

SOBRE A VULNERABILIDADE...

Carlos Melo-Dias<sup>1,2</sup>✉, & Carlos Fernandes da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, <sup>2</sup>Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem – UICISA-E. Portugal Centre for Evidence Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, <sup>3</sup>Universidade de Aveiro, Laboratório de Psicologia Experimental e Aplicada – PsyLab

---

**RESUMO:** A vulnerabilidade das pessoas às perturbações psiquiátricas é revista com a metodologia de ficha de leitura com foco exclusivo no trabalho de Joseph Zubin. Emerge o modelo da vulnerabilidade como denominador comum da causalidade nosológica, esclarecendo-se os dois tipos de vulnerabilidade (inata e adquirida), e a relação entre estas e os quaisquer acontecimentos stressores da vida de todos os dias. Complementa-se com a concretização da adaptação da pessoa em assimilação ou acomodação enquanto competências adaptativas ou regressivas consoante o desenvolvimento versus o empobrecimento que constroem. Finaliza-se com a aplicação da compreensão do modelo da vulnerabilidade à experiência de viver com esquizofrenia, identificando a característica primária e persistente da pessoa = a vulnerabilidade.  
*Palavras-chave-* vulnerabilidade, esquizofrenia, coping, stressores, adaptação, doente

---

ABOUT THE VULNERABILITY...

**ABSTRACT:** People's vulnerability to psychiatric disorders is reviewed with the methodology of Index card (or a Note-taking reading form) with exclusive focus on the work of Joseph Zubin. Emerging the model of vulnerability as a common denominator of nosological causality, clarifying whether the two types of vulnerability (innate and acquired) and the relationship between these events and any stressors of everyday life. Is complemented by the concretization on adjustment of the person in assimilation and accommodation, while adaptative or regressive competencies, depending on development versus impoverishment that they construct.

---

✉ Rua 5 de Outubro (Pólo B), Gab. 6. Apartado 7001. 3046-851 Coimbra. E-mail: [cmelodias@esenfc.pt](mailto:cmelodias@esenfc.pt)

Is finalized with the application of the comprehension of the model of vulnerability to the Patient with Experience of Mental Illness, identifying primary and persistent feature of the person = the vulnerability.

*Keywords*-vulnerability, schizophrenia, coping, stressors, adjustment, patient

---

Recebido em 22 de Abril de 2014/ Aceite em 13 de Outubro de 2015

Sobre a vulnerabilidade, e convocando um original antigo para a contemporaneidade, porque apesar de termos mais tecnologia, mais farmacologia, mais longevidade, mais política de saúde e de economia, mais globalidade, continuamos tão simples (ou complexos se preferirem) como anteriormente, quero dizer, que cada um de nós, seres humanos, continuamos a ter de viver a nossa vida do nosso modo singular, com a nossa fragilidade e com a nossa força, sozinhos connosco, e com os próximos que vamos considerando família, ou aqueles com quem temos ligações genéticas, ou aqueles com quem nos cruzamos mais tempo do que com os primeiros referidos, os colegas do trabalho, aqueles que habitam à nossa volta, e com quem nos cruzamos algo anonimamente, mas que aparentemente não queríamos (ou não podíamos) viver sem eles, enfim, todos e qualquer uns, que se refletirmos, fazem parte da nossa vida (para o nosso melhor bem, ou até para nos “perturbarem”).

“... Assume-se [assim] que os desafios externos e/ou internos provocam crises em qualquer pessoa, mas dependendo da intensidade do stress provocado e do limiar para o tolerar, isto é, dependendo da vulnerabilidade pessoal, a crise será contida de forma homeostática ou levará a um episódio de perturbação ...” (Zubin & Spring, 1977, p.103).

