



Contributo para a validação do *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (PECC): tradução e adaptação linguística e cultural do Regulamento, para a população portuguesa.

Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º Ciclo de Actividade Física Adaptada, ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março.

Orientadora: Professora Doutora Kátia Euclides de Lima e Borges

Co-Orientadores: Professora Doutora Maria Adília Sá Pinto Marques da Silva
Professor Doutor Rui Manuel Nunes Correadeira

Carla Filipa Lopes Azevedo

Outubro, 2009

Azevedo, C. F. L. (2009). Contributo para a validação do *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (PECC): tradução e adaptação linguística e cultural do Regulamento, para a população portuguesa. *Porto: C. Azevedo*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: PECC – REGULAMENTO, PSICOSE, ESQUIZOFRENIA, ADAPTAÇÃO LÍNGUÍSTICA E CULTURAL, ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA.

DEDICATÓRIA

Aos Mestres da minha Vida:

Sem a Sua Presença nada seria possível!

AGRADECIMENTOS

Sendo um Mestrado mais um degrau de aprendizagem e sabedoria, representou para mim um calcorrear no conhecimento académico e científico. Num projecto deste cariz, nada, nunca seria possível de concretizar sem a Presença de pessoas que me orientaram e apoiaram em momentos peculiares deste processo que agora culmina.

A todos aqueles que contribuíram, directa ou indirectamente, para este processo, quero expressar humildemente e com gratidão, o meu profundo obrigada pela atenção, ajuda e compreensão nesta etapa tão importante da minha vida.

À Professora Doutora Kátia Borges, pelas orientações, troca de impressões acerca do trabalho, pela disponibilidade, apoio e estímulos permanentes ao longo deste trabalho.

À Professora Doutora Adília Silva, pela inspiração como ser humano e professora. Pelo apoio e confiança mesmo nos dias de maior tempestade. Por tudo, muito obrigada.

A todos os elementos do grupo de peritagem, pelo contributo prestado durante a realização do trabalho, sem os quais a realização do mesmo não seria possível.

À Teresa Figueiredo pela inspiração e amizade que sempre demonstrou, bem como pela paciência e troca de ideias.

Aos meus Pais e irmão, pela privação da minha presença e em especial, pela ajuda, pelo amor, carinho e compreensão demonstrados.

Ao Rui, pela pessoa que é e pelo que representa na minha vida. Obrigada pelo Amor e pela Presença que tens acrescentado aos nossos dias.

À Flor, pela sua Presença e Amizade constantes neste percurso, bem como pela sua sabedoria e conhecimento.

Aos meus amigos Raul e Lilia, Pedro e Isabel, pela amizade e compreensão demonstradas sempre e neste momento particular.

E a todos os que apesar de não mencionados colaboraram, directa ou indirectamente, na realização deste trabalho e sem os quais nada seria possível.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	III
AGRADECIMENTOS	V
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE QUADROS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
RESUMO.....	XIII
ABSTRACT	XV
RESUMÉ.....	XVII
ABREVIATURAS.....	XIX
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
2.1. Esquizofrenia	9
2.1.1. Considerações prévias.....	9
2.1.2. Evolução Conceptual	12
2.1.3. Epidemiologia	17
2.1.4. Etiologia	22
2.1.5. Sintomatologia	35
2.1.6. Classificação.....	45
2.1.7. Evolução.....	52
2.1.8. Tratamento	58
2.2. Actividade Física	68
2.2.1. Actividade Física e Saúde.....	68
2.2.2. Actividade Física Adaptada e Perturbação Mental	77
2.2.3. Actividade Física Adaptada e Esquizofrenia	81

2.3. Avaliação na Perturbação Mental	87
2.3.1. <i>Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers</i> (PECC).....	90
III. ESTUDO	97
3.1. Introdução	99
3.2. Objectivos	100
3.2.1. Objectivos Gerais.....	100
3.2.2. Objectivos Específicos	101
3.3. Procedimentos Metodológicos	101
3.4. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	101
3.4.1. Tradução do PECC.....	103
3.4.2. Adaptação Linguística e Cultural.....	112
3.5. Conclusões	116
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	117
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
VI. ANEXOS.....	XXI
Anexos I: Versão em inglês do Regulamento do PECC	
Anexos II: Pedido de autorização para a utilização do PECC.	
Anexos III: Constituição do painel de peritos.	
Anexos IV: Pedido de colaboração ao Centro Hospitalar do Conde Ferreira.	
Anexos V: Retroversão do Regulamento do PECC.	
Anexos VI: Versão final em português do Regulamento do PECC.	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Cronologia do desenvolvimento do conceito de esquizofrenia (Elkis, 2000, 23).

