

ROSSANA MARIA SADE VALENTE

ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O ADOLESCENTE

ESQUIZOFRÊNICO INSTITUCIONALIZADO

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação Especial do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Educação Especial na área de Deficiência Mental.

CURITIBA

1991

ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O ADOLESCENTE

ESQUIZOFRÊNICO INSTITUCIONALIZADO

por

ROSSANA MARIA SADE VALENTE

Monografia aprovada como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em Educação
Especial na área de Deficiência Mental.

ORIENTADOR: _____

PROF^a: GILDA MOREIRA WEISS

CO-ORIENTADOR: _____

PROF^a: MARIA AUGUSTA BOLSANELLO

Que os nossos esforços
Desafiem as impossibilidades
Lembraí-nos de que
As grandes proezas,
Foram sempre conquistas,
Daquilo que parecia impossível.

Charlie Chaplin

Esperamos de alguma forma,
contribuir para que estes
indivíduos tratados tão desigual,
encontrem no mundo o lugar que
merecem como seres humanos.

AGRADECIMENTOS

Pela amizade e confiança, agradeço a todos os colegas, professores, secretaria, coordenadores, que estiveram juntos nesta jornada.

Dedico a realização deste trabalho a meu marido e companheiro, e ao Pablo e Mariane que com suas travessuras e carinho impulsionaram esta monografia.

A Antônia e minha mãe meu muito obrigado.

E um agradecimento especial a minhas orientadoras pela sua paciência e dedicação.

SUMÁRIO

I.	JUSTIFICATIVA	1
II.	SUPORTE TEÓRICO DA PESQUISA	3
	1. HISTÓRICO DA LOUCURA	3
	2. NOÇÃO DE DOENÇA MENTAL	6
	3. HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA	8
	4. CONCEITO DE PSICOSE	11
	5. CLASSIFICAÇÃO DAS PSICOSES	12
	6. PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA - TIPOS CLÍNICOS	14
	6.1 - ESQUIZOFRENIA SIMPLES	14
	6.2 - TIPO HEBEFRÊNICO	15
	6.3 - TIPO CATATÔNICO	15
	6.4 - TIPO PARANÓIDE	17
	6.5 - ESQUIZOFRENIA ESQUIZO-AFETIVA	17
	6.6 - ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	18
	6.7 - ESTADOS DE MENOR GRAVIDADE RELACIONA- DOS COM A ESQUIZOFRENIA	18
	7. ASPECTOS GERAIS DA ESQUIZOFRENIA	19
	8. PSICOPATOLOGIA	20
	8.1 - SINTOMAS FUNDAMENTAIS	20

8.2 - SINTOMAS ACESSÓRIOS	21
9. ETIOLOGIA	23
9.1 - PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA	24
9.2 - PREDISPOSIÇÃO BIOLÓGICA	26
9.3 - FATORES PSICOSSOCIAIS	32
9.4 - TEORIA DO APRENDIZADO	34
9.5 - TEORIAS RELATIVAS À FAMÍLIA	34
9.6 - TEORIA SOCIAL	36
10. EPIDEMIOLOGIA	37
11. DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO	39
12. FORMAS DE INTERVENÇÃO	44
12.1 - TRATAMENTO CLÍNICO	46
12.2 - ANTIPSICÓTICOS	47
12.3 - TRATAMENTOS ALTERNATIVOS	48
12.3.1 - Tratamento Residencial	51
12.4 - ABORDAGENS EDUCACIONAIS PARA ADOLESCENTES PSICÓTICOS E ESQUIZOFRÊ- NICOS	57
III. TEMA	62
IV. OBJETIVO	63
V. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	64
VI. METODOLOGIA	65
VII. RELATOS DE OBSERVAÇÕES	66

CONCLUSÃO	75
SUGESTÕES	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

I. JUSTIFICATIVA

Este estudo se deve ao envolvimento desta pesquisadora no trabalho com psicóticos, quando ao longo destes anos muitos questionamentos foram levantados. Sentindo a necessidade de pesquisar, buscou-se verificar qual o trabalho desenvolvido nas Escolas Especiais para psicóticos, quais os programas educacionais e quais as metas destas instituições.

Dando-se ênfase neste estudo ao adolescente psicótico esquizofrênico, procurando verificar as suas reais necessidades por meio de bibliografia especializada e efetuar uma proposta alternativa de trabalho, diferenciando dos modelos que em Curitiba se oferecem.

Segundo MANNONI (1967), o adolescente colocado em programa especializado reage muitas vezes com necessidade de se mostrar destruidor em relação ao ambiente, o que não aconteceria se houvesse sido levado em conta, sua necessidade de liberdade para expressar aquilo que deseja. Tal liberdade só será conquistada quando for considerado um sujeito separado de sua mãe, pai ou educador, é nesta separação que encontrará o sentido de ser e não mais haverá necessidade de apresentar comportamentos hostis perante o mundo.

Mediante as informações colhidas na bibliografia especializada e diante das reflexões da autora es .era-se que esta monografia possa enriquecer e auxiliar o trabalho de técnicos da área, que consultem-na.

II. SUPORTE TEÓRICO DA PESQUISA

1. HISTÓRICO DA LOUCURA

Segundo MILES (1981), a loucura tem uma longa tradição na história das sociedades ocidentais. Desde os tempos bíblicos houve registros de pessoas que se afiguravam estranhas: indivíduos que diziam poder ouvir vozes que ninguém mais ouvia ou ver coisas ou voar pelos ares. Em várias épocas tais pessoas foram encaradas como feiticeiras, santos, possuídas pelo demônio, sofrendo da bile negra ou de desarranjo mental. Investigadores dos registros dos tempos bíblicos e da Grécia e Roma antiga tentaram reconstruir os históricos de casos de loucura. Rosen (1968) citado por Miles, coloca à "loucura divina" dos profetas e oráculos atribuídos a um elevado prestígio, aqueles que eram rotulados como dementes tornavam-se, mais comumente, objeto de insultos, desprezo e ridículo. Alguns dos médicos da época viam o distúrbio mental como estreitamente relacionado com a doença física. Segundo a legislação romana, o demente não podia se casar ou dispor de propriedades e nos casos extremos era afastado de sociedade. A Idade Média trouxe a crença nas bruxas, e na posse por espíritos maléficos.

As pessoas recorriam aos sacerdotes para que exorcizassem os maus espíritos e, desse modo, as curassem da aflição. No século XVII, na Europa Ocidental, os desvios físicos e mentais eram atribuídos aos "vapores", "humores" ou ao baço".

De acordo com SZASZ (1971), os pacientes tinham como forma de tratamento no século XVII, a masmorra, as correntes, a tortura física e a fome; no século XVIII e XIX, o manicômio, as surras, sangrias e as camisas de força físicas, chamadas coletes.

Em 1773, abre-se o Asilo Williamsburg, na cidade do mesmo nome, na Virgínia, primeira instituição americana destinada exclusivamente ao cuidado do doente mental.

Em 1784, constrói-se em Viena (o Narrenturm) a primeira instituição na Europa, destinada exclusivamente "ao tratamento do insano"; 1843 ela é descrita como "uma prisão descuidada e suja, fechada e mal ventilada, os pacientes estão acorrentados, nós muitos deles".

Em 1801, Philippe Pinel publica seu *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale, ou la manie*. Embora se opusesse ao acorrentamento do paciente, Pinel defendia vigorosamente sua coerção e repressão, o que denominava "tratamento moral"; já 1816, Jean Esquirol afirma que a masturbação "é reconhecida como uma causa comum de insanidade". Em 1838 acrescenta epilepsia, melancolia e

suicídio como condições provocadas por masturbação.

De 1850-1900, a doutrina psiquiátrica de que a masturbação provoca insanidade atinge o seu ponto máximo, por volta de 1880, o indivíduo que, por qualquer razão inconsciente, desejasse amarrar, acorrentar ou infibular sexualmente crianças ativas ou doentes mentais, poderia fechá-los em gesso couro ou borracha, amedrontar ou até castrar, cauterizar ou cortar os nervos dos órgãos genitais, encontrando autoridade médica e legal para fazê-lo. Kraepelin 1883, publica seu *Psychiatria, ein Lehrbuch* (Um manual de Psiquiatria). Sistematizando a Psiquiatria com um novo esquema diagnóstico; define duas psicoses: maníaco-depressivo e a demência precoce.

Em Paris 1885, a histeria é tratada através de extração do ovário; e em Londres e Viena, mediante a extirpação cirúrgica do clítoris ou cauterização.

Já 1900, Sigmund Freud publica "A Interpretação dos sonhos".

Realiza-se em 1930 o Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental (Washington, D.C.). Manfred Sakel, 1933 em Viena, introduz o tratamento de choque de insulina e Egas Moniz em Lisboa inicia 1935 a lobotomia pré-frontal.

Os tranqüilizantes são introduzidos 1952, sendo um novo método químico para controlar os pacientes em hospitais psiquiátricos.

Nos anos 60 os movimentos anti-psiquiatria crescem, levando a abertura dos manicômios na Itália, sendo seu precursor Franco Basaglia. Nos países do Terceiro Mundo é luta pela humanização no tratamento da "loucura" ainda hoje é uma busca.

2. NOÇÃO DE DOENÇA MENTAL

Segundo MILES (1981), sempre houve indivíduos na sociedade cujo comportamento parecia estranho, incomum ou bizarro aos olhos de seus semelhantes e eram chamados de "loucos", "doidos", "birutas", ou uma variedade de termos similares; seriam eles "doentes", no mesmo sentido em que é doente alguém que sofra de pneumonia, cardiopatia ou atrite? A questão é confusa, porque o termo "doença" tem mais de um significado. FREIDSON (1973), estabelece uma distinção entre doença como "estado biofísico" e doença como "estado social". Refere-se ao primeiro como sendo anormalidades no funcionamento biológico do corpo humano. Pode-se dizer que tais anormalidades têm uma realidade objetiva biológica, independente daquilo que as pessoas pensam a respeito delas. Em contrapartida, a doença como estado social está vinculada às crenças, às avaliações e às ações das pessoas. É central à idéia de doença como um conjunto de normas que representam a

saúde, a normalidade e o jeito que as coisas devem ser. A doença é então encarada como desvio em relação a tais normas. As normas de saúde e de desvio são normas sociais e culturais, no sentido de que, em determinadas sociedades e em certas épocas, existe um acordo geral entre seus membros quanto ao que é a saúde e ao que é a doença.

Determinada condição pode ser considerada sadia numa sociedade e não em outra.

As crenças e ações que cercam a doença são culturalmente e historicamente específicas.

No cerne da noção de doença, em todas as sociedades, existe uma concordância quanto ao que é o funcionamento normal e uma valoração do anormal como algo indesejável, que deve ser transformado em normal. Contudo, nem todos os desvios são encarados como doenças: alguns são vistos como criminalidade, perversidade, maus modos, pecado, traição ou loucura.

Sendo os desvios cada vez mais encarados como doenças e, por conseguinte, como pertencentes ao âmbito de medicina, geralmente a Instituição médica se ocupa de juízos e valores.

Segundo SZASZ (1971), os psiquiatras ocidentais são agentes de uma sociedade opressora. A visão da doença mental como um conjunto de juízos de valores sobre o comportamento humano, leva a questionar, que os indivíduos que não se conformam às normas sociais, comportando-se de maneira diversa das normas aceitas e de um modo que perturba os demais, são

chamados doentes mentais pelos psiquiatras e são oprimidos em benefício dos interesses dos segmentos poderosos da sociedade. Esses indivíduos não "conformistas" são trancafiados, afastados e submetidos à coerção, através dos chamados "tratamentos" até que venham a conformar-se.

SZASZ chama os psiquiatras de "mercenários profissionais", "carcereiros" e "torturadores", assim como aos hospitais psiquiátricos de "prisões".

De acordo com COOPER (1976), a "loucura" não está em uma pessoa, e sim em um sistema de relações do qual participa o indivíduo. A doença mental ou "loucura" tem um esteriótipo cultural e, uma vez rotulada dessa maneira, espera-se da pessoa em questão um certo comportamento "louco".