Escreve-se agora, utilizando a metodologia de ficha de leitura, uma síntese descritiva do que é então, originalmente entendido como a vulnerabilidade das pessoas perante a vida total (o “interior”, o “exterior”, e a sua relação intrínseca e bidirecional), baseado quase exclusivamente na primeira obra publicada com a aplicação da teoria da vulnerabilidade à pessoa com a doença esquizofrenia, o artigo *Vulnerability – A new view of schizophrenia*, de Joseph Zubin & Bonnie Spring.

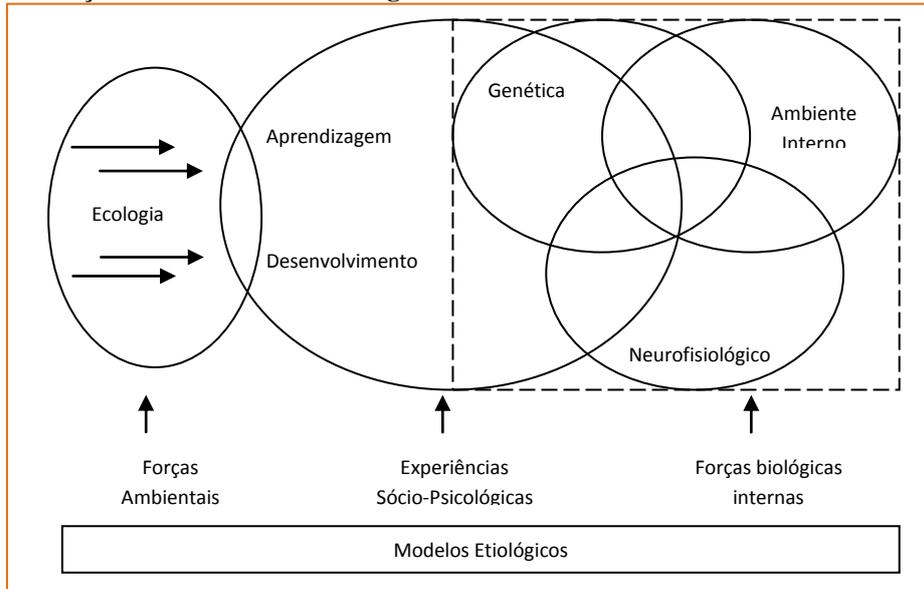
O artigo irá abordar o modelo da vulnerabilidade, os tipos de vulnerabilidade, a relação e adaptação entre a vulnerabilidade e os stressores, associando-lhe as variáveis moderadoras, interpretando a experiência de esquizofrenia como episódica.

### *Modelos Etiológicos*

Ao pretender abordar-se as perturbações psiquiátricas e a sua causalidade, configuram-se seis modelos etiológicos (ver ilustração 1), classificados em três tipos, de acordo com o seu foco etiológico:

- a) Teoria do ambiente, com foco nas forças que provêm do ambiente externo e interagem com o indivíduo – do nicho ecológico que ele ocupa;
- b) Modelos da psicologia comportamental, com foco nas forças que provêm da experiência do indivíduo ganha na aprendizagem e desenvolvimento;
- c) Modelos biológicos, com foco nas forças que provêm do *milieu* (ambiente) interno do indivíduo – os seus genes, bioquímica e neurofisiologia.

**Ilustração 1 - Seis Modelos Etiológicos**



Adaptado de Zubin & Spring (1977)

### *Modelo da vulnerabilidade*

Da análise da lógica dos seis modelos e das suas três áreas teóricas, é sugerido que o denominador comum que interliga todos os modelos seja por sua vez, um modelo de uma outra ordem, o modelo da vulnerabilidade.

Este modelo propõe que cada um de nós é dotado com um certo grau de vulnerabilidade que em determinadas circunstâncias propícias se expressa com um episódio da doença esquizofrenia.

*As dimensões do modelo da vulnerabilidade são:*

- O tipo de vulnerabilidade;
- Acontecimentos stressores (os desafios do quotidiano que são os desencadeadores);
- Variáveis moderadoras (como as redes sociais, personalidade premórbida e aspetos físicos, sociais e culturais específicos dessa pessoa).