Quadro 2 – Risco familiar em esquizofrenia (Adaptado de Harrison et al., 2006).

Quadro 3 – Estimativas do risco de desenvolver esquizofrenia devido a factores genéticos, neurobiológicos e ambientais (Adaptado de Tandon et al., 2008a).

Quadro 4 – Ordenação dos sintomas por Schneider (Mota Cardoso, 2002, 120).

Quadro 5 – Ordenação dos sintomas proposta por Liddle (Adaptado de Afonso, 2002).

Quadro 6 – Sintomas positivos e negativos (Mota Cardoso, 2002, 140).

Quadro 7 – Sinais de alerta para detecção precoce da esquizofrenia (Adaptado de *British Columbia Schizophrenia Society*, 2001).

Quadro 8 – Sistemas multiaxiais de classificação: CID-10 e DSM-IV-TR.

Quadro 9 – Tipos de Esquizofrenia segundo o CID-10 e o DSM-IV-TR.

Quadro 10 – Resumo das principais características dos tipos de esquizofrenia (Harrison et al., 2006, 237).

Quadro 11 – Factores de predição da evolução da esquizofrenia (Gelder et al., 1996, 283).

Quadro 12 – Componentes do tratamento da esquizofrenia crónica (Harrison et al., 2006, 243).

Quadro 13 – Seis domínios de avaliação do PECC.

Quadro 14 – PECC: publicações referentes ao seu aparecimento e validação.

Quadro 15 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores.

Quadro 16 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 3).

Quadro 17 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 4a).

Quadro 18 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 4b).

Quadro 19 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 5).

Quadro 20 – Resultado da análise da retroversão do Regulamento do PECC.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia (Harrison et al., 2006, 254).

Figura 2 – Evolução da esquizofrenia e respectivas fases da doença (Adaptado de Tandon et al., 2008b).

Figura 3 – Modelo descritivo da relação entre actividade física, condição física e saúde (Adaptado de Bouchard & Shepard, 1994).

Figura 4 – Comparação das avaliações médica geral e psiquiátrica (Harrison et al., 2006, 20).

Figura 5 – Figura 5 – Escala visual analógica de 7 pontos utilizada no PECC.

RESUMO

Por ser uma perturbação de origem complexa e multifactorial, a esquizofrenia, tem provocado, nas últimas décadas, um forte interesse e curiosidade da comunidade científica. Contudo, apesar dos importantes contributos e progressos científicos alcançados, muito ainda está por clarificar.

Tornou-se evidente que, para os doentes que sofrem de esquizofrenia, a reabilitação multidisciplinar e contextualizada, constitui um importante contributo no incremento da sua qualidade de vida. Sendo a Actividade Física um dos agentes fundamentais neste processo de reabilitação, inserção e melhoria da qualidade de vida.

Enquanto instrumento de avaliação, o PECC, reflectindo as necessidades das equipas multidisciplinares de reabilitação, possibilita um apoio especial na avaliação e acompanhamento dos pacientes com perturbações mentais, pelos diversos profissionais ligados à saúde mental.

Não alheios à necessidade de recursos instrumentais, no âmbito científico e profissional, procuramos com este estudo contribuir para a validação do *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (PECC) para a realidade portuguesa.

Por considerarmos que o PECC pode dar um importante contributo para os diversos prestadores de cuidados da área da saúde mental, sugerimos a aplicação da versão adaptada linguística e culturalmente do PECC, para a realidade portuguesa, por uma equipa multidisciplinar de reabilitação e contemplando um programa de actividade física adaptada devidamente estruturado.