Rotular um indivíduo de doente mental possui conseqüências de longo alcance, que faltam a posição social, aceitabilidade e auto-imagem da pessoa, assim como outros aspectos de sua vida.

3. HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA

Segundo ELKIS (1990), originalmente a esquizofrenia foi denominada como "demência precoce", sendo considerada doença do século XIX, embora haja referências de "estados demoníacos" no Rio Vega (1500 a.C.) e na era cristã quando Areteo de

Capadócia (100 d.C.) faz uma separação entre "estupidez" e "mania".

A partir daí, há um longo hiato histórico que vai até o século XVII, quando Thomas Willis citado por KOLB (1988), descreve uma forma de "estupidez" que se instalava em jovens brilhantes intelectualmente até a adolescência.

O século XVIII silencia sobre o tema e, é a partir do século XIX, que PINEL (1808) descreve uma forma de "idiotismo adquirido". Para ELKIS (1990), a descrição da "demência precoce" foi feita por Morel (1860).

Segundo KAPLAN & SADOCK (1990), as duas pessoas principais na história da esquizofrenia foram Emil Kraepelin (alemão, 1856-1926) e Eugen Bleuler (suíço, 1857-1939). Contudo menos três figuras importantes precederam Kraepelin e Bleuler: Benedict Morel (1809-1873), psiquiatra belga, que utilizou o termo "demência precoce" para pacientes deteriorados, cuja doença se iniciava na adolescência; Karl Kahlbaum (1828-1899), que descreveu os sintomas de Catatonia e Ewald Hecker (1843-1909), que escreveu sobre o comportamento extremamente bizarro da hebefrenia.

Segundo Kolb (1988) e de acordo com KAPLAN et al. Bleuler criou o termo "esquizofrenia" do grego (Skhizein = fragmentar, separar; phren = espírito), em referência ao cisma entre pensamento, emoção e comportamento. Infelizmente, este termo, historicamente tem causado confusão com a divisão de

personalidade atualmente denominada "distúrbio de personalidade múltipla" um distúrbio completamente diferente da esquizofrenia. A definição de Bleuler para esquizofrenia diferia da demência precoce de Kraepelin em dois importantes aspectos:

- primeiro, Bleuler não pensava que a determinação fosse um sintoma necessário do distúrbio;
- segundo, dividiu os sintomas em fundamentais (primários) e acessórios (secundários).

O sintoma fundamental consiste em distúrbio de pensamento caracterizado por perturbações das associações; outros sintomas são perturbações afetivas, autismo e ambivalência. Os acessórios incluem alucinações e delírios.

Tanto Bleuler quanto Kraepelin presumiam a existência de uma base biológica subjacente para esquizofrenia.

Segundo ELKIS (1990), quatro psiquiatras modernos formularam teorias sobre a esquizofrenia: Adolfo Meyer, Harvy Stock Sullivan, Gabriel Langfeldt e Kurt Schneider, cada um com uma abordagem diversa.

Só a partir dos anos 70, é que enfatizou-se mais a disparidade de conceitos de esquizofrenia entre os psiquiatras, iniciando-se um movimento que continua até hoje, de tentativa de unificação e padronização dos diagnósticos em psiquiatria.

4. CONCEITO DE PSICOSE

Segundo SANTOS (1991), o conceito de psicose foi formulado por Freud e é recente, datando menos de um século, ainda que o termo "psicose" já vigorasse muitos anos antes dos primeiros textos psicanalíticos porquanto, Van Feuchtersleben o empregou pela primeira vez em 1845, significando doença mental, nome médico de "loucura alienada".

Dotado de tal amplitude, ao termo psicose faltava precisão, cobrindo um sem-número de entidades clínicas e longe estava de se opor ao de neurose. Coube a Freud engendrar conceitos fundamentais, balizas que lograram definir, separar e opor os dois campos antes indistintos, da neurose e da psicose.

Segundo USDIN (1972), o termo psicose no vocabulário psiquiátrico tradicional remete-se a um distúrbio maciço do sentido da realidade.

Já para KAPLAN (1990), a psicose é um grave prejuízo no funcionamento social e pessoal, caracterizado por retraimento social, levando o indivíduo a uma incapacidade para desempenhar os papéis ocupacionais e domésticos habituais.

HOUZEZ (1991), em estudos psicodinâmicos, mostrou que tanto na criança quanto no adulto, o sentido da realidade não é separável do conjunto da organização da personalidade. Portanto, numa referência psicodinâmica, o conceito de psicose

se refere a um defeito de organização ou a uma desorganização da personalidade.

Para MAZET (1991), o distúrbio do sentido da realidade pode ser compreendido como confusão entre o mundo imaginário e o mundo perceptivo, na falta de uma estrutura limitante entre estes dois mundos. Assinala que a instância denominada por Freud de ego tem, entre outras funções, a de delimitar o mundo intrapsíquico do mundo externo.

Segundo AUBIN (1975), o termo psicose serve para designar as afecções mentais mais graves (alienações) com desintegração da personalidade, incapacidade de avaliar a realidade exterior e reagir a isto de maneira adaptada.

5. CLASSIFICAÇÃO DAS PSICOSES

I - AJURIAGUERRA & MARCELLI (1984), apresentam a seguinte classificação das Psicoses:

- a) Psicose precoces: Psicoses autísticas; Psicoses de expressão deficitária; Distorções psicóticas precoces da personalidade ou desarmonias evolutivas de estrutura psicótica.
- b) Psicose além de 3-4 anos até a puberdade ou psicoses da fase de latência:
 - síndrome inibição - depressão;

- síndrome de instabilidade - excitação psíquica;
- formas com delírio; formas pseudoneuróticas e pseudocaracteriais.

c) Psicoses agudas.

d) Limites da Psicose.

II - American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 3º ed.; Revis American Psichiatric Association (DSM III), classifica, as psicoses da criança sob a denominação "Distúrbios difusos do desenvolvimento".

Esta escolha terminológica que não faz mais aparecer o termo "psicose", fundamenta-se nas diferenças semiológicas importantes que existem entre as psicoses do adulto e o que se convencionou chamar de "psicoses" na criança. O título "Distúrbios difusos do desenvolvimento" é dividido em 3 ítems:

- a) Autismo infantil;
- b) Distúrbios difusos do desenvolvimento com início na infância;
- c) Distúrbios atípicos do desenvolvimento.

Nos adolescentes e adultos, segundo DSM III (1987), classificam-se em: Psicoses esquizofrênicas; Psicoses afetivas (maníaco-depressiva ou bipolar); Psicoses paranóides.

psicopatologias, e em função disso, a presente pesquisa enfocará psicose esquizofrênica.

III - Classificação psicoses esquizofrênicas, segundo DSM III Revisad, de 1987:

Código: 295.0 - Tipo simples

295.1 - Tipo hebefrênico

295.2 - Tipo catatônico

295.3 - Tipo paranóico

295.4 - Episódio esquizofrênico agudo

295.5 - Episódio latente

295.6 - Episódio residual

295.7 - Tipo esquizoafetivo

295.8 - Outros

295.9 - não especificado.

6. PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA - TIPOS CLÍNICOS

6.1 ESQUIZOFRENIA SIMPLES

Segundo USDIN (1981), a esquizofrenia simples caracteriza-se principalmente por redução do interesse no relacionamento humano e com o mundo exterior, empobrecimento da personalidade, apatia e indiferença. Os delírios não são freqüentes e alucinações, quando ocorrem, são raros e

passageiros.

Depois de certo tempo, o paciente tende a regredir a níveis inferiores de funcionamento e empobrecimento da personalidade.

6.2 TIPO HEBEFRÊNICO

Para KOLB (1988), a esquizofrenia de tipo hebefrênico, tem início insidioso e geralmente começa na adolescência.

Ocasionalmente a instalação é subaguda e caracterizada por uma depressão que sugere uma reação afetiva. Em geral as reações afetivas são superficiais e inadequadas. As alucinações são freqüentes, os processos associativos se afrouxam, a fala é incoerente, os neologismos são comuns e as posturas estranhas e os maneirismos são freqüentes. Também está presente ao quadro características regressivas (o paciente urina e defeca na roupa, etc.), chegando a uma vida altamente autista.

Sendo neste tipo a desintegração da personalidade e dos hábitos que se apresenta de forma mais violenta.

6.3 TIPO CATATÔNICO

caracterizam o tipo catatônico por fases de esturpor ou de excitação, sendo o negativismo e o automatismo aspectos relevantes, em ambos os casos. Frequentemente, um episódio catatônico apresenta apenas uma fase seja de esturpor, seja de hiperatividade desorganizada, durante sua evolução.

A faixa etária do aparecimento é entre 15 e 25 anos. Dos vários tipos de esquizofrenia, a catatonia, com mais frequência, apresenta uma instação até certo ponto aguda, sendo precipitada ou precedida por uma experiência emocional perturbadora.

A fase de esturpor, conhecida como esturpor catatônico, é muitas vezes precedida por depressão, descontentamento, ou fermentação emocional.

O paciente mostra-se inclinado a não se comunicar e suas reações tornam-se cada vez mais caracterizadas por diminuição do interesse, desatenção, preocupação, pobreza emocional e devaneios, muitos psiquiatras encaram o esturpor catatônico como uma profunda regressão, uma dramatização da morte.

Já a excitação catatônica, é caracterizada por uma atividade motora desorganizada e agressiva, com predomínio de um comportamento impulsivo e imprevisível.

6.4 TIPO PARANÓIDE

Segundo USDIN (1981), os aspectos que tendem a ser mais evidentes na esquizofrenia tipo paranóide são os delírios de perseguição, muitas vezes numerosos, ilógicos e desligados da realidade, as alucinações e as perturbações de associação e de afeto.

Alguns pacientes são frios, retraídos, desconfiados e ressentidos em relação às outras pessoas. Outros são truculentos, suscetíveis, discutidores, zombeteiros, sarcásticos, desafiadores.

O tipo paranóide tende a manifestar-se francamente em uma idade um pouco mais tardia do que as outras formas, ocorrendo mais freqüentemente após os 30 anos de idade.

6.5 ESQUIZOFRENIA ESQUIZO-AFETIVA

Segundo NOBRE (1981), caracteriza-se por acentuados distúrbios do humor, tanto com exaltação como com depressão. A avaliação dos processos ideacionais mostra um pensamento com os distúrbios característicos da esquizofrenia. O paciente tende a perder o contato com a realidade e a se comportar de forma bizarra.

6.6 ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA

Caracteriza-se por profundos distúrbios do pensamento, da afetividade e do comportamento, mas sem sintomas específicos suficientes para permitir uma classificação mais precisa.

6.7 ESTADOS DE MENOR GRAVIDADE RELACIONADOS COM A ESQUIZOFRENIA

a) Esquizofrenia pseudo neutórica - Caracteriza-se por sintomas típicos das psiconeuroses (ansiedade, reações de conversão, fobias, sintomas obsessivo-compulsivos, depressão), mas coexistindo com excessiva preocupação com pensamentos autísticos e tendência a isolamento da realidade. Alguns pacientes podem desenvolver episódios psicóticos francos de curta duração.

b) Esquizofrenia "ambulatoria" - O esquizofrênico "ambulatorio" parece estar livre de sintomas bizarros, mas quando exposto a "stress" passa subitamente a agir de forma que revela sua desordem de pensamento subjacente. Pode, estretanto, atravessar a vida sem ter que se submeter a cuidados psiquiátricos.

7. ASPECTOS GERAIS DA ESQUIZOFRENIA

Segundo KOLB (1988), as reações esquizofrênicas são reconhecidas devido a um comportamento estranho e bizarro que se manifesta pela insociabilidade, pela desconfiança ou por períodos de destrutividade impulsiva, de emotividade imatura e exagerada e muitas vezes, com direção ambivalente e considerada inadequada pelo observador. As relações interpessoais acham-se distorcidas, nos estados mais sérios, por material delirante e alucinatório. Nas formas mais desorganizadas de vivência esquizofrênica, tem lugar o retraimento para uma vida fantástica, associado a um grave distúrbio do raciocínio e profundas deteriorações dos hábitos, que atingem os costumes sociais e o cuidado pessoal.