A vulnerabilidade de um indivíduo para qualquer doença representa e determina o risco, nomeadamente a facilidade e a frequência com que determinados desafios à homeostasia possam levar à perturbação.

A pessoa com elevada vulnerabilidade é aquela para quem as numerosas contingências, mais ou menos complexas da sua vida diária, são suficientes para desencadear um episódio de perturbação.

A pessoa de baixa vulnerabilidade é aquela em que “parece não haver nada” que as possa perturbar, só uma situação excecional e catastrófica poderiam conduzir a um episódio de doença.

### *Dois tipos de vulnerabilidade*

Considera-se existirem dois tipos de vulnerabilidade: a inata e a adquirida.

A inata refere-se à vulnerabilidade que está registada nos genes e refletida no ambiente interno e na neurofisiologia do organismo.

A adquirida é a vulnerabilidade que decorre da influência da experiência de situações anteriores com trauma, doenças específicas, complicações perinatais, experiências na família, falta de intimidade nas amizades interpares na adolescência e outros acontecimentos críticos de vida que contribuam para estimular ou para inibir o desenvolvimento de subseqüente perturbação.

#### *Acontecimentos stressores*

Para desencadear um episódio de esquizofrenia é necessária a ocorrência de um acontecimento desencadeador, i.e., um tipo de acontecimento que faz iniciar a crise numa pessoa vulnerável (Melo-Dias & Silva, 2015, p.74).

Os acontecimentos desencadeadores são indutores breves e recentes ao momento e com stress suficiente para produzir uma crise. São acontecimentos indesejados, singulares, estranhos, inesperados, imprevistos e incontrolláveis e que produzem perda, e exigem um considerável reajuste da rotina diária. São acontecimentos de origem endógena ou exógena que interrompem a adaptação e são capazes de provocar uma crise temporária ou até um episódio de doença.

De origem endógena, são os acontecimentos bioquímicos ou neurofisiológicos, que apesar da complexidade em isolar esses contributos específicos, consideram-se as alterações maturacionais, ingestão de substâncias tóxicas, alimentação desadequada, respostas patológicas a situações de doença ou de stress.

De origem exógena, são os acontecimentos comumente considerados como acontecimentos típicos de vida, existindo evidências consideráveis sobre o seu papel determinante em expor perturbações quer físicas, quer mentais.

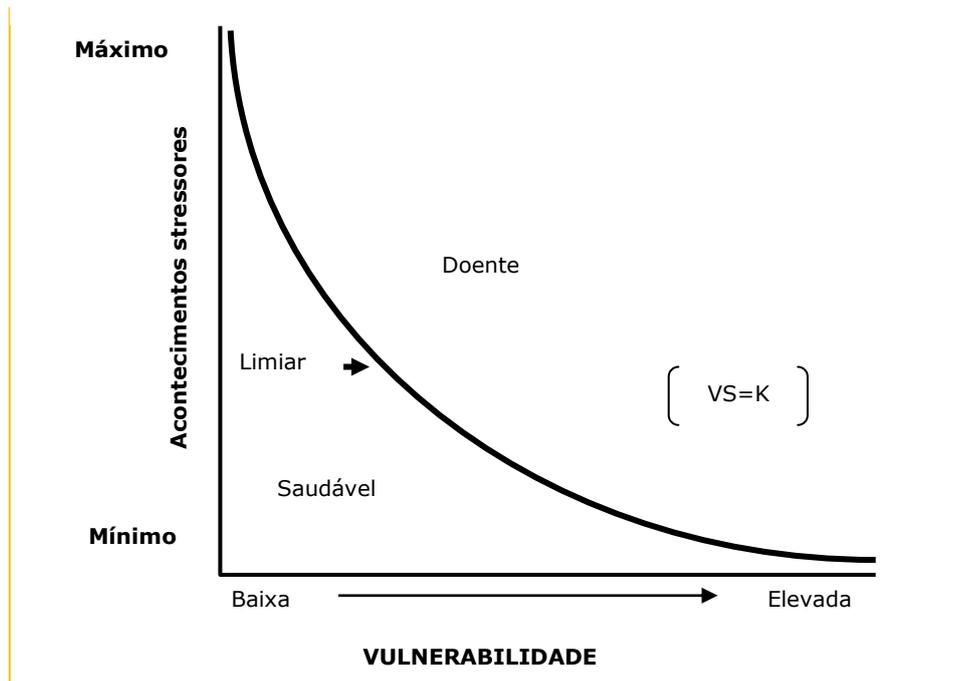
Estes acontecimentos de vida são acontecimentos críticos que desafiam o equilíbrio e o ajustamento, exigindo um reajustamento ou reorganização da vida dessa pessoa, como perdas, divórcio, ou ganhos, promoção profissional, casamento.

