

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 11, 2025

••• ARTIGO 9

Data de Aceite: 02/12/2025

FASES INICIAIS DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS: RELATO DE CASO EM PACIENTE JOVEM

João Vitor Juliani

Médico Residente de Psiquiatria no Hospital Universitário São Francisco, Departamento de Psiquiatria
Bragança Paulista – SP

<https://lattes.cnpq.br/2633211149491321>

Ludmila Marin Polesi

Médica Residente de Psiquiatria no Hospital Universitário São Francisco, Departamento de Psiquiatria
Bragança Paulista – SP

<http://lattes.cnpq.br/8314300660967474>

Luis Paulo Pinheiro de Oliveira

Psicólogo do Hospital Universitário São Francisco, Departamento de Psiquiatria
Bragança Paulista – SP

<http://lattes.cnpq.br/1958903078471664>

Marina Sakashita Vieira de Moraes

Médica Residente de Psiquiatria Hospital Universitário São Francisco, Departamento de Psiquiatria
Bragança Paulista – SP

<http://lattes.cnpq.br/9862650362417098>



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0
Internacional (CC BY 4.0).

William Augusto Rossetti

Médico Residente de Psiquiatria Hospital Universitário São Francisco, Departamento de Psiquiatria
Bragança Paulista – SP
<http://lattes.cnpq.br/9526574541016579>

Luiz Fernando Ribeiro da Silva Paulin

Professor Associado do Curso de Medicina da Universidade São Francisco; Coordenador do Departamento de Psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco
Bragança Paulista – SP
<http://lattes.cnpq.br/7150010474238550>

Resumo: Este artigo tem como objetivo apresentar o relato de caso de um paciente jovem do sexo masculino, internado em enfermaria psiquiátrica com sintomatologia prodromica psicótica, tomando como base a teoria de Klaus Conrad. O estudo refere-se a um paciente internado na ala masculina da enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco, em Bragança Paulista – SP, cuja apresentação clínica corresponde ao modelo de sintomatologia prodromica descrito por Conrad em *Die Beginnende Schizophrenie* (1958) Essa sintomatologia é organizada em etapas, *Trema*, *Apofania*, *Anástrofe*, *Consolidação e Resíduo*, nas quais se observa intensa sensação de estranhamento do mundo e medo inexplicável, podendo evoluir para sintomatologia psicótica como delírios, alucinações, alterações afetivas e comportamentais. Apesar de sua identificação ser pouco frequente na prática clínica, esse reconhecimento é de grande valor para a identificação e tratamento precoce dos transtornos psicóticos, favorecendo um melhor prognóstico. No caso relatado, a revisão da evolução clínica do paciente, realizada por meio da análise de seu prontuário e de uma discussão baseada na literatura, evidenciou a presença dos sintomas iniciais e uma progressão compatível com essas etapas, sendo a progressão do quadro, felizmente, positiva.

Palavras-Chave: Esquizofrenia; Transtornos Esquizofreniformes; Esquizofrenia Incipiente; Relato de Caso; Psicose.

INTRODUÇÃO

Na prática médica geral, pródomo se define por um conjunto de sinais e sintomas iniciais de uma doença, que geralmente precedem suas manifestações caracte-

rísticas. Já em psiquiatria, a definição mais aceita de pródromo refere-se a um grupo de comportamentos temporários e heterogêneos que se manifestam antes do surgimento de sintomas psicóticos (George *et al.*, 2017).

Os transtornos psicóticos, em particular a esquizofrenia, representam um desafio significativo na prática clínica psiquiátrica, pois com frequência são diagnosticados tarde, quando os sintomas já estão plenamente instalados. Nesse sentido, a identificação do período prodrômico, que antecede o surto psicótico completo, e cuja prevalência varia entre 1% e 8% entre os transtornos do espectro da esquizofrenia, é de extrema importância para um melhor prognóstico e para viabilizar uma intervenção precoce e mais satisfatória para o paciente (Stone; Lepping, 2017).

Paul Eugene Bleuer (1857-1939), importante psiquiatra suíço, foi o responsável por reconhecer que algumas mudanças comportamentais observadas em uma pessoa com esquizofrenia poderiam ser identificadas como uma fase prodrómica (George *et al.*, 2017). Já o psiquiatra alemão Klaus Conrad (1905-1961), em sua obra *Die Beginnende Schizophrenie* (1958), descreveu um modelo em cinco etapas, *Trema*, *Apoфania*, *Anástrofe*, *Consolidação* e *Resíduo*, que permite a identificação desses comportamentos iniciais, oferecendo, assim, uma janela de oportunidade para o tratamento. Conrad era médico psiquiatra em um hospital militar, onde realizou entrevistas com 107 indivíduos em tratamento para sintomas de transtornos mentais, momento em que pôde, a partir dessas experiências, documentar apresentações e evoluções (Mishara, 2010).