De acordo com o autor citado, considera-se, de um modo geral, que o esquizofrênico é incapaz de harmonizar eficazmente seus impulsos e inibições mediante adaptações e defesas maduras. Ele não conseguiu desenvolver um conceito satisfatório do seu corpo e um auto-conceito claro ou estável. Ele muitas vezes não tem um objetivo claro ou suas aspirações são tão exigentes ou inflexíveis que superam seus talentos, sua persistência e sua capacidade de aprendizado. Assim, não sendo capaz de avaliar com clareza as realidades do mundo. As interações com os demais são caracterizadas por processos imaturos de comunicação, de controle afetivo, raciocínio e de

adaptação.

8. PSICOPATOLOGIA

Segundo KOLB (1988) & KAPLAN (1990), os pacientes esquizofrênicos podem apresentar muitos sintomas e os psiquiatras freqüentemente divergem quanto a importância relativa que cada um dá para um outro desses sintomas. De qualquer forma, a distinção feita por Bleuler entre sintomas fundamentais (aqueles que devem estar presentes de alguma forma em todos os casos de esquizofrenia) e sintomas acessórios (aqueles que podem ou não estar presentes), permanece útil como ponto de partida.

8.1 SINTOMAS FUNDAMENTAIS

a) Associação - As associações lógicas que normalmente conduzem de um pensamento para outro parecem estar perdidos. O resultado é um pensamento de aparência bizarra, ilógica e caótica.

b) Autismo - O autismo é uma forma de pensamento cujo conteúdo é em grande parte subjetivo ou endógeno.

O paciente está preocupado com idéias derivadas de imaginação. À medida que o pensamento autístico aumenta, ocorre uma correspondente interferência no relacionamento com

outros e na percepção da realidade, havendo um estreitamento da atenção.

c) Afetividade incongruente. As respostas emocionais podem ser inadequadas ao conteúdo do pensamento. O humor é geralmente inconsistente ou exagerado. O distúrbio afetivo pode incluir indiferença, frivolidade, constrição, impassibilidade ou embotamento afetivo.

d) Ambivalência - O paciente esquizofrênico abriga sentimentos, atitudes, desejos ou idéias contraditórias em relação a um dado objeto, pessoa ou situação. Por exemplo: ama e odeia a mesma pessoa ao mesmo tempo. A ambivalência é uma característica que pode estar presente, até certo ponto, mesmo em indivíduos "normais", mas é na esquizofrenia que aparece particularmente intensa.

8.2 SINTOMAS ACESSÓRIOS

a) Alucinações - São percepções sensoriais que ocorrem sem a presença de estímulo externo. As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial: auditiva (ex.: ouvir a voz de Deus); visual (ex.: ver anjos); táctil (ex.: sentir formigas comichando pelo corpo); gustativas (ex.: gosto ruim) ou olfativa (ex.: mau cheiro). As alucinações auditivas são as mais freqüentes.

influenciável por evidência lógicas que a contradigam (ex.: "O FBI anda atrás de mim").

c) Ilusões - Interpretação deformada de um estímulo sensorial real (ex.: mancha no teto é vista como uma aranha).

d) Idéias de referência - Uma inquietude, impressão de que as conversas e gestos de outras pessoas se referem a si próprio.

e) Despersonalização - O sentimento de estar separado da sua própria personalidade; a sensação de que a identidade ou personalidade próprios está sendo desintegrada ou perdida.

f) Negativismo - O paciente faz o contrário daquilo que lhe é pedido (ex.: fecha a boca quando se solicita que um modo seguro de demonstrar hostilidade).

g) Automatismo - As ações são realizadas sem o conhecimento consciente do paciente. O indivíduo sente que não é ele quem está realizando suas próprias ações.

h) Ecolalia - Repetição da fala de outra pessoa.

i) Ecopraxia - Repetição dos movimentos de outro.

j) Maneirismo - Gestos ou expressões que se repetem.

k) Estereotipias - Repetição persistente e sem sentido de qualquer ação.

l) Impulsividade - Ações que são realizadas inspiradamente sem a necessária reflexão e sem levar em conta a personalidade total.

trazendo como resultado uma inabilidade de adaptação frente a qualquer situação relativamente complicada ou incomum.

n) Memória - geralmente permanece intacta.

o) Insight - Baixo.

Segundo KAPLAN (1990), os esquizofrênicos podem ser bastante agitados e ter pouco controle sobre seus impulsos, quando agudamente doentes. Apresentam sensibilidade social diminuída, de modo que podem parecer impulsivos quando, por exemplo, tomam o cigarro de outro paciente, trocam o canal da televisão abruptamente ou jogam comida no chão. Parte do comportamento aparentemente impulsivo, incluindo tentativas de suicídio ou homicídio, pode ocorrer em resposta a alucinações que comanda os atos do paciente.

De acordo com KOLB (1988), as alterações físicas como perda de peso, desequilíbrio geral do sistema nervoso autônomo, se evidenciam por ataques, vertigens e convulsões histeriformes e epileptiformes, ocorrendo com mais frequência nas fases iniciais.

9. ETIOLOGIA

De modo geral, as teorias sobre etiologia podem ser divididas em teorias orgânicas e psicossociais.

De acordo com KOLB (1988), o desenvolvimento ajustado ou

não da personalidade, depende de dotes genéticos e constitucionais de cada indivíduo. Influenciam esses dotes, a princípio, os cuidados maternos e o relacionamento familiar, que produzem, de forma dinâmica, o desdobramento das várias funções do ego e superego, assim como do ego ideal de cada indivíduo. A medida que o indivíduo vai se desenvolvendo, deve enfrentar oportunidades e tensões sociais que atuam sobre o crescimento individual e podem agir como precipitante de distúrbio mental.

9.1 PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA

De acordo com KOLB (1988), cita KALLMANN (1976), que estudou 500 pares de gêmeos fraternos nos quais um gêmeo tinha o diagnóstico da esquizofrenia. Constatou que 15% dos outros gêmeos também eram esquizofrênicos.

Em estudo semelhante de 174 pares de gêmeos idênticos em que deles era esquizofrênico, encontrou uma relação de concordância de 86%. Estes achados surteram a Kallmann uma base para a genética esquizofrênica.

Entretanto, outros autores apresentaram uma concordância média muito mais baixa para gêmeos idênticos com esquizofrenia.

Os vários estudos com gêmeos foram objeto de interpretações conflitantes. Alguns pesquisadores consideraram os resultados obtidos no estudo de gêmeos compatíveis, havendo

uma influência ambiental.

De acordo com MAZET (1991), estudos de Pollin e outros apresentaram uma série de 15.900 pares de gêmeos do sexo masculino, cujo seguimento médico durou 18 anos, e nos quais a concordância média para o número de esquizofrenia em gêmeos monozigotos foi 3,3 vezes maior do que nos gêmeos dizigotos.

Kety realizou um estudo estatístico profundo em relação aos aspectos genéticos da esquizofrenia. Investigando a incidência do "espectro de distúrbios esquizofrênicos" em parentes de esquizofrênicos e de controle, e utilizando dados obtidos do estudo de crianças oferecidas para adoção logo após o nascimento oriundas tanto de famílias de esquizofrênicos como de famílias controle, ele concluiu que os fatores genéticos na esquizofrenia são múltiplos, e o que o que é transmitido não é a esquizofrenia como tal, mas uma característica vaga de personalidade que pode caminhar para dentro do espectro da esquizofrenia, dependendo da particular constelação de gens afetados e de fatores ambientais.

Segundo KAPLAN & SADOCK (1990) a incidência de esquizofrenia em população específicas é:

- População geral: 1,0%
- irmão não-gêmeo de um paciente esquizofrênico: 8,0%
- gêmeo monozigótico de um paciente esquizofrênico: 47%
- gêmeo dizigótico de um paciente esquizofrênico: 12,0%
- criança com um dos pais esquizofrênico: 12,0%

- criança com os dois pais esquizofrênicos: 40,%

No caso da esquizofrenia, os estudos de concordância gemelar não diferenciam os subtipos (hebefrênicos, catatônico, paranóide, simples).

De acordo com KOLB (1988), várias críticas tem sido dirigidas aos estudos com gêmeos. Tem-se destacado que tais estudos carecem de informações nas experiências biológicas e familiares precoces desses gêmeos e não dão valor às forças psicodinâmicas em seu desenvolvimento que, acredita-se, tendem mais a uma identificação mútua entre eles do que ao crescimento de identidades separadas.

A maioria dos geneticistas tem apoiado a idéia da transmissão genética e da predisposição à esquizofrenia, encarando-a como poligênica, sendo a doença olhada como um traço limiar.

Resumo dos estudos das taxas de concordância de esquizofrenia em gêmeos, veja Tabela na folha a seguir.

9.2 PREDISPOSIÇÃO BIOLÓGICA

Segundo KOLB (1988), mães esquizofrênicas apresentam uma incidência mais elevada de crescimento fetal desviado, em termos de mortalidade perinatal e malformações no recém-nascido do que as mães pertencentes à população em geral. Da mesma forma, cuidadosas investigações físicas e psicológicas de grupos de crianças consideradas portadoras de esquizofrenia

RESUMO DOS ESTUDOS SOBRE TAXAS DE CONCORDÂNCIA DE ESQUIZOFRENIAS EM GÊMEOS¹

PESQUISADOR	PARES mz (números)	PERCENTAGEM DE CONCOR- DÂNCIA mz*	PARES dz (números)	PERCENTAGEM DE CONCOR- DÂNCIA dz*	RAZÃO mz/dz	AMOSTRA GEM**	DIAGNOSTICADO PELO
Luxemburger, 1928	17	60-76(A)	33	0	-	R,C	Autor
1930	21	67	37	-			
1934	27	33	-	-			
Rosanoff, Handy	41	61	101	10	$\frac{61}{10} = 6,1$	R	Hospital
e Plesset, 1934							
Essen-Möller 1941	11	55-64(I)	27	15(I)	$\frac{64}{15} = 4,3$	C	Autor
Kallmann, 1946	174	69-86(I)	517	10-15(I)	$\frac{86}{15} = 5,7$	R,C	Autor
Slater, 1953	41	68-76(I)	115	11-14(I)	$\frac{76}{22} = 5,4$	R,C	Autor
Inouye, 1961	55	60(A)-76(I)	17	12-22(I)	$\frac{60}{22} = 2,7$	R	Autor
Tienari, 1963	16	6(S)-31(A)	21	5	$\frac{6}{5} = 1,2$	B	Autor
Harvard e Hauge, 1965	9	44	62	10	$\frac{44}{10} = 4,4$	B	Hospital
Gottesman e Shields, 1966	24	42-65(I)	33	9-17(I)	$\frac{65}{17} = 3,8$	C	Hospital
Kringlen, 1967	55	25-38(A)	172	4-10(A)	$\frac{38}{10} = 3,8$	B	Autor
Hoffer e Pollin, 1970	80	14-15(I)	145	4-4(I)	$\frac{15,5}{4,4} = 3,5$	B	Hospital
Allen, Cohen e Pollin, 1972	95	27	125	5	$\frac{27,4}{4,8} = 5,7$	B	Hospital, Autor

*Abreviaturas A = uso do conceito "amplo" em esquizofrenia, I=idade corrigida, S=acompanhamento de 1967 em séries de 1963(16).

**Abreviaturas: R=população internada, C=admissões hospitalares consecutivas, B=registro de nascimento.

¹KOLB, Laurence, Psiquiatria clínica. 9.ed., RJ, Guanabara, 1988.

infantil demonstraram que a maioria delas apresenta, em seus desempenhos motor, postural, sensório-perceptivo e conceitual, indicações de funcionamento retardado ou desigual. Não se averiguou se isso é devido a atrasos de amadurecimento, como consequência de um defeito na dotação genética ou a uma lesão cerebral não reconhecida no começo da vida. Anormalidades físicas de monta não se acham associadas à esquizofrenia.