Uma dimensão de análise, algo peculiar, dos acontecimentos de vida stressores, é o caso da sua ocorrência considerar-se ser ou não aleatória. Se não se considerarem as situações verdadeiramente aleatórias como as calamidades naturais como tremores de terra, pode considerar-se que as escolhas pessoais do estilo e tipo de vida de cada um irão contribuir para a maior ou menor probabilidade de ocorrência de acontecimentos stressantes, sendo que essa maior tendência para os acidentes e incidentes serão em si mesmos os produtores de repetidos e potenciais acontecimentos desencadeadores (Melo-Dias & Silva, 2015, p.75. Zubin & Spring, 1977).

A ilustração 2 mostra em esquema a possível relação entre os acontecimentos de vida stressores e a vulnerabilidade. Enquanto o grau de stress induzido pelos acontecimentos de vida stressores ficar abaixo do limiar da vulnerabilidade, a resposta do indivíduo ao stressor é feita de forma flexível e homeostática, mantendo-se assim em equilíbrio nos limites da “normalidade”. Quando o grau de stress excede o limiar, o indivíduo tem uma maior probabilidade de desencadear um qualquer episódio psicopatológico.

A teoria da vulnerabilidade considera ainda estes episódios como tendo um timing de duração limitado, em que assim que o grau de stress que está a ocorrer seja inferior ao limiar da vulnerabilidade, o episódio de perturbação começa a terminar e a pessoa começa a regressar a um estado de adaptação semelhante ao que tinha antes de ocorrer o episódio.

Ilustração 2 - Relação entre a Vulnerabilidade e os Acontecimentos stressores



A Equação para esta hipotética curva é  $VS=K$ , em que V é o grau de vulnerabilidade, S é o grau de stress induzido pelo acontecimento stressor, e K é a constante (o limiar).

Esta interpretação teórica foi desenvolvida com base no paradigma da teoria de stress de Selye, na qual os acontecimentos de vida stressores que se impõem ao organismo induzem um estado de tensão. A tensão, por sua vez, põe em movimento as capacidades adaptativas de modo a suplantar o stress ou conter a tensão. Neste sentido o stress é definido como algo que envolve a discrepância entre as exigências impostas à pessoa - sejam elas externas ou internas, e sejam elas desafios ou objetivos – e a forma como o indivíduo interpreta as suas potenciais respostas e essas exigências. Em síntese, a tensão ocorre como resultado da falha dos métodos habituais e de rotina usados para lidar com as ameaças.

A *adaptação* descreve a medida na qual o organismo responde adequada e apropriadamente às exigências da vida. Para a explicação deste modelo da adaptação utilizam a analogia com um modelo clássico da física, o “modelo da corda”. Este modelo representa o stress imposto a um corpo por uma determinada carga que produz uma determinada quantidade de deformação por tração. Assim, prendem uma corda ao teto e fixam-lhe uma carga. Como resultado dessa carga a corda pode: a) Resistir à carga sem se alongar/esticar; b) Alongar-se temporariamente e regressar ao tamanho original assim que a carga é retirada; c) Alongar-se permanentemente; ou d) Partir-se sob o efeito da carga.