A partir desta documentação organizada, Conrad pôde caracterizar as etapas que

descrevem os aspectos iniciais dos transtornos psicóticos, em especial a esquizofrenia. Estas etapas não são fases propriamente ditas de uma doença em evolução, mas sim estruturas do campo vivencial do paciente (Marina-González, 2023). Elas podem durar dias, semanas e até mesmo anos (Mishara, 2010; Stone; Lepping, 2017).

A primeira destas etapas, chamada por Conrad (1958) de *Trema* (em alusão ao jargão teatral, que determina a tensão do ator antes de entrar em cena), é marcada por uma intensa sensação de estranhamento e medo inexplicável do mundo ao redor. Nessa fase, o paciente pode se experimentar sensações de perseguição, medo, culpa e uma percepção de separação em relação aos outros indivíduos (Mishara, 2010). Ele vive um presente marcado pela expectativa de que algo grande, porém não definido, está para acontecer e que afetará todo o seu campo vivencial (Marina-González, 2023). Neste primeiro estágio, o indivíduo não atribui essas mudanças a seu próprio estado, mas a algum processo externo, algo no mundo que está prestes a ocorrer (Mishara, 2010).

A segunda etapa, conhecida como *Apoфania* (termo de origem grega que significa “tornar-se manifesto”), ocorre quando o paciente manifesta propriamente o delírio, que surge como uma resolução para a sensação de opressão vivenciada previamente e, muitas vezes, é acompanhado por um sentimento de alívio. Nesse momento, o paciente não consegue alterar seu ponto de referência em relação aos acontecimentos de seu campo vivencial, justificando-os por meio da revelação delirante (Mishara, 2010). Segundo Conrad (1958), o que importa nesse ponto não é a temática do delírio, mas sim a transformação na estrutura da vivência do paciente, que assume um tom totalmen-

te novo e anormal, e se estende em todos os aspectos de sua vida (Marina-Gonzáles, 2023).

Em seguida, sucede a etapa que Conrad denominou *Apocalipse*. Nela, se perde a forma e a continuidade de sentido preservada na *Apofania*, e a consciência é inundada por imagens arquetípicas. O quarto estágio se denomina *Consolidação*, momento no qual as experiências da *Apofania* tendem a apresentar uma melhora, embora alguns aspectos ainda perdurem (Marina-Gonzáles, 2023).

Por último Conrad descreveu o *Resíduo*, etapa em que restam apenas as alterações da personalidade e a inexatidão característica da esquizofrenia. Essa fase é marcada por uma personalidade neutra do indivíduo em relação a si mesmo e ao mundo ao redor (Marina-Gonzáles, 2023).

Ao se analisar a complexidade descrita por Conrad nas etapas iniciais dos transtornos psicóticos, especialmente na esquizofrenia, evidencia-se a importância da identificação e do tratamento precoce desses quadros, que culminam no aniquilamento do senso de *self* do paciente. Apesar disso, observa-se que a literatura científica a respeito das fases iniciais dos transtornos psicóticos é escassa, e que a identificação desses estágios na prática clínica diária é incomum.

Nesse sentido, este estudo se justifica pela raridade do caso clínico em questão, que apresenta uma manifestação clínica clara e alinhada com as fases iniciais descritas por Conrad. Acredita-se que o relato possibilitará uma discussão sobre a psicopatologia do período prodrômico, podendo, assim, contribuir para o conhecimento científico e aprimorar a capacidade dos profissionais de

saúde em identificar e intervir precocemente em casos semelhantes.

OBJETIVO

Apresentar o relato de caso de um paciente jovem do sexo masculino, internado em enfermaria psiquiátrica com sintomatologia prodrómica psicótica, tomando como base a teoria de Klaus Conrad.

MÉTODO

Estudo de caso de um paciente atendido no Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus – HUSF, localizado na cidade de Bragança Paulista – SP. O relato e descrição foram autorizados pelo próprio paciente por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pesquisadores se comprometeram a não divulgar nenhuma informação que permita a identificação do indivíduo. Todas as informações relativas ao caso foram coletadas do prontuário do paciente, mantido nos arquivos do serviço onde o paciente foi atendido.