As pesquisas biológicas evidenciaram a eficácia das drogas antipsicóticas no tratamento da esquizofrenia. Segundo KAPLAN & SADOCK (1990), muitos estudos têm comparado as características biológicas específicas e objetivas dos pacientes esquizofrênicos com aquelas de pacientes psiquiátricos não-esquizofrênicos e de controles normais.

a) Hipótese dopamínica (Neurotransmissores)

A hipótese dopamínica é tema de estudos em muitos laboratórios modernos. Sugere um distúrbio nos sinapses centrais de cotelaminas estabelecendo a vulnerabilidade crucial para a esquizofrenia e podendo explicar muitos de seus sintomas.

A hipótese dopamínica afirma-se que existe uma hiperatividade dos sistemas dopaminérgicos na esquizofrenia. O apoio para esta hipótese é que as drogas antipsicóticas eficazes ligam-se a receptores dopamínicos.

Observa-se que a administração de anfetaminas ou levodopa exacerba certos sintomas. A hiperatividade

dopaminérgica, não está unicamente associada com a esquizofrenia, embora as drogas antipsicóticas alcancem o cérebro muito rapidamente para bloquearem os receptores de dopamina, os efeitos clínicos máximos podem levar até 6 semanas para desenvolverem-se.

Os tratos dopaminérgicos do sistema nervoso central, os tratos mesocortical e mesolímbico têm recebido a maior atenção, relativamente à esquizofrenia. Ambos os tratos possuem seus corpos celulares na substância negra e na área segmental ventral. Observou-se, em estudos com animais, que a administração de neurolepticos a longo prazo faz com que a taxa de ativação de alguns neurônios destes tratos diminua.

Todos os neurotransmissores conhecidos foram estudados na esquizofrenia. Existem algumas evidências de que a atividade da noradrenalina estaria diminuída na esquizofrenia. Esta idéia é amparada por achados post-mortem, em pacientes esquizofrênicos. Gaba, cuja função é de neurotransmissor inibidor, diminuindo atividade do gaba pode-se provocar hiperatividade dos neurônios dopaminérgicos, algumas evidências neuroquímicas sustentam esta hipótese, e tem-se observado que um pequeno número de pacientes com esquizofrenia melhoram com o tratamento por benzodiazepínicos.

b) Neuropatologia - Existem duas espécies principais de estudos neuropatológicos da esquizofrenia - estudos de neurotransmissores e de neurodegeneração. Os estudos de

neurotransmissores têm medido as concentrações destes e as propriedades dos receptores em áreas específicas do cérebro em necrópsia. Os estudos neurodegenerativos têm procurado áreas de perda celular ou histologia anormal no tecido cerebral.

Muitos estudos post-mortem de neurotransmissores têm relatado quantidades aumentadas de receptores D_2 nos gânglios basais e sistema límbico (particularmente amígdalas, nucleus accumbens e hipocampo).

c) Imagem cerebral - Estudos tomográficos computadorizados (TC) dos cérebros e esquizofrênicos têm evidenciado aumentos no 3º ventrículo e ventrículo lateral em 10 e 50% dos pacientes e atrofia cortical em 10 a 35%. Experiências controladas também têm revelado atrofia do vermis cerebral, radiodensidade diminuída do parênquima cerebral e reversão das assimetrias cerebrais normais. Estes resultados, que não são artefatos de tratamento, não são nem progressiva nem reversíveis. Estes achados são indicadores objetivos de perda neuronal.

d) As anormalidades imunológicas na esquizofrenia incluem linfócitos atípicos, quantidades diminuídas de células matadoras naturais e níveis variáveis de imunoglobulinas.

Estes dados têm sido interpretados de várias maneiras: um agente infeccioso poderia produzir, diretamente, tanto os sintomas psiquiátricos quanto a disfunção imunológica; um agente infeccioso poderia induzir auto-imunidade contra

regiões cerebrais específicas; um distúrbio imunológico primário poderia produzir um distúrbio auto-imune no cérebro.

e) Desregulação psiconeuroendócrina - A maioria dos estudos relata níveis normais de prolactina, dados mais consistentes são a diminuição de hormônios luteinizante - hormônio folículo - estimulante (LH/FSH), talvez correlacionados com a idade de aparecimento e duração da doença.

Uma teoria unificadora que explica as disfunções, tanto imunológicas quanto orgânicas é a de patologia (estrutural ou neuroquímica) hipotalâmica. A hiperfunção dos sistemas dopaminérgicos, poderia explicar muitos dos achados neuroendócrinos.

- Lobos Frontais e Sistema Límbico

f) Segundo Mazet (1991) às teorias biológicas possuem duas áreas principais de interesse: são os lobos frontais e o sistema límbico. O envolvimento dos lobos frontais é apoiado pelos estudos de imagem cerebral, eletrofisiologia e estudos neuropsicológicos. O envolvimento límbico é amparado pelos dados neuropatológicos e de eletrodos de profundidade.

Outras áreas cerebrais também estão implicadas: os gânglios basais, pela ocorrência comum de psicose em distúrbios de movimento; o hipotálamo e tálamo devido aos distúrbios de processamento sensorial, distúrbios imunológicos e endócrinos e ventrículos aumentados; o tronco cerebral,

porque contém os corpos celulares neuronais tanto dopaminérgicos quanto adrenérgicos, bem como o sistema reticular ativador, que pode estar envolvido na regulação dos sistemas de atenção e sensorial. O cerebelo está implicado primariamente pela degeneração do vermis, vista em alguns estudos de tomografia computadorizada. A natureza da suposta lesão é desconhecida. As hipóteses neuroquímicas sugerem alguma anormalidade molecular relativamente específica, como na estrutura de alguma proteína (ex.: uma enzima).

9.3 FATORES PSICOSSOCIAIS

Segundo MANNONI (1967) de acordo com a teoria psicanalítica, a esquizofrenia consiste em uma perturbação da organização do ego, afetando a interpretação da realidade e o controle de impulsos íntimos (ex.: sexo e agressão). Estas perturbações ocorrem como consequência de distorções no relacionamento recíproco entre o bebê e sua mãe.

Para MAHLER (1983), a criança é incapaz de separar-se e de progredir além da intimidade e completa dependência que caracteriza o relacionamento mãe-filho na fase oral do desenvolvimento. A pessoa esquizofrênica jamais adquire a constância do objeto, caracterizada por um senso de identidade seguro e resultante de um vínculo íntimo com a mãe, durante a primeira infância.

psicanalistas formularam a hipótese de que o defeito nas funções rudimentares do ego permite uma intensa hostilidade e agressão, distorcendo o relacionamento mãe-filho, levando a uma organização de personalidade vulnerável ao stress. O aparecimento dos sintomas durante a adolescência ocorre num período em que o indivíduo necessita de um ego forte para enfrentar a intensificação de impulsos internos, separação, tarefas de identidade, estimulação externa intensa e necessidade de funcionar independentemente.

Freud acreditava que os pacientes esquizofrênicos regridem a uma fase de narcisismo primário e desintegração do ego. O conceito desintegração do ego refere-se um retorno à época em que o ego ainda não estava estabelecido ou recém havia começado a se estabelecer. O indivíduo não consegue desenvolver um ego maduro, capaz de interpretar a realidade.

SULLIVAN (1968), concluiu que alguns pacientes esquizofrênicos foram tornados ansiosos na infância por suas mães ansiosas, o que causou a desintegração da função do ego.

Segundo KOLB (1988), é improvável que as perturbações nos cuidados materiais, por si sós, sejam capazes de explicar a totalidade da psicopatologia esquizofrênica, tal como a debilitação do senso de identidade, muitas vezes associada a um papel sexual confuso, o emprego de processos primitivos de raciocínio e comunicação, a falta de habilidade para distinguir a fantasia da realidade e as falhas em estabelecer

e manter relacionamento com os objetos ou pessoas.

Estas falhas do desenvolvimento repousam com mais frequência em deficiências ou distorções posteriores no processo de desenvolvimento da personalidade.

9.4 TEORIA DO APRENDIZADO

Segundo NOBRE (1981), os teóricos do aprendizado quando crianças aprenderam reações e modos de pensar irracionais pela imitação dos pais, que podem ter tido seus próprios problemas emocionais significativos. A deficiência nas habilidades sociais é responsável pelos fracos relacionamentos interpessoais.

9.5 TEORIAS RELATIVAS À FAMÍLIA

De acordo com KOLB (1988), não existem evidências controladas de que algum padrão familiar específico exerça um papel etiológico no desenvolvimento da esquizofrenia.

Para MILES (1978), é importante compreender o contexto familiar do paciente e a rede de relacionamentos que o cerca. LAING et al (1964), descreveram aquilo que consideram algumas das características típicas de uma "família esquizofrênica": grupos familiares perturbados, nos quais ambos os genitores apresentam indícios de perturbação da personalidade. Tais

grupos familiares não são integrados e se relacionam através do conflito, no qual os pais se opõem, adiando e desafiando os desejos um do outro e mediante esforços de ganhar o apoio dos filhos para obter deles o amparo emocional não encontrado no respectivo cônjuge. Em outros casos, o relacionamento entre os pais é desordenado, onde um deles apresenta uma séria deficiência da personalidade, evidenciada pelo comportamento dominador, brutal, agressivo ou alcoólico, enquanto o outro aceita passivamente esta conduta ou está ausente quando a criança acha-se exposta a um ambiente hostil. Tais genitores muitas vezes tem dúvidas quanto a seu próprio papel sexual; alguns foram homossexuais e outros acham-se em conflito tentando controlar desejos incestuosos.

Aprisionados em tais grupos familiares, as crianças não são capazes de encontrar períodos não conflitantes, com interações pessoais que possam estabelecer uma sensação de segurança pessoal, capacidade de compartilhar e reprimir eficazmente impulsos hostis, agressivos e sexuais.

Também não encontram as fontes de uma sólida identificação pessoal e sexual. Contudo, mais importante para a compreensão de reação esquizofrênica são as séries de eventos que prejudicam a evolução da comunicação e do pensamento maduros.

BATESON et al (1956), formularam a hipótese de que as origens e os defeitos esquizofrênicos na comunicação repousam

sobre uma transação de "duplo vínculo" entre duas pessoas. Assim, o esquizofrênico deve ser encarado como uma pessoa fixada em um intenso relacionamento emocional com um dos genitores que, devido às contradições entre suas observações verbais e sua conduta, tornam impossível para o filho discriminar apropriadamente ou mesmo pedir esclarecimento, na medida em que seu questionamento é tratado com uma ameaça ao necessário relacionamento com o genitor.

De acordo com MILES (1981), partindo da noção de duplo vínculo, Laing elaborou a tese de um certo tipo de família que se constitui numa "instituição patogênica", na qual a criança é cercada por tensões psicológicas e sociais esmagadoras. Contudo, a maioria dos pacientes esquizofrênicos são criados em famílias em que há outros irmãos, que não se tornam doentes mentais.

Neste caso, Laing sugere que a pessoa afetada, numa "família esquizofrênica" é a que se transforma no bode expiatório em que se concentram todas as tensões.

9.6 TEORIA SOCIAL

Segundo KAPLAN & SADOCK (1990), alguns teóricos sugerem que a industrialização e a urbanização estão envolvidas na etiologia da esquizofrenia.

Embora existam alguns dados apoiando tal teoria, atualmente considera-se que estes estresses exercem seus

principais efeitos atuando sobre o desenvolvimento e cursos da doença.

10. EPIDEMIOLOGIA

KOLB (1988), salienta que as psicoses esquizofrênicas são reconhecidas em todas as culturas nas quais os distúrbios mentais foram sujeitos a estudo cuidadoso. As forças culturais parecem apenas modificar fenomenologia destas reações em termos do conteúdo do material delirante e alucinatório.

Na sociedade ocidental, os delírios religiosos e sexuais eram mais comuns há um século atrás, do que nos dias de hoje. Estas psicoses ocorrem em todas as camadas sócio-econômicas, embora vários estudos epidemiológicos tenham sugerido uma correlação entre a maior incidência da enfermidade à condição sócio-econômica menor privilegiada. A variação nas taxas de prevalência, a partir de estudos realizados no mundo inteiro, é muito maior que a variação entre as taxas de incidência.