Comparativamente com o organismo (sendo hipoteticamente a corda) e a carga (como hipoteticamente o grau de stress do acontecimento de vida), a tendência para a corda esticar pode ser semelhante aos conceitos biológicos Piagetianos de acomodação que descrevem uma alteração da estrutura do organismo, temporária ou permanentemente para se adaptar às exigências ambientais. Os organismos, ao contrário das cordas, têm outra forma de responder, tentando ajustar os seus limites de tolerância.

Quando um acontecimento de vida stressor ameaça impor uma tensão, o organismo até poderá ajustar o seu nível de stress, através do evitamento, reinterpretação ou distorcendo o acontecimento.

Este exemplo clássico do modelo da adaptação (Zubin & Spring, 1977), quando com a finalidade de prever a resposta do indivíduo ao stressor deve ter em conta os seguintes aspetos:

- a) A severidade percebida do acontecimento de vida stressor;
- b) A interpretação individual da carga do potencial stressor;
- c) Os esforços de coping para lidar com uma situação stressora;
- d) O nível de capacidades ou competência geral;
- e) A vulnerabilidade da pessoa.

#### *Relação entre vulnerabilidade, os acontecimentos de vida stressores e a adaptação*

Lembrando que a interpretação do valor da ameaça do stressor é de carácter individual, quando a adaptação falha, e o mini-episódio surge, será o grau de vulnerabilidade do indivíduo a determinar a severidade e longevidade das consequências. Temos assim, que a *invulnerabilidade* relativa descreve a resiliência do organismo perante o grau imposto pelos acontecimentos de vida stressores. As falhas de adaptação podem apresentar-se como inabilidade temporária – por exemplo a dor e o distress que reduzem a eficiência e felicidade – mas tem o seu *términus* antes de se constituírem perturbações continuadas do funcionamento do organismo. Como se diz popularmente, toda a gente já teve um “mau dia” ou uma “semana difícil”!

Estas variações típicas e efémeras na adaptação da pessoa não requerem por si só intervenções clínicas, no entanto, em indivíduos vulneráveis, o que começa como um mini-episódio poderá desenvolver-se num episódio de doença psiquiátrica, que será por isso muito mais avassalador para a pessoa, com uma maior duração e com mais ampla perturbação do seu funcionamento e comportamento.

Em ambos os tipos de episódios, mini-episódios ou episódios de doença psiquiátrica, o resultado de adaptação, pode ser a assimilação ou a acomodação.

Na assimilação, a adaptação é recuperada inicialmente pela alteração do ambiente. Quando o stress é eliminado, quer pelo comportamento do indivíduo transformador do ambiente quer pela passagem do tempo e da circunstância, quer pela ajuda de alguém externo, o organismo regressa ao seu status pré-episódio.

Na acomodação, em que o organismo altera o seu *milieu* interno para corresponder às necessidades do ambiente, em situações de óptima funcionalidade, essas alterações são adaptativas e contribuem para o crescimento/desenvolvimento proporcionando até a possibilidade de serem preventivas de futuros episódios. Por outro lado poderão ser regressivas e conduzir por consequência a um entrincheiramento da psicopatologia e à perda de capacidades básicas.

#### *Variáveis moderadoras (habilidade de coping premórbida, acontecimentos de vida e vulnerabilidade)* (Zubin & Spring, 1977. Melo-Dias, 2015)

Duas pessoas de igual grau de vulnerabilidade com semelhante imposição de acontecimentos stressores poderão não desencadear ambos um episódio de doença se as variáveis moderadoras como a rede social, a habilidade de coping, e o *nicho ecológico* (cultura, condições habitacionais, relacionamento intrafamiliar e amigos) forem diferentes um do outro. Daí a importância de perspetivar uma avaliação e interpretação destas variáveis na fase premórbida.