Palavras-chave: PECC – REGULAMENTO, PSICOSE, ESQUIZOFRENIA, ADAPTAÇÃO LÍNGUÍSTICA E CULTURAL, ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA.

ABSTRACT

The schizophrenia for being a perturbation by a complex and multifaced source, has stimulated, in the last decades, a strong interest and curiosity by the scientific community. In spite of the important contributes and progress scientific reached, there are a lot to clarify.

It is clear that, to the patients who suffer by schizophrenia, the multidisciplinary and contextualised rehabilitation establishes an important contribution to the quality life increase. Being the Physical Activity an important agent in this rehabilitation and insertion process, like the improvement of life quality.

While an evaluation instrument, the PECC, reflecting about multidisciplinary of rehabilitation teams, enables a special support in the patients evaluation and attendance with mental perturbations, by same professionals linked to the mental health.

Not strange to the necessities of instrumentals resources, relating to scientific and professional, we look for by this study to help on the validation of *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (PECC) to the portuguese reality.

By consider very important the contribution from the PECC to the health caregivers, we suggest the application of this adjusted linguistic and cultural version, to the portuguese reality, by a multidisciplinary team of reahabilitation contemplating a structured program of adapted physical activity.

Key Words: PECC – REGULATION, PSYCHOSIS, SCHIZOPHRENIA, LINGUISTICAL AND CULTURAL ADAPTATION, PHISICAL ACTIVITY ADAPTED

RESUMÉ

La schizophrénie pour être une perturbation d'origine complexe et multifacteur, a développé aux dernières décades un fort intérêt et curiosité de la communauté scientifique. Malgré des importants contributeurs et des progrès scientifiques réussis, beaucoup de choses sont en train d'être claires.

Il est devenu évident que, pour les patients qui souffrent de la schizophrénie, la réhabilitation multidisciplinaire et contextualisée, constitue un important contributeur au niveau du développement de leur qualité de vie. Étant l'Activité Physique un des agents fondamentales dans ce processus de réhabilitation, de l'insertion et d'une amélioration de la qualité de vie.

Tandis qu'instrument d'évaluation, le PECC, réfléchissant les besoins des équipes multidisciplinaires de réhabilitation, rend possible le support spécial à l'évaluation et à l'accompagnement des patients aux perturbations mentales, par plusieurs professionnels liés à la santé mentale.

Pas aliéné au besoin de recours instrumentaux, en ce qui concerne le champ scientifique et professionnel, nous cherchons contribuer pour la validation du *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (PECC) pour la réalité portugaise à l'aide de cet étude.

Pour nous croire que le PECC peut donner un important contributeur à qui rend compte des soins spécifiques de la santé mentale, nous créons pertinent la application de cette version adaptée linguistique et culturelle, pour la réalité portugaise du PECC, pour plusieurs professionnels de réhabilitation allié a un programme de activité physique adaptée.

Mots-clés: PECC – RÉGLEMENT, PSYCHOSE, SCHIZOPHRÉNIE, ADAPTATION LINGUISTIQUE ET CULTURELLE, ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE.

ABREVIATURAS

AFA – Actividade Física Adaptada.

AVD – Actividades da Vida Diária.

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças, 10ª Edição (Organização Mundial da Saúde).

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (American Psychiatric Association); DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.

EE – Índice de Expressão Emocional ou Emoção Expressa.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers – Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados.

SNC – Sistema Nervoso Central.

TEC – Terapia Electroconvulsiva

UE – União Europeia.

I. INTRODUÇÃO

1. Introdução

Desde os tempos mais remotos que a sintomatologia característica da esquizofrenia (denominação mais actual), suscitou controvérsia e curiosidade, resultando na realização de inúmeros estudos de investigação. Contudo, a esquizofrenia, é complexa quer ao nível sintomatológico quer ao nível da qualidade de vida destes pacientes mentais e seus familiares.

Diversos são os investigadores de diferentes áreas (psiquiatria, neurofisiologia, genética, psicologia, sociologia, entre outras) que procuram aprofundar os conhecimentos na esquizofrenia, procurando dar um importante contributo, principalmente, aos portadores da mesma, mas apesar dos importantes avanços científicos, as dúvidas persistem existindo talvez poucas certezas.