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do HUSF, sob o parecer consubstanciado nº 7.867.347, de 25/09/2025, tendo a proposta obedecido os requisitos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define os aspectos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos.

RELATO DE CASO

Trata-se de um indivíduo do sexo masculino, brasileiro, com 25 anos de idade à época dos fatos. O sujeito é casado, exercendo função laboral no setor corporativo, e

possui Ensino Superior completo. O paciente deu entrada na enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, localizado na cidade de Bragança Paulista - SP em 11 de março de 2024. Foi encaminhado pela Unidade de Pronto Atendimento de seu município de origem, após uma primeira avaliação de médico psiquiatra particular, que havia indicado a internação devido à gravidade do quadro.

Os sintomas do paciente tiveram início aproximadamente 45 dias antes de sua internação, após receber notícia preocupante sobre o estado de saúde de um membro próximo de sua família, momento no qual intensificou o consumo de maconha, haxixe e tabaco, substâncias que já eram de uso regular em sua rotina. À época, morava fora do país com sua esposa, onde trabalhava e estava em processo de obtenção de cidadania estrangeira.

O quadro iniciou-se, segundo o relato de familiares, com alteração do comportamento habitual, caracterizada por insônia, sintomas ansiosos contínuos e de caráter autonômico, acompanhados de sensação de estranhamento, medo profundo e discurso negativista, com ideação suicida. O paciente apresentava, por vezes, dificuldade em realizar tarefas simples, como amarrar sapatos ou abotoar camisas, sendo necessário o apoio de sua companheira. Neste período inicial, apresentou também episódios de agitação, como tentativas de fuga de sua residência, justificadas pela sensação de medo, evoluindo para comportamento agressivo quando era impedido.

Foi então levado ao serviço de pronto atendimento local, onde, segundo relato familiar, realizou exames laboratoriais, de imagem e eletroencefalograma, todos sem

alterações. Nesse episódio, foi medicado com benzodiazepínico (Diazepam – dosagem e posologia não especificadas) e liberado. Contudo, a alteração comportamental persistiu e, após contato com familiares no Brasil, optou-se pelo seu retorno ao seu país natal. Durante o voo, apresentou novo episódio de agitação psicomotora e interpretação deliroide persecutória, relacionada aos membros de sua família.

Após sua chegada ao Brasil, cerca de três dias antes de sua internação em nossa enfermaria, apresentou outro episódio de agitação psicomotora importante, que culminou em uma tentativa de suicídio, utilizando pedaços de vidro provenientes de um copo quebrado. Durante atendimento médico realizado por psiquiatra particular em sua residência, após o ocorrido, o paciente mantinha o que poderia ser caracterizado como discurso negativista, ideação suicida, e distanciamento afetivo. Na ocasião, foram prescritas as seguintes medicações: Bupropriona 150 mg/dia; Lorazepam 2 mg a cada 8 horas; Desvenlafaxina 50 mg/dia; Risperidona 2 mg/dia.

Quanto aos seus antecedentes pessoais, segundo entrevista familiar, o paciente não apresentava histórico de transtornos mentais prévios nem de comorbidades clínicas, exceção por um hipotireoidismo em tratamento regular com levotiroxina 150 mcg/dia. Não havia relato de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, histórico de traumas crânioencefálicos, epilepsia ou infecções do sistema nervoso central. A gestação e parto transcorreram sem intercorrências.

Em termos de características de sua personalidade e preferências o paciente demonstrava interesse por temas relacionados à ciência, ficção científica e fantasia medieval. Mantinha um círculo social saudável,

boas relações interpessoais, e apresentava formação e desempenho acadêmico e laboral exemplares.

No momento da internação, a primeira avaliação do estado mental do paciente, realizada pela equipe, mostrou humor hipotímico e afeto distanciado. Observou-se também inquietação, prejuízo do pragmatismo e a presença de pensamentos de ruína no discurso, acompanhados de sensação de estranhamento e medo com o mundo ao redor, além de sintomatologia ansiosa inespecífica. Quando questionado sobre a origem deste medo e estranhamento, o paciente não sabia precisar sua causa, tampouco conseguia elaborar raciocínio a respeito.