Não existem diferenças na prevalência de esquizofrenia entre homens e mulheres.

A idade do aparecimento da esquizofrenia vai do término da infância ao fim da meia idade, embora a faixa etária mais freqüente seja a adolescência e o começo da vida adulta. Também há uma incidência em crianças (3 a 13 anos). Quanto mais

detalhadamente a história pregressa é obtida, mais freqüentemente será encontrada uma prévia manifestação, não apenas de traços esquizóides, mas até de fenômenos de natureza aproximada ou bastante psicótica.

Taxas de reprodução, suicídio e risco de morte

Segundo KAPLAN (1990), as taxas de prevalência e incidência de esquizofrenia são afetadas pelas taxas de reprodução e mortalidade dos pacientes com a doença. O risco de tornar-se esquizofrênico para um indivíduo, é intensificado se um membro da família já sofreu do distúrbio. Com o advento das drogas psicoativas, políticas de tratamento a portas abertas e desinstitucionalização, ênfase na reabilitação e atendimento baseado na comunidade para pacientes esquizofrênicos, observou-se um aumento nas taxas de casamento e fertilidade entre os esquizofrênicos.

A taxa de fertilidade entre os esquizofrênicos atualmente, está bastante próxima daquela da população em geral.

Aproximadamente 50% dos pacientes com esquizofrenia tentaram suicídio e 10% obtiveram sucessão em suas tentativas em algum período, durante um estudo de acompanhamento de 20 anos.¹ Também apresentam uma alta taxa de mortalidade por causas naturais, um fenômeno não explicado por variáveis relacionadas à hospitalização ou tratamento.

11. DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO

Segundo KAPLAN & SADOCK (1990), para se pensar em prognóstico é necessário estar claro o diagnóstico, desde que um esteja intrinsecamente ligado ao outro. Portanto, não é possível diagnosticar esquizofrenia somente a partir de um exame do estado mental; levantamentos da história passada é essencial para o diagnóstico da doença.

Os sintomas de um paciente mudam com o tempo. É necessário levar em consideração o nível educacional, capacidade intelectual e afiliações culturais e subculturais do paciente. Várias organizações ou cultos religiosos podem ter costumes que parecem estranhos àqueles que não fazem parte da organização, mas são considerados perfeitamente normais dentro do seu ambiente cultural. Cada paciente delimita a personalidade pré-mórbida ou pré-psicótica a partir da fase prodômica da doença. A história típica, mas não invariável, é a de uma personalidade esquizóide ou esquizotípica - quieto, passivo, com poucos amigos na infância, fantasioso, introvertido e retraído como adolescente e adulto. Pode evitar esportes competitivos, gosta de ir ao cinema, escutar música e assistir televisão, excluindo as atividades mais sociais.

Embora o aparecimento da doença seja freqüentemente definido como a época do diagnóstico ou da primeira hospitalização, os sintomas da doença geralmente desenvolvem-

se lentamente por meses ou anos.

A DMS-III-Rm inclui comportamento acentuadamente peculiar, afeto anormal, fala incomum, idéias bizarras, experiências perceptivas entre os sinais prodômicos.

Segundo NOBRE (1981), o curso clássico da esquizofrenia é de exacerbação e remissões relativas. A principal distinção entre a esquizofrenia e os distúrbios de humor é a incapacidade de retornar a um funcionamento normal após cada recaída. Algumas vezes surge uma depressão pós-psicótica observável após um episódio agudo e uma vulnerabilidade ao estresse freqüentemente persiste pela vida inteira.

A deterioração progride por uma média de 5 anos, quando a maioria dos pacientes alcançam um platô. Os sintomas positivos tendem a tornar-se menos severos com o tempo, mas os sintomas negativos, mais debilitantes socialmente, podem aumentar. A vida do paciente é caracterizada por falta de objetivo, inatividade, falta de moradia e pobreza, hospitalizações freqüentes.

Segundo KAPLAN & SADOCK (1990) e KOLB (1988), as características de um bom ou mau prognóstico são as seguintes:

Bom prognóstico

- aparecimento tardio;
- fatores precipitados óbvios;
- aparecimento agudo;
- boa história social;

- boa história sexual e ocupacional pré-mórbida;
- sintomas afetivos (especialmente depressão);
- características paranóides e catatônicas;
- casado;
- história familiar de distúrbios de humor;
- bons sistemas de apoio;
- curso ondulante;
- sintomas positivos.

Mau prognóstico

- aparecimento quando jovem;
- ausência de fatores precipitadores;
- aparecimento insidioso;
- má história social, sexual e ocupacional pré-mórbida;
- comportamento retraído, autista;
- características indiferenciadas ou desorganizadas;
- solteiro, divorciado ou viúvo;
- história familiar de esquizofrenia;
- fracos sistemas de apoio;
- curso crônico;
- sintomas negativos;
- sinais de sintomas neurológicos;
- história de trauma perinatal;
- ausência de remissões em 3 anos;
- muitas recaídas.

A esquizofrenia nem sempre apresenta um curso

deteriorante. Uma variedade de fatores estão associados com bom ou mau prognóstico. Segundo KOLB (1981), a variação das taxas de recuperação na literatura é de 10 a 60%, e uma estimativa razoável é de que 20 a 30% sejam capazes de levar vidas quase normais. Aproximadamente 20 a 30% dos pacientes continuam a experimentar sintomas moderados e 40 a 60% permanecem significativamente prejudicados por sua doença.

De acordo com MACKINNON (1988), o diagnóstico diferencial é fundamental para um prognóstico mais claro e coerente (apesar da relatividade de como reage cada indivíduo).

De acordo com KAPLAN (1990), o diagnóstico diferencial psiquiátrico para os sintomas esquizofrenia-símbles são:

- a) Simulação e Distúrbios Factício com sintomas psicológicos. É possível simular os sintomas da esquizofrenia, uma vez que o diagnóstico depende tanto do relato do paciente ou de seus familiares.
- b) Distúrbios Autistas - O distúrbio autista é diagnosticado quando aparece após os 30 meses de idade, mas antes dos 12 anos. Há ausência de delírios, alucinações e afrouxamento de associações.
- c) Distúrbios de Humor - O diagnóstico diferencial de esquizofrenia e distúrbios de humor pode ser bastante difícil, mas é particularmente importante, em razão da disponibilidade de tratamentos específicos e

efetivos para a mania e a depressão.

- d) Distúrbios Esquizoafetivos - Este diagnóstico é feito quando uma síndrome maníaca ou depressiva desenvolve-se concomitantemente com os sintomas principais da esquizofrenia. Além disso, os delírios ou alucinações devem estar presentes.
- e) Distúrbios Esquizofreniformes e Psicose Reativa Breve - O distúrbio esquizofreniforme é diagnosticado quando todos os critérios para a esquizofrenia foram reunidos, mas os sintomas estão presentes por menos de 6 meses. A psicose reativa breve é diagnosticada quando os sintomas estiverem presentes por menos de um mês e houver um estressor claramente precipitante.
- f) Distúrbio Delirante - Diagnóstico de distúrbio delirante é indicado se delírios não-bizarros estiverem presentes por, pelo menos, 6 meses, na ausência de outros sintomas de esquizofrenia ou distúrbio de humor.
- g) Distúrbio de Personalidade - Uma variedade de distúrbios de personalidade pode apresentar-se com algumas características da esquizofrenia. Os distúrbios de personalidade são padrões prolongados. Os distúrbios de personalidade são padrões prolongados de comportamento, sua data de aparecimento é menos identificável.

KOLB (1988), lembrando a opinião de um dos maiores estudiosos da esquizofrenia quanto ao prognóstico, também para enfatizar a responsabilidade do profissional que assume o cuidado de um caso de esquizofrenia, cita a conclusão de BLEULER: "Embora um certo número de pacientes venha a deteriorar com qualquer tratamento, e outros melhorem mesmo em se tratando de casos aparentemente graves, o tratamento decidirá em mais 1/3 de casos de esquizofrenia, se eles podem tornar-se indivíduos sociais ou não".

Quanto mais individualizados e personalizados o cuidado e o tratamento, maior o índice de recuperação. Sendo assim, o prognóstico é relativo, dependendo do curso do tratamento e das interações psicossociais.

12. FORMAS DE INTERVENÇÃO

Segundo KOLB (1988), sendo a esquizofrenia uma doença tão desorganizadora da personalidade indaga-se se poderia ser evitada. Caso seja correto o fato de que a família proporciona um meio patogênico para a manifestação e o desenvolvimento da doença em um indivíduo predisposto, mediante processos genéticos e/ou constitucionais, é evidente que a separação precoce do ambiente patogênico seria altamente desejável. O indivíduo esquizofrênico tem dificuldade em se identificar

como um elemento distinto dos demais, assim como de separar as sensações provocadas por estímulos internos dos causados por estímulos externos. Suas funções adaptativas acham-se mal desenvolvidas, de tal forma que estão em desvantagem ao modelar construtivamente seus afetos e pensamentos em relação com a realidade dos eventos sociais exteriores. Suas funções integradoras não permitem uma percepção instantânea dos demais, num sistema de valores apto ao qual ele possa recorrer e dedicar sua energia. Há prejuízos nas funções egoícas (capacidade para verdade, curiosidade, coragem, flexibilidade, assumir responsabilidades, perseverança, empatia, humor e semelhantes).

Deste modo todas as experiências socializadoras que fortalecem estas funções do ego devem ser encaradas com preventivas ou terapêuticas.

A separação ou o isolamento social prolongado em uma instituição, seja em um hospital, prisão, outra casa, onde o indivíduo não tenha possibilidade de um contato estimulante com os demais, pode levar a uma maior desorganização e regressão do ego.

Gruenberg (1976) denominou estas condições produzidas pelo cuidado hospitalar prolongado e não estimulante, de "síndrome da ruptura social".

Segundo USDIN (1978), a prevenção deveria começar com alguma forma de tratamento antes que os sintomas óbvios de um

distúrbio mental se manifestassem. Infelizmente, isto raramente ocorre; a assistência de saúde precária, stress social, falta de conhecimento e própria negação da doença mental, favorecem que a pessoa só recorra a alguma assistência em períodos já avançados da doença.

12.1 TRATAMENTO CLÍNICO

De acordo com KAPLAN (1990), as principais indicações de hospitalização são para finalidades de diagnóstico, estabilização da medicação, segurança do paciente devido a ideação suicida ou homicida, ou comportamento amplamente desorganizado ou inapropriado, incluindo a incapacidade para cuidar das próprias necessidades (ex.: comida, vestuário, abrigo). Uma meta primordial da hospitalização deve ser a de estabelecer uma ligação efetiva entre o paciente e os sistemas de apoio da comunidade.

Introduzidos nos anos 50, os medicamentos antipsicóticos revolucionaram o tratamento da esquizofrenia. Aproximadamente duas a quatro vezes mais pacientes sofrem recaídas quando tratados com placebos do que com antipsicóticos. Estes, entretanto, tratam os sintomas da doença, não sendo uma cura para a esquizofrenia. Outros aspectos do tratamento clínico surgem a partir de um modelo médico da doença. A reabilitação e adaptação implicam que as deficiências específicas do paciente sejam levadas em conta no planeamento das

estratégias de tratamento. O médico deve educar o paciente, bem como a família o enfermeiro deste, a cerca da esquizofrenia. A hospitalização diminui o stress sobre o paciente, ajudando-o a estruturar suas atividades diárias. A extensão da hospitalização depende da gravidade da doença e da disponibilidade de instalações para tratamento externo. As pesquisas têm mostrado que as hospitalizações breves são tão efetivas quanto as prolongadas e que os programas ativos de tratamento com abordagens comportamentais são mais eficazes do que as instituições custodiais ou comunidades terapêuticas orientadas para o insight. O programa de tratamento hospitalar deve ter uma orientação prática dirigida aos temas de situação vital, automanutenção, qualidade de vida, emprego e relacionamento sociais. A hospitalização deve ser dirigida ao alinhamento do paciente com facilidades pós-hospitalares, incluindo sua própria casa, uma família adotiva, abrigos. Centros de atendimento diurnos e visitas domiciliares podem, às vezes, ajudar o paciente a continuar fora do hospital, melhorando essa qualidade de vida.