A rede social serve em duas funções primordiais: a) uma função etiológica, como potencial indicadora do enviesamento ou constrição ou perturbação existente nessas ligações da rede que

demonstre a tendência de risco de adoecer; e b) como função dinâmica de agente para absorver ou falhar nessa absorção do impacto dos acontecimentos de vida stressores.

A adaptação é conseguida através do *esforço de coping*, definido como uma tentativa de decisão, que é baseada na assunção de que a competência e a habilidade cognitiva para perceber e interpretar a discrepância são e mantêm-se estáveis, como características estruturais do organismo, tendo sido desenvolvidas ao longo da experiência e das diversas situações que foram requerendo esta tentativa de decisão, este esforço de coping, esta adaptação.

Esta *tentativa de decisão* é, ainda, considerada variável e dinâmica, podendo aumentar ou diminuir em qualquer momento e qualquer situação, servindo para lidar com problemas ou para inibir as estratégias adaptativas.

A habilidade de coping resulta do esforço de coping ou iniciativa, e da competência ou habilidade que a pessoa utiliza para criar estratégias para lidar e gerir as situações de vida.

Quando se descreve alguém como tendo uma “boa” capacidade de coping, estão a caracterizar alguém que mantém a adaptação em equilíbrio: a) a maior parte do tempo, b) perante acontecimentos de vida que são genericamente reconhecidos como stressores. Aquele com “pobre” capacidade de coping, em contraste, está em desequilíbrio; a) a maior parte das vezes, b) mais frequentemente perante situações das quais nem todas são unanimemente consideradas como stressores.

Neste sentido, os momentos de ineficácia do coping ou falha na adaptação *major* ou *minor*, podem ser observados em ambas as pessoas com o considerado “bom” coping e com o “pobre” coping.

Estes momentos serão caracterizados pela típica sintomatologia de tensão, um estado de desconforto subjetivo ou de distress, sentimentos de desesperança, afastamento, comportamento inapropriado ou disfuncional, desequilíbrio fisiológico ou perturbações vegetativas mas não necessariamente como episódios de perturbação mental.

Assumindo a elevada complexidade de interpretar quando é que a diminuição, ou exacerbação, ou utilização inadequada do coping corresponde a um marcador de episódio, deve entender-se que a capacidade cognitiva e as diversas habilidades só são ativadas por esse mesmo esforço de coping, dessa forma durante a ocorrência de um episódio não é passível de ser medido e demonstrar que está intacto. No entanto, pode constatar-se clinicamente que pessoas com estados premórbidos aparentemente intactos apresentam graus extraordinariamente elevados de incompetência e de falhas grosseiras de insight durante a instalação e desenvolvimento do episódio de perturbação psiquiátrica.

Considerando que, de uma forma geral, a habilidade de coping seja independente da vulnerabilidade às doenças psiquiátricas, temos como provável que quando a pessoa tem uma “quebra” na habilidade de coping, entra num período de risco, um estado de baixa resistência psicológica. Se a vulnerabilidade dessa pessoa for suficientemente baixa, este período de risco irá passar sem grande consequência. Por outro lado, se a vulnerabilidade é elevada, esses pontos de sensibilidade poderão constituir-se determinantes para desenvolver um episódio psicopatológico. A pessoa com “pobre” habilidade de coping irá encontrar diariamente mais acontecimentos de vida que lhe baixam a resistência e podem consequentemente passar grande parte da sua vida em risco de manifestar alguma perturbação de algum tipo, de acordo com a sua vulnerabilidade específica.

#### *Natureza episódica ou temporária da esquizofrenia*

Um dos princípios da teoria da vulnerabilidade aplicados à esquizofrenia é considerar que a característica primária e persistente da pessoa com esquizofrenia, é a sua vulnerabilidade (e não a sua doença).

Vários dados concorrem para este princípio: os dados referidos das estatísticas hospitalares indicam menor duração do internamento; os doentes crónicos hospitalizados são os que foram admitidos há 30 ou 40 anos; aumento dos reinternamentos; o referido estudo inicial em 1974 com *follow-up* de 23 anos, já indicava que 50% dos doentes tinha conseguido um ajustamento adequado à comunidade e cerca de 40% viveu a maior parte do tempo na comunidade, embora com ocasionais internamentos, os restantes 10% dos casos são considerados resultantes do tipo de sistema de saúde e da sua estratégia de tratamento.