De entrada, foram solicitados exames laboratoriais e eletrocardiograma de 12 derivações, que não apresentaram alterações significativas ou que pudessem justificar o quadro do paciente. Foram aventadas as hipóteses diagnósticas de um transtorno no espectro dissociativo e de psicose não orgânica não especificada, ambos a serem melhor investigados no decorrer da internação.

Em relação à terapêutica medicamentosa instituída pela equipe, optou-se pela suspensão da Risperidona, Desvenlafaxina, Bupropiona e Lorazepam, iniciados nos dias prévios à internação. Por escolha da equipe, o Lorazepam foi substituído por Clonazepam de 2 mg a cada 12 horas, e iniciou-se Olanzapina 5 mg/dia, mantendo-se vigilância constante quanto ao nível de consciência e à evolução do quadro. É importante destacar que, ao longo de sua internação, o paciente também teve acesso a terapias não medicamentosas, como atendimentos psicológicos, terapia ocupacional e grupos de fisioterapia, além de receber visitas familiares pelo menos quatro vezes na semana.

Nos primeiros três dias de internação, o paciente apresentou sonolência discreta, humor e afeto distanciados, discurso negativista, por vezes confuso e desorganizado, além de pensamentos sobre a morte acompanhados de ideação suicida não estruturada. Seu pragmatismo permanecia prejudicado, e o paciente evitava se alimentar, afirmando não sentir fome. O relato de insônia era acompanhado de pesadelos recorrentes nos poucos momentos em que dormia. A sensação de estranhamento e medo inespecíficos permanecia, e demonstrava dificuldade em compreender e participar das atividades propostas por membros da equipe da psicologia e terapia ocupacional.

Entre o quarto e quinto dia de internação, passou a apresentar discurso no qual afirmava sentir-se perseguido por “si mesmo”. Nesse período, apresentou importante desorganização comportamental, realizando uma tentativa de suicídio ao tentar ingerir as próprias fezes após evacuar. Quando confrontado a respeito deste episódio, relatou o desejo de provocar uma possível infecção generalizada como forma de suicídio, motivado por sentimentos intensos de vergonha e culpa. Os demais sintomas relatados nos primeiros dias de internação mantiveram-se inalterados, e seu prejuízo funcional e social na interação com os outros pacientes e a equipe tornava-se cada vez mais evidente.

Após esse evento, o caráter dos sintomas e a forma de apresentação da desorganização comportamental mostraram-se, aos olhos da equipe, mais compatíveis com um diagnóstico dentro do espectro dos transtornos psicóticos, em especial um caso de pródromo psicótico. Optou-se, então, pela troca da Olanzapina e reintrodução da Risperidona na dose de 2 mg/dia. Concomitantemente, retomou-se o uso do Loraze-

pam (2 mg a cada 12 horas) em detrimento do Clonazepam, ao passo que o paciente tinha apresentado melhor resposta ao controle dos sintomas ansiosos com a primeira medicação. Solicitou-se, ainda, uma tomografia computadorizada de crânio sem contraste, com o objetivo de investigar alterações estruturais agudas não identificadas previamente, a qual, contudo, não revelou anormalidades.

Entre o sexto e o décimo terceiro dia de internação, o paciente mostrava-se mais comunicativo, embora ainda apresentasse discurso negativista. Passou a expressar arrependimento por ter tentado suicídio na frente de seus familiares, apesar de não se recordar exatamente como e por que cometeu tal ato. Ao mesmo tempo, começou a elaborar discretamente o sentimento de medo e estranhamento que relatava, afirmando ter identificado que um membro da equipe ou dos demais pacientes estava roubando seus pensamentos, embora não conseguisse determinar quem, como ou por quê. Diante dessa apresentação, a equipe optou pelo aumento do Lorazepam para 2 mg a cada 8 horas, devido aos sintomas ansiosos intensos, e pelo incremento da Risperidona para 3 mg/dia.

No décimo quarto dia de internação o paciente apresentou mudança radical do quadro, com desaparecimento do discurso negativista, da ideação suicida e da sensação de confusão e estranhamento. Simultaneamente, iniciou discurso delirante estruturado, de caráter persecutório e autorreferencial: afirmava que os outros pacientes da enfermaria projetavam vozes na sua mente e roubavam seus pensamentos, com o objetivo de puni-lo por ser “pedófilo, racista” e por “praticar violência doméstica”. Ademais, afirmava que as visitas familiares eram ilu-

sões criadas pelas medicações para enganá-lo. Importante ressaltar que nada, na história do paciente ou no relato dos familiares, corroborava o discurso relatado.

