 – Escolaridade

Descrição do ingresso/ adaptação escolar (conduta e aprendizagem escolar, escolaridade deficiente, adequada, inadequada, excessiva, exigência dos pais em relação á educação, reacção do residente perante as exigências da escola e dos pais): “Aprendia muito bem, segundo os professores. Eu deixava-o fazer o que ele entendesse e o pai também. O pai ensinava-lhe matemática, em físico-química eu dava-lhe explicações”.

Idade quando ingressou: “6 anos”.

Rendimento escolar: “Era bom”.

Escolhas vocacionais: “ ele gostava muito de desenho e pintura talvez fosse para engenharia/arquitectura”.

Desenvolvimento da adolescência

1 – História psicosexual

Relacionamento com as mudanças no corpo (auto-imagem): “Nunca notei nada”.

Relacionamentos com o sexo oposto: “As raparigas gostavam dele (a partir dos 8/9 anos sempre gostou de se acompanhar com raparigas, no entanto, ele era muito esquisito. Ele levou a mal, uma vez, considerarem uma rapariga como sua namorada. Com isto, deixou completamente de ir á casa dela, mas continuou de falar com ela”.

Relacionamentos homossexuais: “Não sei, nunca me apercebi de nada, se foi era ás escondidas”.

História Adulta

1. História conjugal: “ não sei”.

Número de filhos: “ não tem filhos”.

2. História sexual: sem informações

3. Relacionamento social

Família: “começa a ser mau depois do acidente”.

Amigos: “ falava pouco de amigos e não vinha cá ninguém a casa”.

Vizinhos: “ não havia relação com os vizinhos”.

Técnicos de saúde: “ não sei”.

4. História laboral: “não teve nenhum emprego”.

Ambições/ expectativas futuras: “não me lembro”.

5. História Militar: “ não cumpriu serviço militar”.

6. História Legal/ Criminal: “ incidente do café e quando me alvejou”.

7. Crenças Religiosas: “ foi baptizado, mas nunca lhe impus uma religião. Nunca o vi a ir a uma igreja e também nunca falamos de religião em casa”.

8. Acontecimentos de vida marcantes: “ morte do avô, morte do pai, acidente”. Não foi ao enterro do pai nem ele nem a irmã, já não me lembro porquê”.

III – História de Saúde

Antecedentes Patológicos Familiares

Patologia	Parentesco	Diagnóstico	Observações
Doença mental			
Doenças infecto-contagiosas	Tia materna	Meningite	Faleceu com 6 anos
Doenças Cardiovasculares			
Acidentes Vasculares Cerebrais	Avó materna	AVC	

Doenças Oncológicas	Avô materno	Neoplasia no estômago	
Doenças Respiratórias			
Doenças Gastrointestinais	Mãe	Pancreatite aguda	
Doenças Alérgicas			
Doenças Congénitas	Pai	Cardiopatía congénita	
Doenças hereditárias			
Outras			

Doenças Significativas do Doente

Etapa Desenvolvimental	Doença	Observações
Infância	Sarampo Varicela	
Adolescência	Traumatismo no membro inferior direito Início dos episódios psicóticos	Acidente de motorizada aos 17anos de idade. Após o acidente começaram as crises psicóticas
Adultícia	Esquizofrenia	

Hospitalizações:

“ O primeiro internamento devido aos problemas mentais deu-se quando tinha dezoito/ dezanove anos, não me lembro bem. Esteve internado cerca de dois meses e depois voltou para casa mas depois voltava a piorar era de novo internado e assim sucessivamente até ser internado definitivamente até à data presente”.