Na continuidade da mudança de paradigma dos sistemas de saúde relativamente aos internamentos de longa duração um novo padrão já emergia nas características da esquizofrenia, os doentes já apresentam resultados positivos nas intervenções e hospitalizações de quatro semanas assumindo-se assim a evolução da doença esquizofrenia pela apresentação de episódios, surgindo aquando dos acontecimentos desencadeantes e desvanecendo quando o stress e a consequência se dissipa, constatando-se assim um ciclo de episódio de doença, depois um ciclo de recuperação e depois um ciclo de recaída e depois um ciclo de recuperação ... Assim, seria expeável que alguns doentes começassem a “sair” dos seus episódios e que outros doentes “entrem” em novos episódios num qualquer momento crítico, tendo assim, desta forma, neste novo cenário da evolução da doença, um aumento de recaídas entre 40 a 65% dos casos.

Quatro interpretações síntese do doente que parece ser *cronicamente doente*:

- a) Há uma probabilidade de alguns doentes com esquizofrenia que permanecem incessantemente num episódio de doença, embora sejam uma minoria;
- b) Poderão existir alguns doentes potenciais, com um grau de vulnerabilidade tal, que recuperam apenas por breves períodos e logo entram num novo episódio;
- c) Outros ainda poderiam ter as habilidades premórbidas tão pobres que a recuperação do episódio de doença é difícil de discernir. Em contraste com as pessoas com um coping eficaz que recuperam e regressam ao seu papel e lugar na sociedade, estes doentes pelo seu lado têm uma recuperação que não se nota na funcionalidade, permanecendo incapazes de habilidades de coping para as exigências da vida, da mesma forma que já eram antes de ficarem doentes.

Num outro grupo de doentes considerados crónicos, as habilidades de coping deterioraram-se muito abaixo do nível premórbido, como consequência do ataque devastador da psicopatologia, do isolamento no hospital ou comunidade, e o desuso das habilidades sociais.

#### *Potenciais Marcadores de Vulnerabilidade*

Consideram-se os seguintes marcadores de vulnerabilidade: o Genético, o Ecológico, o Desenvolvimental, o da Teoria da Aprendizagem, o Ambiente interno, o Neurofisiológico, e o Neuroanatômico.

*Ecológico*: a migração, marginalidade social, status socioeconómico, isolamento social, milieu emocional da família, rede social desviante;

*Desenvolvimental*: a estação do ano de nascimento (Inverno), dano cerebral pós-natal, defeito oftalmológico nos progenitores com esquizofrenia ou em familiares, ausência de relações de intimidade na adolescência;

*Teoria da Aprendizagem*: a perturbação severa da comunicação, inabilidade de desenvolver comportamentos adaptativos ou de aprender com as experiências anteriores, reforço inapropriado;

*Ambiente interno*: o nível da monoamino-oxidase, dopamino-beta-hidroxi-dase, taxa de transferência da catecolamina dos glóbulos vermelhos, Fosfoquinase creatinina, atividade da monoamino-oxidase plaquetar;

*Neurofisiológico*: a resposta pupilar, movimentos oculares de perseguição, tempo de resposta.

### *Modelo da vulnerabilidade & episódios de esquizofrenia*

Em síntese apresenta-se a compreensão do modelo da vulnerabilidade aplicado aos episódios de esquizofrenia, nos componentes: vulnerabilidade, esforço de coping, competência, habilidade de coping, e efeitos dos stressores.