A evolução do nosso paciente nos dias seguintes é marcada por uma melhora no funcionamento geral e na orientação, mantendo padrão de sono e alimentação adequados. O discurso, entretanto, começou a se mostrar ambivalente, variando entre momentos de negativismo e vergonha, e outros em que expressava desejo de retornar a sua vida “normal”, fora do ambiente de internação.

Ao mesmo tempo, persistia o discurso delirante de caráter polimórfico, majoritariamente persecutório e autorreferente, com presença de delírios interpretativos que o paciente veementemente justificava por meio de relatos de culpa. Em dessas instâncias, ao assistir um noticiário televisivo, afirmou acreditar que estavam falando sobre ele e que, em breve, seria preso. Com frequência acreditava estar em um sonho, e não sabia diferenciar o que era real do que não era. Esses episódios evoluíram para agitação psicomotora, com subsequente necessidade de contenção mecânica assistida por curtos períodos. Quanto à interação social, neste período de sua internação, o indivíduo mostrava-se resistente à participação nas atividades em grupo da equipe multidisciplinar, apresentando dificuldade de compreender conceitos e realizar tarefas em determinados momentos.

Devido à melhora parcial em alguns aspectos, como interação social, expressão do afeto, sono e alimentação, a equipe optou por reduzir gradualmente o Lorazepam até sua retirada total. Contudo, a manutenção do quadro delirante exuberante e novos episódios de desorganização comportamental

justificaram o aumento da Risperidona para 5 mg/dia. Vale ressaltar que, ao longo da sua internação, o paciente apresentou sinais de impregnação por antipsicóticos, tendo sido introduzido o uso de um agente anticolinesterásico, Biperideno (até 4 mg/dia), para o controle destes sintomas até sua remissão.

A partir de 8 de abril de 2024, em seu vigésimo oitavo dia de internação na enfermaria, o paciente passou a apresentar remissão significativa do discurso delirante, mantendo expressão afetiva adequada, padrão de sono e alimentação preservados, além de melhora na interação social e em outros aspectos do seu comportamento.

Quando questionado sobre o ocorrido nos dias anteriores, o paciente dizia não se lembrar de todos os acontecimentos, caracterizando alguns momentos inespecíficos como “um pesadelo”. Atribuiu seus sintomas, que chamava de “surtos”, ao estresse decorrente da carga excessiva de trabalho e do estado de saúde de um membro de sua família. Manifestava, de forma coerente e concreta, preocupações com o seu contexto de vida fora do ambiente hospitalar, desejando retornar o quanto antes ao seu “normal”. Compreendia, entretanto, a necessidade de manter o tratamento proposto pela equipe e de iniciar a abstinência do uso de substâncias psicoativas.

Teve alta de nossa enfermaria em 15 de abril de 2024, após 35 dias de internação hospitalar, apresentando remissão total do quadro psicótico que se estendeu ao longo desses quase três meses desde o início dos sintomas. Na ocasião, foi encaminhado para seguimento psiquiátrico em regime de internação parcial em hospital dia, com o diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme em remissão completa, mantendo uso de Risperidona 5 mg/dia e Biperideno 4 mg/

dia. Relatos posteriores indicam que o paciente não apresentou recidiva dos sintomas psicóticos, permanecendo em abstinência do uso de substâncias psicoativas e com funcionalidade preservada.

DISCUSSÃO

Em uma realidade na qual os transtornos psicóticos, em especial a esquizofrenia, têm seus diagnósticos realizados pelos profissionais de saúde em estágios mais avançados, com a sintomatologia típica já plenamente instalada (delírios, alucinações, prejuízo afetivo e do comportamento), torna-se evidente a importância da identificação do pródromo psicótico. Tal reconhecimento é essencial para o início do tratamento correto e um melhor prognóstico desse espectro de patologias, considerando que aproximadamente 75% dos pacientes que desenvolvem esquizofrenia apresentam sintomatologia prodrômica (Brasso *et al.*, 2021; George *et al.*, 2017;).

Atualmente, propõe-se uma hipótese etiológica que trata os transtornos psicóticos, em especial a esquizofrenia, como transtornos do neurodesenvolvimento. Essa perspectiva se baseia no fato de que a interrupção no processo de migração, diferenciação e morte celular no cérebro, durante o período pré-natal e ao longo do desenvolvimento do indivíduo, estão correlacionadas com o surgimento de sintomas no espectro da esquizofrenia. Além disso, alterações estruturais, como menor volume do bulbo olfatório, redução do volume cerebelar, retardo no crescimento de massa branca, alargamento ventricular, e funcionais, entre elas, defeitos na comunicação sináptica entre neurônios da via dopamínérgeca e glutamatérgica, também se mostraram relacio-

nadas ao desenvolvimento de transtornos psicóticos (Díaz-Sánchez; Solís-Chagoyan; Benítez-King, 2022).