12.2 ANTIPSICÓTICOS

De acordo com KAPLAN (1990) e KÖLB (1988), os antipsicóticos (também denominados neurolépticos ou tranqüilizantes maiores) incluem as fenotiazinas, butirofenonas, tioxantenos, dibenzoxazepinas e oxoindóis.

Outras drogas usadas para tratar a Psicose são: lítio, carbonazepina, propranolol, benzodiazepínicos. Alguns destes medicamentos são administrados em combinação com outros, tais como: antiácidos, anticonvulsivantes, antidepressivos, anti-hipertensivos.

Os efeitos colaterais mais comuns do antipsicóticos são sinais neurológicos extrapiramidais, ganho de peso, e impotência. Os sintomas extrapiramidais são mais comum em homens de que em mulheres e em pessoas jovens do que em idosos. Os sintomas extrapiramidais geralmente respondem aos agentes anticolinérgico, incluindo déficits cognitivos, retenção urinária, e íleo paralítico (estes problemas são raros em doses pequenas).

Os efeitos colaterais mais graves dos antipsicóticos são discinesia tardia e síndrome neuroléptica tardia

12.3 TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Segundo BABIGIAN (1980), na busca por superar o uso do sistema asilar na abordagem das questões de saúde mental, torna-se necessária a criação de novas opções. Modelos alternativos devem ser investigados tanto para permitir a desospitalização de pacientes há longo tempo internados quanto para impedir a entrada de novos indivíduos na "carreira manicomial".

Ganha relevância por esse segundo aspecto, a busca de

meios que impeçam a entrada de adolescentes psicóticos na estrutura asilar, mantendo-os o mais possível, ligados ao seu contexto social.

Deve-se frisar que a adolescência é uma fase onde eclode parte substancial dos casos de psicose esquizofrênica (45% dos casos novos surgem entre 15 a 24 anos).

Neste contexto, as palavras de BASAGLIA (1979) parecem bastante adequadas:

"Uma vez colocada essa impenetrabilidade estrutural das instituições psiquiátricas diante de qualquer tipo de intervenção que vá ao encontro de sua finalidade controladora, somos obrigados a reconhecer que a única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica no momento e em praticamente qualquer lugar, se dá a nível do doente mental livre, aquele que escapa do internamento forçado e para o qual a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita correlação com seu poder contratual.

"Nesse caso, o caráter integrante do ato terapêutico é evidente, na recomposição das estruturas e das funções que já entraram em crise mas que ainda não foram definitivamente rompidos com o internamento".

Para SZASZ (1971), o objeto da Psiquiatria é o conflito humano. Mas o conflito precisa ser arbitrado, controlado, solucionado. Por isso, o homem sempre achou necessário empregar vários métodos para lidar com antagonismo

interpessoais e sociais. Todos esses métodos têm uma coisa em comum: (o uso da força). No entanto só coagir, oprimir não basta, é preciso justificar e explicar. Nos três últimos séculos, o homem ocidental encontrou essa explicação e essa justificação da opressão na ideologia da ciência principalmente na Medicina, Psiquiatria e Ciências Sociais.

Portanto, valorizar a liberdade individual, respeitar a diversidade humana, mesmo quando está em conflito com a sociedade, são passos fundamentais para qualquer tratamento mais humanista.

Vários trabalhos alternativos estão sendo realizados na Europa, Estados Unidos, e alguns projetos pilotos no Brasil.

Com base em experiências bem sucedidas com adolescentes psicóticos, formula-se a proposta de um trabalho alternativo, buscando novas soluções para a questão da doença mental no jovem, impedindo sua precoce estigmatização e incapacitação.

Os centros devem servir uma necessidade muito real na medida em que devem fornecer um ambiente estruturado na qual o jovem possa formar vínculos fortes e receber um empenho da equipe.

Todo processo de tratamento é terapêutico e o objetivo de todo o trabalho é restabelecer o equilíbrio interno.

Segundo WIDMAR (1987), se a "doença" para a grande maioria dos casos representa um prejuízo da liberdade de existência humana, livrar um doente de sua doença é libertá-

lo.

Por outro lado, se apesar de não se conhecer formas de tratamento capazes de livrar o doente de sua escravidão psíquica, decide-se por tratá-lo da forma que se acha ser melhor para ele ou para a sociedade, pode-se estar incorrendo num grande erro, qual seja, o de sobrepor uma nova restrição de liberdade àquele já existente. Deve todo tratamento procurar ser individualizado e ter em mente que, de acordo com BASAGLIA (1970), a liberdade é terapêutica.

Segundo MANNONI (1973), "adolescentes psicóticos precisam às vezes poder reconciliar-se com às pedras, antes de terem acesso a um mundo em que as mãos, até aí habituadas a destruir, terão enfim vontade de produzir."

12.3.1 - Tratamento Residencial

a) Equipe e local

Os padrões de formação da equipe incluem várias combinações de enfermeiros, professores, assistente social, psicólogos. T.O. musicoterapeuta, fonoaudiólogos, tornando o custo do trabalho muito elevado.

Segundo KAPLAN (1990), a Joint Comission on mental Health of Children fez as seguintes recomendações quanto à estrutura e equipe: além do espaço para programas terapêuticos, deve haver oportunidades para um programa de atividades escolares e um amplo espaço para jogos, tanto de

salão como ao ar livre. As instalações devem ser pequenas, raramente excedendo a 60 pacientes na capacidade, sendo 100 o limite máximo, e devem permitir que os jovens se reúnam em pequenos grupos. Os Centros devem localizar-se perto das famílias a que servem. Devem ser instituições abertas e estar sempre que possível em contato com trocas de experiências.

Equipe deve ter reuniões constantes e uma boa integração.

b) Vida em grupo

Os adolescentes devem passar a maior parte do tempo em contato com o grupo. A equipe deve promover um ambiente estruturado que constitua um dos mais terapêuticos.

As tarefas devem ser definidas dentro dos limites, capacidades e interesses de cada um. Passeios e outras atividades externas também são metas do trabalho.

Trabalho estruturado, devendo oferecer experiências emocionais corretivas e oportunidades para facilitar e melhorar o comportamento adaptativo, particularmente e se houver déficits de fala e linguagem, retardo intelectual, relações inadequadas com o grupo, enurese, hábitos alimentares deficientes e déficits de atenção.

Alguns desses déficits são a base do desempenho acadêmico insuficiente e do seu comportamento, incluindo explosões temperamentais, brigas e retraimentos.

c) Educação

Freqüentemente os jovens esquizofrênicos apresentam severas incapacidades de aprendizagem, bem como comportamento disruptivo. Geralmente não conseguem funcionar numa classe regular, necessitando de um atendimento especial, em "classe especial" ou classe normal com apoio pedagógico.

d) Terapia

Como forma de apoio, as formas de terapias tradicionais auxiliam no desenvolvimento do trabalho.

e) A família

O trabalho concomitante com a família é fundamental, devendo os Centros oferecer terapia individual ou de grupo, grupo de pais, terapia conjugal ou quando necessário.

- O tratamento pode ser Pensão Protegida (Residencial) ou Dia Protegido, dependendo da escolha do paciente e do processo familiar. -

Outros tratamentos

KAPLAN (1990) & KOLB 1988)

a) Tratamento somático

Embora muito menos eficaz que os antipsicóticos, o tratamento eletroconvulsivo (ECT) pode ser indicado em paciente catatônicos.

Os tratamentos históricos para a esquizofrenia incluem coma insulínico e coma induzido por barbitúricos. Estes

PROCESSO PEDAGÓGICO NO TRATAMENTO DO ESQUIZOFRÊNICO

Avaliação Pré-ingresso	→	Planejamento do Programa de Intervenção	↔	Avaliação e Reavaliação	→	Arranjo Educativo	→	Acompanhamento
Natureza do conflito emocional		Desenvolvimento pedagógico de habi- lidades		Programa de redu- ção da ansiedade		Encontros semanais da equipe		Escola regular
Natureza das dificul- dades de aprendiza- do		— Leitura terapêuti- ca — Desenvolvimento das habilidades bási- cas Ensino do controle perceptivo-motor e dos impulsos — Habilidades artís- ticas — Habilidades musi- cais — Projeto de grupo total — Habilidades esco- lares estabelecidas em seis ciclos instru- tivos de 25 dias nos quais são planejados a avaliação, o diag- nóstico, os objetivos e prescrições indivi- duais e novos obje- tivos ou alternativas		— Relações de apoio com adultos — Modelos estáveis, de confiança — Entrevista no es- paço vital — Psicoterapia indi- vidual — Remoção da área da sala de aula — Sala de orienta- ção padronizada — Sala quieta e se- gura na unidade		Encontros e confe- rências interdiscipli- nares		Classe especial Escola particular Instituição federal
				— Entrevistas no es- paço vital — Testes psicológicos — Testagem contínua dos critérios — Testes educacionais semestrais — Avaliações seme- strais da equipe				

²KAPLAN, Harold & SADOCK, Benjamin. Compêndio de Psiquiatria. 2.ed., Porto Alegre-RS, Artes Médicas, 1990.

tratamentos não se encontram mais em uso, devido aos perigos associados.

A psicocirurgia, particularmente lobotomias frontais, foi utilizado de 1935 a 1955 para o tratamento da esquizofrenia, não sendo mais utilizada atualmente.

b) Tratamentos psicossociais

As intervenções psicossociais podem aumentar a melhora clínica, sendo apoiado o tratamento com drogas.

A maioria dos pacientes equizofrênicos se beneficia da utilização combinada de antipsicóticos e tratamento psicossocial.

c) Terapia comportamental

O plano de tratamento para a esquizofrenia deve dirigir-se às habilidade e déficits do paciente. As técnicas comportamentais utilizadas são fichas e treinamento de habilidades sociais para aumentar as capacidades de relacionamento social, auto-suficiência, habilidades práticas e comunicação interpessoal.

Os comportamentos adaptativos são reforçados por elogios ou recompensas.

d) Terapia familiar

As famílias tendem a culpar-se por qualquer doença ou acidente que ocorre a um de seus membros. O problema é intensificado no caso da esquizofrenia, uma vez que, em

determinado período, muitos psiquiatras consideravam a patologia familiar como fator etiológico. Pode, portanto, ser difícil engajar a família no programa de tratamento. Quando se consegue sensibilização, tem-se notada uma redução nas taxas de recaída.

Deve-se educar a família, apoiá-la em situações difíceis e apresentá-la a grupos de apoio familiar.

e) Terapia de grupo

A terapia de grupo na esquizofrenia geralmente focaliza os planos, problemas e relacionamentos da vida real. Os grupos podem ser orientados para o comportamento, psicodinâmico ou insight, ou de apoio. A terapia de grupo, contudo é particularmente efetiva para a redução do isolamento social, aumento do senso de coesão, melhora do contato com o mundo real. Os grupos orientados mais para apoio do que para interpretação parecem ser mais proveitosos para os pacientes esquizofrênicos.

f) Psicoterapia individual

Os esquizofrênicos podem ser ajudados pela psicoterapia individual que proporciona uma relação de tratamento e uma aliança terapêutica positiva. Em geral, a psicanálise formal ortodoxa não tem lugar no tratamento da esquizofrenia.

A psicoterapia de apoio é, frequentemente, o tipo mais empregado. O estabelecimento de uma relação geralmente é algo

difícil: o paciente esquizofrênico é solitário e defende-se contra a intimidade e confiança, tendendo a tornar-se desconfiado, ansioso, hostil ou agressivo, quando alguém tenta aproximar-se.

O relacionamento profissional deve ser flexível para estabelecer uma aliança de trabalhos com o paciente, podendo almoçar juntos, sair, jogar uma bola, etc...