*Vulnerabilidade*, como a probabilidade empírica de uma pessoa desencadear um episódio de perturbação psiquiátrica, sendo um traço de personalidade permanente (*an enduring trait*, no original);

*O esforço de coping*, como a libertação de energia nas situações é incorretamente utilizada e absorvida pelos reflexos, sendo correlacionado autonomamente (*orthogonal*, no original) com a vulnerabilidade;

*A competência*, enquanto as capacidades e habilidades que ainda precisam de atingir sucesso em papéis significativos da vida de todos os dias, sendo correlacionada com a vulnerabilidade;

*A habilidade de coping*, como resultante da iniciativa e da habilidade que o organismo apresenta através do estabelecimento de estratégias para lidar com os acontecimentos de vida, sendo correlacionado com a vulnerabilidade.

Os efeitos dos stressores expressam-se em episódios de coping ineficaz e episódios de perturbação psiquiátrica

Os episódios de coping ineficaz ocorrem em todas as pessoas aquando de situações catastróficas, perante as quais as habituais estratégias de coping são ineficazes, não levando necessariamente a episódios de perturbação psiquiátrica.

Os episódios de perturbação psiquiátrica desenvolvem-se tendencialmente em pessoas vulneráveis, que se encontram num estado de coping ineficaz: ocorrem episódios de doença com duração diversa, mas limitada.

## DISCUSSÃO

A pessoa com esquizofrenia provém do mesmo ambiente, de semelhante nível de inteligência, de competência, de habilidade de coping, de sucesso e de todos os restantes aspetos da condição humana.

A única característica comum a todas as pessoas com esquizofrenia, não é a presença constante da doença, mas sim a presença constante da sua vulnerabilidade, sendo que os de elevada vulnerabilidade apresentam maior repetição de episódios.

Os episódios de esquizofrenia têm uma duração limitada e terminam “mais tarde ou mais cedo” com ou sem intervenção terapêutica. A maior parte das pessoas com esquizofrenia passa a maior parte do tempo das suas vidas na comunidade, com a sua possível autonomia e indistinguíveis da restante população (à exceção dos “olhos” daqueles que os discriminam).

Consideram estes autores que no geral cerca de 50% dos doentes recuperam completamente, 40% tem recaídas mas vão gerindo a situação conseguindo passar a maioria do tempo na comunidade, e 10% parecem permanecer crónicos. No caso destes 10% assume-se a complexidade de apurar a sua cronicidade, pois será endógena? iatrogénica? ou ainda derivada do tipo de paradigma do sistema de saúde?

No início do episódio de doença a competência e habilidade adequada de coping parece reduzir-se intensamente. No final do episódio de doença, estas características têm a tendência a regressar ao mesmo nível de capacidade que no momento premórbido, podendo a pessoa regressar ao seu “lugar” na sociedade. De modo geral o doente com “bom” nível premórbido de capacidades

regressa ao seu anterior “bom funcionamento, e o de “pobre” nível premórbido regressa ao seu “pobre” funcionamento.

Da análise entre as implicações da relação entre competência e a vulnerabilidade mantêm-se a complexidade e dificuldade em esclarecer, pois os dados conhecidos são tendenciosos pois os episódios que possam ocorrer em pessoas consideradas muito competentes e hábeis em coping, não aparecem nas estatísticas, nem nos registos hospitalares, e/ou nem os procuram para obter ajuda (ou por não necessitarem ou por a conseguirem obter noutras fontes ou locais), daí que os dados sejam preenchidos apenas por aqueles que têm “pobre” nível premórbido, com recaídas frequentes e que “circulam” regularmente nos serviços hospitalares psiquiátricos.

### BIBLIOGRAFIA

- Melo-Dias, C (2015) Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Orientador: Professor-Doutor Carlos Fernandes da Silva, 25 de Fevereiro, Porto.
- Melo-Dias, C. & Silva, C.F. (2015). Esquizofrenia. Revista Investigação em Enfermagem, n.º 10, 02ª série, Fevereiro, p.69-76, ISSN: 2182-9764. Disponível em <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-de-investiga-publicacoes-80/rie-serie2/695-rie-10>
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86(2), 103-26. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>.