Identificados mais precocemente em indivíduos do sexo masculino no início da adolescência e em jovens adultos, entre 15 e 25 anos de idade, os transtornos psicóticos e do espectro da esquizofrenia possuem diversos fatores de risco relacionados ao seu desenvolvimento. Entre eles, e de especial relevância para o caso relatado, tem-se o abuso de *Cannabis* e seus derivados, que aumentam o risco do desenvolvimento de quadros dessa natureza de maneira proporcional à quantidade utilizada, e que também está associado a uma manifestação mais precoce dos sintomas (Brasso *et al.*, 2021).

Em uma psiquiatria cuja tendência atual foca cada vez mais em características neurobiológicas, a apresentação psicopatológica ainda revela muito sobre o que o indivíduo sente e vivência. Quando Klaus Conrad, em sua obra *Die Beginnende Schizophrenie* (1958), propôs as etapas do período prodromico, ele as definiu não como fases em evolução, mas como estruturas do campo vivencial do paciente (Marina-González, 2023).

Isso fica bem exemplificado quando analisamos a primeira dessas etapas propostas por Conrad (1958): o *Trema*. O termo, que faz alusão ao jargão teatral usado para descrever a sensação do ator antes de entrar no palco, define um estado marcado por intenso estranhamento e medo inexplicável do mundo ao redor. Nessa etapa, o paciente pode experimentar sentimentos de culpa, perseguição e de distanciamento da realidade (Mishara, 2010).

A vivência de que algo grande, porém indefinido, está para ocorrer, é central no

Trema e afeta todas as esferas de existência do indivíduo (Marina-González, 2023). A perda da crítica já se encontra parcialmente presente, uma vez que o paciente atribui essas mudanças ao mundo externo, e não a um viés patológico vivido naquele momento (Mishara, 2010). Contudo, nem sempre o *Trema* é composto por sentimentos negativos; em alguns casos, pode-se vivenciar sensações prazerosas (Fusar-Poli *et al.*, 2022).

O *Trema* pode durar dias, semanas e até mesmo anos, em alguns casos pontuais (Stone; Lepping, 2017). O indivíduo vivencia a perda de familiaridade com lugares e pessoas conhecidos, e cresce um desejo de desvendar o mistério causador daquela sensação. Neste ponto, experienciase um contato prejudicado com a realidade, que produz um distanciamento do mundo externo (Fusar-Poli *et al.*, 2022). Entende-se o surgimento destes sintomas como resultado das mudanças neurobiológicas que ocorrem/ocorreram no cérebro (Mishara, 2010).

Quando se correlaciona a descrição do estado de *Trema*, com a apresentação clínica do nosso paciente, percebe-se a presença de semelhanças marcantes. No caso relatado, nota-se a sensação de medo e estranhamento com o mundo ao redor, presentes nos primeiros dias e semanas após o surgimento dos sintomas, características desta etapa. Observa-se também a ausência de compreensão, por parte do paciente, dessa sintomatologia como algo patológico, atribuindo tal vivência a algo inexplicável. Ao mesmo tempo, essa experiência afeta todo o campo vivencial, evoluindo com importantes prejuízos sociais e laborais.

O *Trema* termina quando o paciente vivencia uma nova experiência psicótica, denominada por Conrad (1958) de *Apofania*. Termo emprestado do grego que significa

“tornar-se manifesto”, essa etapa se caracteriza pelo surgimento da revelação delirante, que confere significado ao estranhamento e à sintomatologia previamente vivenciada. A revelação delirante torna-se o centro da perspectiva do paciente, que se torna incapaz de transcender essa percepção ou considerar outras possibilidades. Em muitos casos, tal revelação atribui ao mundo e à própria existência um sentido menos sofrido. A *Apofania*, frequentemente, é acompanhada por uma sensação de alívio, deixando para trás a estranheza e o medo inexplicável do *Trema* (Mishara, 2010).