Residindo o objetivo principal em transmitir ao indivíduo a idéia de que o terapeuta é confiável, deseja e tenta compreendê-lo e acredita em seu potencial como ser humano, não importando o quão perturbado esteja.

A Escola fora da vida, fora da política, é uma mentira e uma hipocrisia.

"Lénine"

12.4 ABORDAGENS EDUCACIONAIS PARA ADOLESCENTES PSICÓTICOS ESQUIZOFRÊNICOS

ILLICH (1970), chamou mais de uma vez a atenção para o fato de que a criação de instituições especializadas (destinadas ao ensino escolar), longe de contribuir com uma solução para o problema pedagógico, auxiliou para obscurecê-lo.

A escola é má instrutora em matéria de qualificações

porque ensina segundo um programa enciclopédico, possui programas sedativos inteiramente voltados para uma preocupação de "normalização".

Segundo MANNONI (1973), para onde quer que se vire, o aluno é posto na obrigação de ter que engolir passivamente o que de todo o seu ser recusa, não é admitido, um estilo de oposição esterotipada relativa ao professor é em contrapartida muito bem tolerado: esta oposição toma o nome de "doença" e é logo "tratado" por um terapeuta.

A instituição escolar da continuidade à instituição familiar, a coerção está nela reforçada e as dificuldades do aluno, por isso mesmo, agravados. O ensino revela-se, neste contexto, uma tarefa impossível e a educação cede perante uma multiplicação de técnicas que se poderiam apelidar de sugestões.

ROUSSEAN (1760), forma o conceito de criança, que irá influenciar a pedagogia moderna no seu conjunto e permitir o desenvolvimento de toda uma metodologia da infância "pura", a salvar a contaminação pelos adultos, a partir do que se constitui uma cultura infantil - cultura que a criança deve abandonar quando entra na vida adulta (é a passagem do estatuto da criança para o de trabalhador).

O Carácter para Rousseau, deve sobrepor à instrução. A criança não tem que tornar-se um sábio, é preciso que aprenda a aprender.

O principal princípio para Rousseau é a ignorância, sendo que o papel do professor não é dar respostas à criança mas um utensílio lógico de que a criança poderá servir-se no dia em que tiver o desejo de aprender.

Segundo MANNONI (1973), o interesse do caminho de Rousseau (do qual hoje em dia se repara com excessiva freqüência apenas o lado utópico) reside talvez no fato de que se trata menos de traçar a imagem de uma educação ideal do que de refletir sobre o ideal de uma educação, seja esta especial ou não. O marasmo escolar fortifica cada vez mais às escolas especiais. Os professores são quase unânimes em confessar o fracasso da instituição educativa, isto é, o fracasso de uma sociedade que prefere renunciar a qualquer educação em vez de se arriscar a uma mudança nas estruturas sociais existentes. A sociedade encarrega assim as instituições de manterem o sistema (se a escola não bastar, acrescenta-se a escola paralela...). Efetivamente, não se pode modificar o setor da investigação e o da educação sem tocar na ideologia de toda a sociedade.

De acordo com Foucault (1972), quando o homem entregue a condições econômicas e sociais que o submergem já não reconhece no mundo lugar onde possa ter vontade de viver, a cultura favorece uma fuga para um espaço "privado-irreal": as crianças chamadas "deficientes", de que vamos tratar, são o produto de uma história familiar, mas aquilo a que se chama a

a sua "doença" situa-se num contexto social determinado, que favorece ou não uma evolução para o patológico, isto é, para mecanismos de exclusão social.

Segundo MANNONI (1973), o indivíduo precisa sorrir e não de um salvo-conduto para se integrar na sociedade. Precisa viver. Para ILLICH (1970), toda a realidade social que se acha nos nossos dias (escolarizada) modela sua visão do mundo, orienta suas vidas, fixa os limites do que é legítimo e do que não é.

Para MANNONI (1973), a proposta atual é mascarada pela integração, normalização. Na medida em que se coloca valores muito próprios se afasta estes indivíduos de suas verdadeiras buscas, embora muitas vezes, precisam poder reconciliar-se consigo, com seus fantasmas, para depois terem acesso a um mundo de interações.

Nestas buscas necessitam de um lugar de vida e de formação dentro de seus potenciais.

Para MANNONI (1973), a escola, depois da família, tornou-se hoje o lugar de eleição para a fabricação da neurose, que se "trata" depois em escolas especiais. Os analistas estão perante uma nova forma de "doença" que não tem como ser "tratada", trata-se da recusa de adaptação, sinal de saúde do aluno que recusa aquela mentira mutiladora em que a escolaridade o aprisiona. Este tipo de aluno vai engrossar as fileiras dos disléxicos e atrasados escolares e delinquentes.

Quanto aos psicóticos, os degraus são: terapias, escolas especiais, e finalmente os hospitais psiquiátricos.

III TEMA

Opção de um Centro de vivência para adolescentes com psicose esquizofrênica.

IV OBJETIVO

1 - Estudar na bibliografia especializada a
conceitualização e caracterização da esquizofrenia.

2 - Observar como se processa a educação da pessoa
esquizofrênica em Escolas Especiais de Curitiba.

3 - Evidenciar a importância do Centro de vivência como
alternativa educacional da pessoa esquizofrênica.

V FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Como se processa o atendimento educacional em Escolas Especiais de Curitiba com adolescentes esquizofrênicos?

VI METODOLOGIA

O presente trabalho desenvolveu-se mediante:

- análise de bibliografia especializada no tocante a conceitualização e caracterização da temática central.

- Observações realizadas em instituições que atendem adolescentes portadores de psicose esquizofrênica, estas observações ocorreram no período de junho à setembro de 1991 e no ano de 1990.

- Cumpre destacar que os relatos apresentados não se referem a dados experimentais no sentido metodológico, porquanto não foi efetuado o controle de variáveis, baseou-se em diferentes momentos de observação.

- Buscou-se detectar, mediante tais observações, que tipo de atendimento está sendo ofertado para esta clientela, à nível de promoção de saúde e independência.

- Também foram realizadas algumas visitas em clínicas e Escola particular para psicóticos, com a finalidade de conhecer diferentes enfoques de trabalho.

VII RELATOS DE OBSERVAÇÕES

Relato nº 1

I - Projeto Casa - Residencia Protegida

a) Dados Gerais da Instituição

1 - Endereço: localiza-se no bairro Bom Retiro

2 - Clientela: adolescentes com distúrbios psíquicos severos, que moram por vontade própria e tempo indeterminado, ambos os sexos.

3 - Características da instituição: iniciou suas atividades em fevereiro de 1989, sendo um trabalho alternativo e pioneiro a nível de Curitiba, como residência protegida para psicóticos severos.

Segue uma linha humanista, e se propõe a trabalhar com a saúde, não visa como ponto principal a patologia. O atendimento é a nível internato.

a) Objetivos - Campo de Atuação

O objetivo básico desta instituição é proporcionar condições ao psicótico, para uma vida independente e produtiva.

b) Instalações

Funciona em uma casa de madeira não muito grande, antiga, as peças são pequenas, possui dois quartos um para rapaz e um para moça, dois banheiros, uma cozinha que serve como copa para as refeições, uma sala que serve como biblioteca, sala de TV, sala de atividades (oficina) (ex.: confecção de pipas).

Obs.: esta sendo alugada um local mais adequado, atualmente dois fatores estão dificultando a mudança, financeiro, e problemas burocráticos para alugar casa para esta clientela.

O atendimento escolar é feito em Escolas Regulares com apoio pedagógico de profissionais da casa.

d) Corpo técnico

3 profissionais - 2 psicólogos, 1 musicoterapeuta.

e) Corpo discente

Não há propriamente corpo discente, já que a proposta é moradia protegida, ao invés de corpo discente temos neste caso os residentes, que são inseridos no processo de trabalho e auxiliam a parte pedagógica e apoio terapêutico.

f) Esquema de trabalho - metodologia

- Os adolescentes auxiliam em atividades cotidianas, tais como preparar o lanche, fazer café, lavar louça, etc.

Possuem auxílio de uma empregada que não mora no local,

a mesma cozinha, faz a limpeza geral, lava e passa às roupas.

- As refeições são realizadas em horários combinados e sempre está presente um responsável pelo grupo.

- Acompanhamento terapêutico: este trabalho se propõe a integração do morador a sociedade, mediante idas ao shopping, cinema, teatro, passeios em parques, visitas a museus, exposições, idas a bancos, etc., enfim objetivando integrar o morador ao cotidiano.

- Realização de atividade de oficina e trabalho externo (atualmente 1 rapaz está confeccionando pipas e venda pipocas em frente a um colégio, próximo da casa).

- Atendimento mais específico como fonoaudiologia, terapias são realizadas fora do contexto casa.

- O trabalho com a família é a nível de apoio.

- Apoio pedagógico: é fornecido para o morador, que está com dificuldade na área de matemática, português, etc.

Este apoio pode ser a nível escolar dando possibilidade de um melhor desempenho na Escola e baixando o nível de frustração destes indivíduos ou é fornecido como forma de facilitar as dificuldades na vida diária, dando maior suporte para auto-organizar-se.

- Os turnos de trabalho dividem-se em 3:

- 1 Profissional até o almoço, outro até o jantar e 1 plantonista que dorme com os adolescentes.

Nos finais de semana são propostos atividades tais como: idas a casas dos técnicos, almoço fora, idas a exposições, feiras, cinema, etc., as atividades são propostas e discutidas depois se escolhe qual a programação, sempre buscando os interesses do morador e o cuidado para não expor frente a situações muito conflituosas.

- Noções de responsabilidade e cobrança de seu desempenho são muito enfatizadas.

- Contenção quando necessária se da pessoa-a-pessoa ou verbal.

g) Trabalho em andamento e Pesquisas

Participação dos membros da equipe em encontros, sindicatos e Conselhos de Psicologia, em defesa da saúde mental e promoção da CASA.

h) Recursos disponíveis:

I - Materiais: alguns jogos pedagógicos e de diversão, 1 máquina de escrever (IBM), 1 mesa grande para realização de trabalhos, 1 mesa pequena para estudo e no horário das refeições serve para almoçar, lanchar e etc... (esta mesa é ocupada para tomar cafézinho e bate papos informais), 1 TV e outras peças de mobiliário (sofá, camas, guarda-roupa, fogão, geladeira, armário, telefone, estante).

II - Financeiros: provenientes das taxas de manutenção pagas pelos pais dos moradores.

i) Resultados alcançados

O projeto é de pequeno porte e atua com uma população estatisticamente irrelevante. No entanto é significativo apontar que neste tempo de atuação nenhum morador foi afastado ou colocado em reclusão, mesmo sendo pacientes com passagens em hospitais psiquiátricos.

Relato nº 2

II - CIAP - Centro de Integração e Apoio Psicoeducacional.

a) Dados gerais da instituição

Endereço: localiza-se na Estrada Juruqui, nº 641 - Pilarzinho.

Clientela: crianças a partir de 6 anos a adolescentes até 25 anos, com distúrbios psíquicos severos, são encaminhados após diagnóstico da Secretaria de Educação do Paraná, CEPEDAP, ambos os sexos, permanência se da por tempo indeterminado.

Características da instituição: iniciou suas atividades em 1988 após o fechamento da Escola Terapêutica de Curitiba, tendo como nome inicial Momento, por ser uma escola seu trabalho primordial é o pedagógico, havendo mais duas Escolas Especializadas em Curitiba para psicóticos, uma atinge a faixa pré-adolescente e outra abrange a clientela de

adolescentes e se caracteriza como uma instituição particular.

CIAP segue diversas linhas: conceitos matemáticos-Piaget; linguagem e alfabetização-Doman, Glenn; educação física - Bobode. Se propõe a escolarização de alguns alunos com níveis melhores de compreensão e tentativa de sociabilização com os outros.