Nesse estado, o paciente também se vê incapaz de perceber que não consegue alterar o ponto de referência a partir do qual embasa seus pensamentos (Mishara, 2010; Fusar-Poli *et al.*, 2022). O sujeito pode, nesse momento, experienciar alucinações pela primeira vez, sejam elas auditivas, visuais ou de outra natureza, dado que estudos indicam que o surgimento do quadro delirante é, na maioria das vezes, sucedido por sintomas alucinatórios (Mourgues-Codern *et al.*, 2025). A *Apofania* também é acompanhada de uma sensação de perda de limites entre o mundo interno e externo, de modo que a consciência do Eu é “perfurada”, e a membrana que separa o mundo interno do paciente da realidade que o cerca é transpassada, fazendo com que o indivíduo sofra com a incapacidade de diferenciar o que lhe pertence como sujeito daquilo que é externo a si (Fusar-Poli *et al.*, 2022).

A “revelação delirante”, característica da *Apofania*, manifestou-se, neste caso, no décimo quarto dia de internação hospitalar. A partir desse momento, a alteração do pensamento tornou-se mais significativa e o discurso delirante apresentou-se mais elaborado. Percebe-se também, nesse momento,

a incapacidade por parte do nosso paciente em se “defender do mundo externo psiquicamente”, evidenciada pelo relato de “roubo do pensamento”, o qual se correlaciona com a perda de limites entre seu mundo interno e o ambiente.

Essa desorganização do pensamento, que eventualmente afeta o comportamento e a expressão afetiva do paciente, gera o estado chamado de *Anástrofe*, mais uma vez emprestado do grego por Conrad (1958), e que significa algo como “voltar a origem”; é também referido por alguns autores como *Apocalipse* (Mishara, 2010; Marina-González, 2023). Descrito por pacientes como um “turbilhão de pensamentos”, no qual a mente é inundada por imagens arquetípicas, ocorre a perda da continuidade do sentido, e tudo se refere e se reestrutura em torno do indivíduo. Essa vivência geralmente evolui acompanhada de desconfiança e medo, além de distanciamento social e prejuízo afetivo (Fusar-Poli *et al.*, 2022; Marina-González, 2023)

No caso relatado, o conteúdo delirante do paciente é sugestivo do estado de *Anástrofe*. As características persecutórias e autorreferentes do discurso delirante, especialmente em relação à equipe e aos demais pacientes internados, aliadas à eventual qualidade interpretativa do delírio, demonstraram como o paciente se encontra em um estado no qual o mundo “tornou-se para si”. Ressalta-se que o distanciamento social e o prejuízo afetivo se manifestavam na dificuldade de realizar as atividades propostas pela equipe multiprofissional.

Os prejuízos da *Apofania* e *Anástrofe* culminam no que Conrad (1958) denominou *Consolidação*. Nesse estado, a revelação delirante da *Apofania* fica menos intensa, porém ainda persiste em alguns aspectos

da vida do indivíduo, ao passo que os efeitos destrutivos da *Anástrofe* se mantêm por meio dos prejuízos sociais, afetivos e comportamentais, bem como no entendimento de mundo do paciente (Mishara 2010; Marina-González, 2023). Por último, o que resta é caracterizado por Conrad como *Resíduo*: uma personalidade inexata e incaracterística, inerte afetivamente, na qual o indivíduo apresenta dificuldade no entendimento e na realização de tarefas simples, além de manter uma relação distante com o mundo externo (Marina-Gonzáles, 2023).

Felizmente, nosso paciente não evoluiu para as últimas etapas descritas por Conrad, devido à boa resposta e adesão ao tratamento proposto. Conforme relatado, houve remissão completa do quadro psicótico, com retorno ao padrão funcional basal anterior ao surgimento dos sintomas. Considerando a gravidade da vivência psicótica e a complexidade desse caso, evitaram-se prejuízos crônicos e um desfecho negativo.

CONCLUSÃO

O objetivo deste artigo foi apresentar o relato de caso de um paciente jovem do sexo masculino, internado em enfermaria psiquiátrica com sintomatologia prodromica psicótica, tomando como base a teoria de Klaus Conrad. Para isso foi feita uma análise de um quadro de difícil identificação, mesmo por profissionais da saúde.

Percebe-se, através da análise e condução do caso, que os sintomas podem, em um primeiro momento, assemelhar-se a outros transtornos psiquiátricos, o que reforça a necessidade de um acompanhamento próximo e detalhado da evolução do paciente. Ao mesmo tempo, destaca-se quão essencial é a identificação precoce desses sintomas, consi-

derando que a introdução de uma terapêutica adequada gera, consequentemente, um melhor prognóstico.

Outro ponto relevante deste estudo foi a percepção de que Klaus Conrad, quando descreve as etapas do prodromo psicótico, evidencia, por meio de uma análise psicopatológica, as experiências vividas pelo paciente que apresenta tais manifestações. Essa descrição revela o que é experenciado e sentido, mostrando o prodromo como experiência aterrorizante e prejudicial, mas única à mente humana, transcendendo explicações puramente biológicas do processo.

Dessa forma, torna-se fundamental estimular novos estudos sobre o tema, conduzidos por equipes multiprofissionais que integrem psicopatologia e neurobiologia, sempre com foco no alívio do sofrimento e na otimização do prognóstico dos indivíduos por tais manifestações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

BRASSO, C.; GIORDANO, B.; BADINO, C.; BELLINO, S.; BOZZATELLO, P.; MONTEMAGNI, C.; ROCCA, P. Primary psychosis: risk and protective factors and early detection of the onset. **Diagnostics**, v. 11, n. 11, p. 2146, Nov. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34829493/>. Acesso em: 04 set. 2025

CONRAD, K. **Die Beginnende Schizophrenie.** Stuttgart: Thieme Verlag, 1958.

DÍAZ-SÁNCHEZ, J. P.; SOLÍS-CHAGOYÁN, H.; BENÍTEZ-KING, G. A. Prodromes and biological markers in schizophrenia: Importance for the dopamine, glutamate, and neurodevelopmental hypothesis. *Salud Mental*, v. 45, n. 5, p. 261-272, Out. 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252022000500261&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2025.

FUSAR-POLI P.; ESTRADÉ, A.; STANGHELLINI, G.; VENABLES, J.; ONWUMERE, J.; MESSAS, G.; GILARDI, L.; NELSON, B.; PATEL, V.; BONOLDI, I.; ARAGONA, M.; CABRERA, A.; RICO, J.; HOQUE, A.; OTAIKU, J.; HUNTER, N.; TAMELINI, M. G.; MASCHIÃO, L. F.; PUCHIVAILO, M. C.; PIEDADE, V. L.; KÉRI, P.; KPODO, L.; SUNKEL, C.; BAO, J.; SHIERS, D.; KUIPERS, E.; ARANGO, C.; MAJ, M. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, v. 21, n. 2, p. 168-188, Jun. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35524616/> Acesso em: 07 set. 2025.

GEORGE, M.; MAHESHWARI, S.; CHANDRAN, S.; MANOHAR, J. S. Understanding the schizophrenia prodrome. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 59, n. 4, p. 505-509, Out./Dez. 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5806335/>. Acesso em: 07 set. 2025.

MARINA-GONZALEZ, P. A. Las fases iniciales de la psicosis. ¿Se han olvidado de Klaus Conrad?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 43, n. 143, p. 37-54, Jun. 2023. Disponível em https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352023000100003&script=sci_artext. Acesso em: 03 set. 2025.

MISHARA, A. L. Klaus Conrad (1905-1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 36, n. 1, p. 9-13, Jan. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19965934/>. Acesso em: 03 set. 2025.

MOURGUESCODERN, C.; BENRIMOH, D.; GANDHI, J.; FARINA, E. A.; VIN, R.; ZAMORANO, T.; PAREKH, D.; MALLA, A.; JOOBER, R.; LEPAGE, M.; IYER, S. N.; ADDINGTON, J.; BEARDEN, C. E.; CADE-NHEAD, K. S.; CORNBLATT, B.; KESHA-VAN, M.; STONE, W. S.; MATHALON, D. H.; PERKINS, D. O.; WALKER, E. F.; CANNON, T. D.; WOODS, S. W.; SHAH, J. L.; POWERS, A. R. Emergence and dynamics of delusions and hallucinations across stages in early psychosis. *Biological Psychiatry*, v. 98, n. 9, p. 679688, Nov. 2025. Disponível em [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(25\)00990-4/abstract](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(25)00990-4/abstract). Acesso em: 05 nov. 2025

STONE, B. A.; LEPPING, P. Prolonged Wahns-timmung (delusional mood) without development of a psychotic illness in a 50-year-old male. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 59, n. 4, p. 496-498, Out./Dez. 2017. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/doi-ou-doi/> (<https://www.dicio.com.br/doi-ou-doi/>). Acesso em: 04 set. 2025