Funciona em dois turnos, sendo atendimento de meio período adolescentes pela manhã, crianças à tarde, sua população atual 40 alunos.

b) Objetivos - campo de atuação

Fornece suporte pedagógico e práticos para vida destes indivíduos.

c) Instalações

Funciona em uma antiga casa de madeira, suas peças são pequenas, possui 3 quartos pequenos que se transformam em salas de aula, uma sala dividida é a sala de espera e secretaria, uma passagem transformada em gabinete de atendimento e corredor (também dividido por armário), um banheiro, cozinha.

O espaço externo é muito amplo, cercado por árvores e mato, sendo o terreno protegido por cerca.

Obs.: esta junto Secretaria de Educação tentando conseguir um local mais próximo e adequado para esta clientela.

Corpo docente: uma diretora, dez professores, um professor de educação física, dois atendentes e dois serventes.

Corpo técnico: fisioterapeuta, assistente social.

Corpo discente: 40 alunos com distúrbios severos (psicóticos-autistas, esquizofrênicos. Distúrbios associados com problema neurológico. Psicótico com deficiência visual.

Esquema de trabalho: os alunos são trabalhados a maior parte do tempo em sala de aula, cada sala possui 6 a 7 alunos com dois professores, sendo dividido o trabalho metade da turma fica em sala em atividades pedagógicas e outra metade sai com o outro professor para desenvolver atividades mais específicas tais como: psicomotricidade, atividades vida diária, atividades manuais, passeio.

- Lanche é fornecido pela escola, sendo realizado na cozinha, com horários alternados por grupo.

- Atendimentos mais específicos são realizados fora, apoio psiquiátrico Saúde Pública do Paraná e outros, tais como: fonoaudiologia, terapia GRAID.

- Trabalho com a família se dá através de conversas informais com assistente social ou com diretora, que também realizam anamnese. Existe uma pequena participação das mães no clube de mães.

- Contenção dos alunos se dá mais a nível de psicofarmacos.

- A escola promove alguns passeios de interação com os alunos e participação nos jogos na semana do excepcional.

- Datas comemorativas são trabalhadas, através de cartazes e conversas, às vezes realiza-se alguma festinha.

- Localização de tempo e espaço é diariamente trabalhados, assim como aspectos de higiene.

- Trabalha-se com folhas mimeografadas, pintura, colagem.

h) Trabalhos em andamento e pesquisa

Participações da equipe em encontros e cursos promovidos pela Secretaria de Educação e Escola Ecumênica.

i) Recursos disponíveis

I - Materiais: alguns jogos pedagógicos, trabalham muito com sucatas, uma bola bobote, uma máquina de escrever, e TV estragada, um mimeógrafo. Peças de mobília (carteiras, mesas, armário, sofá, fogão, geladeira, telefone).

II - Financeiros: há um convênio com o Departamento de Educação Especial que repassa verbas para o pagamento de professores secretária e serventes, não cobre os técnicos.

Associação de pais (APE)

A merenda é fornecida pela Prefeitura e Associação Santa Rita e também o material de limpeza. O grupo também se mobiliza para arrecadar fundos através feira de bagulhos e algumas outras promoções.

i) Resultados alcançados

Até o momento poucos resultados concretos podem ser detectados, devido às mudanças de Associação, Direção e locais, ocorrendo uma inconstância a nível de trabalho e de linha de atuação.

CONCLUSÃO

O presente estudo voltou seu interesse para a problemática de atendimento ao adolescente psicótico esquizofrênico.

A constatação de que tal atendimento é bastante precário no Brasil, e que em Curitiba somente uma Escola (conveniada com o Estado) uma Escola particular e um atendimento alternativo abrangem esta clientela, gera a necessidade de fomentar estudos que possibilitem a implementação de um trabalho consistente e promissor.

Essa necessidade no presente estudo foi um de seus objetivos.

O sistema escolar está ultrapassado e falido economicamente. Muito pouco se aprende de útil para vida. É desvinculado da realidade social do aluno, querer fazer da Escola Especial um prolongamento da Escola Regular é uma falsa alternativa de direitos iguais, apesar de algumas divergências no atendimento.

Para sociedade é mais comodo criar Escolas paralelas do que reestruturar todo sistema social, político e educacional. A Escola continua fazendo seu papel passivo e muitas vezes

enganoso. E, a Escola Especial de uma forma geral, segrega os indivíduos em rótulos e os institucionaliza fazendo-os meros coadjuvantes e em alguns casos porque não "fantoques" sem desejos e perspectivas, galgando degraus, como futuros pacientes de hospitais psiquiátricos. Como se pensar em anti-psiquiatria se não começarmos por mudanças nas bases?

O psicótico não necessita de sala de aula, quadro-negro e professores, precisa de um espaço para buscar a si mesmo através de sua liberdade e opção. Mediante interações verdadeiras, a busca pelo saber possa ser descoberta. Sempre se pensa pelo outro, pressupõem-se e se oprimi.

De acordo com todo o material levantado nesta pesquisa e observações conclui-se, que às mudanças nesta área se fazem necessárias a partir da criação de Centros de Vivência próximos as casas das famílias dos adolescentes, porquanto o internato aumenta o risco de segregação e viabiliza a criação em termos de micro unidades dos hospitais psiquiátricos. Em proveito da riqueza que é o contato familiar, a solução proposta é o adolescente voltar a noite para sua casa e quando impossibilitado por algum motivo (estrutura da família ou abandono), famílias de acolhimento que o albergassem à noite e alguns finais de semana, seria indicado. E para aqueles com um nível de comprometimento mais acentuado, os grupos apartamento com acompanhamento especializado fica como proposta.

Os Centros funcionariam em período integral, com um

número máximo de 60 adolescentes, divididos em grupos de oito. Atuariam profissionais de diversas áreas, tais como: psiquiatra, psicólogos, assistente social, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, professores e pedagogos para apoio pedagógico, artistas ligados a teatro, pintura, cerâmica e Educação Física, atendentes e outros profissionais que estivessem envolvidos na área.

Os trabalhos seriam desenvolvidos a nível de: horta, criação de animais, oficinas: cerâmica, pintura, bordado, marcenaria, vime etc. As atividades sociais teriam meta diária: passeios programados, atendimentos externos (terapia, fonoaudiologia, etc.) aulas de natação, aulas de dança, expressão corporal, escolaridade (em escolas regulares ou cursos como SENAC e outros). Alguns trabalhos na comunidade para aqueles, com melhor nível de interação. Em todos estes trabalhos desenvolvidos deve-se partir do princípio de liberdade de escolha o que conduziria estes indivíduos ao encontro e harmonia consigo mesmos.

Busca-se que estes centros possam se manter a partir de trabalhos realizados pelos adolescentes, e da mobilização da comunidade através da iniciativa privada, associação de bairros e outras associações, desta forma poderemos ter um trabalho desvinculado da visão paternalista e assistencial e com uma maior amplitude de clientela. Permitindo o funcionamento em locais com estruturas adequadas e salários

dignos para os profissionais, todos estes fatores refletiram na eficácia do projeto, tanto a nível técnico, como econômico. Diminuiria as despesas do governo com Escolas Especiais e a incidência de internamentos teria decréscimo, para um país de 3º Mundo, onde os investimentos a saúde mental são quase inexistentes, às formas alternativas são o caminho para humanizar e melhorar a qualidade de vida desta clientela.

SUGESTÕES

1 - Promoção de debates sobre saúde mental, profilaxia e alternativas.

2 - Encontros com profissionais da área de Educação Especial, para crítica e análise não só econômica das Instituições, mas sobretudo para questionar as diferentes formas de atuação das Instituições.

3 - Maior inspeção dos órgãos competentes nestas Instituições, incluindo nesta relação trabalho de apoio e orientação.

4 - Em um país onde a miséria e a doença mental caminham juntas, sugere-se através dos sindicatos uma maior conscientização dos direitos do trabalhador e de seus familiares.

5 - Abertura de locais adequados para o atendimento à esta clientela, para o número da população necessitada é quase inexistente o atendimento ao adolescente esquizofrênico.

6 - Espaços físicos amplos para o funcionamento destas Instituições.

7 - Maior interação de outros profissionais tais como: teatro, dança, música, esportes, clínicos gerais, dentistas, etc.

8 - Envolvimento maior da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGNES, Miles. O doente mental na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
2. AJURIAGUERRA & MARCELLI. Manual de psicopatologia infantil. Porto Alegre-RS, Artes Médicas, 1986.
3. AUBIN, Henry. As Psicoses da criança. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
4. BARROS, A. & LEHFELD, W. Projeto de Pesquisa. Petrópolis-RJ, Vozes, 1990.
5. BASAGLIA, Franco et al.. Autobiografia di un movimento. Firenze, Stampa, 1979.
6. _____. A psiquiatria alternativa. São Paulo, Brasil Debates, 1979.
7. BABIGIAN, H.M. Schizophrenia, Epidemiology. Belo Horizonte-MG, Científica Nacional, 1987, 2, 99p.
8. BLEGER, José. Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

9. COOPER, D. Psiquiatria e anti-psiquiatria. São Paulo-SP, Perspectiva, 1976.
10. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL, Manual of mental DISORDERS, 3.ed., American Psychiatric Association, Washington-D.C., 1987.
11. ELKIS, Hélio. Os conceitos de esquizofrenia e seus efeitos sobre os critérios diagnósticos modernos. Belo Horizonte-MG, Científica Nacional Ltda, 1990, 5. p.221-227.
12. FREIDSON, E. Profession of medicina. Belo Horizonte-MG, Científica Nacional Ltda, 1987, 3. p.89.
13. FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo, Perspectiva, 1972.
14. _____. Doença mental e Psicologia. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
15. FREEMAN, Thomas. Psicopatología de los psicosis. Barcelona, Toray, 1972.
16. HOUZEL, D. Le monde tourbillonnaire de l'autisme, Lieux de l'enfance. 1985, 3. p.31-40.
17. ILLICH, Ivan. Sociedade sem escolas. Petrópolis-RJ, Vozes, 1971.

18. JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. V.36, 37 e 39, Belo Horizonte, Editora Científica Nacional Ltda, 1990.
19. JORGENSEN, Geneviève. Uma educadora diante da loucura. Rio de Janeiro, Agir, 1979.
20. KAPLAN, H. & SADDOCK, Companheiros de psiquiatria. Porto Alegre-RS, Artes Médicas, 1990.
21. KOLB, Lawrence. Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro, Guanabara, 1988.
22. LIMA, Oscar Resende. Psicose. São Paulo-SP, Sarvier, 1985.
23. LANG, R.D. A política da experiência. Petrópolis-RJ, Vozes, 1974.
24. MACKINNON, Roger A. A avaliação psiquiatria na prática clínica. Porto Alegre-RS, Artes Médicas, 1988.
25. MAHLER, Margaret. As Psicoses Infantis e outros estudos. Porto Alegre-RS, Artes Médicas, 1983.
26. MANNONI, Maud. A criança sua "doença" e os outros. Rio de Janeiro, Guanabara, 1967.
27. _____. Educação impossível. Lisboa, Moraes, 1973.
28. MAZET & LEOVICI. Autismo e psicoses da criança. Porto Alegre-RS, Artes Médicas, 1991.

29. MELLO, A. & SILVA, M. Projeto Esperança - Europa 88. Espírito Santo, Comunicação Social da LBA, 1988.
30. SANTOS, Neuza. A psicose. Um estado lacaniano. Rio de Janeiro, Campus, 1991.
31. NOBRE, Melo Al. Psiquiatria, Psicologia geral e Psicopatologia. Rio de Janeiro, 1981.
32. RIBEIRO, Maria Luisa. História da Educação Brasileira. São Paulo-SP, Cortez, 1987.
33. ROUSSEAU, Jacques. Emílio ou da Educação. Rio de Janeiro, Difel, 1979.
34. SZASZ, Thomas. A fabricação da loucura. Rio de Janeiro, Guanabara, 1984.
35. TUSTIN, Francis. Autismo e psicose infantil. Imago, 1972.
36. USDIN, Gene. Psiquiatria na prática médica. Rio de Janeiro-RJ, Guanabara Koogan, 1979.
37. WIDMAR, Silvana. Normalidade e anormalidade. Belo Horizonte, Editora Científica Nacional Ltda, 1987, 4, p.229.231.