Sem dúvida, esta grave perturbação mental, foi, é e, provavelmente, continuará a despertar enorme interesse dado a sua complexidade e a interacção multifactorial. Basta-nos constatar que a pessoa que sofre de esquizofrenia apresenta diversas limitações afectivas e sociais, alheando e isolando-se da meio envolvente, distorcendo a percepção que tem da realidade (Marques, 2002). Vive num mundo próprio, construído com as suas limitações, delírios e/ou alucinações.

Tratando-se a esquizofrenia de uma perturbação mental tão enigmática e, embora se verifique um grande avanço na investigação, torna-se essencial a realização de estudos (ao nível do diagnóstico, da classificação, da etiologia, do tratamento, da reabilitação e da melhoria da qualidade de vida) que permitam uma melhor compreensão desta perturbação mental.

A esquizofrenia suscita dificuldades ao nível da definição e sua descrição, já que se manifesta com uma combinação de múltiplos sinais e sintomas envolvendo o pensamento, a percepção, a emoção, o movimento e o comportamento.

Nesta linha de pensamento, o papel da família, em detrimento das instituições psiquiátricas tradicionais, foi realçado por Laing e Szasz (1978).

Actualmente admite-se que a esquizofrenia resulta, possivelmente, de uma vulnerabilidade ao nível de vários factores, de natureza biológica, psicológica e ambiental conjugados com factores de *stress*, embora não esteja ainda determinada a combinação e peso de cada factor.

Michael Green (2003) considera que esta complexidade multifactorial assenta em três pilares: as disfunções neurais, os défices neurocognitivos e as incapacidades funcionais do indivíduo. Segundo este ponto de vista, não se pode considerar totalmente verdadeira a afirmação de que a esquizofrenia é uma doença do cérebro. É reconhecida, actualmente, a importância da interacção social no desenvolvimento cognitivo assim como o facto de a esquizofrenia se caracterizar por conjunto de défices de natureza social que são, eles próprios, critérios de diagnóstico.

O reconhecimento precoce da esquizofrenia é uma tarefa difícil uma vez que nenhum dos sintomas é exclusivo desta perturbação, sendo comuns a outras enfermidades assim como a comportamentos desviantes, mas psicologicamente aceites. O diagnóstico precoce, por si, não garante uma recuperação, mas é importante no sentido da diminuição do sofrimento imposto ao paciente e sua família, pois permite uma intervenção igualmente precoce.

Atendendo ao conhecimento actual, qualquer pessoa, mesmo sem historial familiar de esquizofrenia, pode vir a desenvolver uma perturbação mental e, em particular, esquizofrenia. Neste seguimento a Organização Mundial da Saúde (2002), refere ser fundamental um diagnóstico objectivo e correcto, como também a escolha do tratamento ou reabilitação adequados.

Segundo esta importante instituição e tendo em consideração a magnitude desta problemática e a natureza multifacetada das causas das perturbações neuropsiquiátricas, recomendou, especialmente em 2001, no Relatório Anual dedicado à saúde mental, o reforço da investigação nesta temática, como meio de aprofundar conhecimento, mas também para apoiar a

definição de prioridades, o planeamento e a avaliação de vários tipos de intervenções (Sousa, 2006).

Perante o exposto, e através da consulta da opinião de especialistas da área da Psiquiatria, da Psicologia e da Educação Física, que consideraram o assunto pertinente e oportuno, tornou-se notória a necessidade desta pesquisa.

Após a fundamentação e esclarecimento da pertinência deste estudo, esclarecemos, seguidamente, quanto à organização e estruturação do mesmo.

No primeiro capítulo, introduzimos o tema, fundamentamos a sua pertinência e ao futuro desenvolvimento, em termos metodológicos.

No capítulo seguinte discorremos sobre a temática da perturbação mental – conceptualização e evolução da terminologia. Distinguimos as diferenças conceptuais entre neuroses, psicopatias e psicoses. Nesta última, procuramos fazer uma análise profunda sobre a esquizofrenia, no que concerne, ao conceito e evolução do mesmo, à epidemiologia, à etiologia, aos seus principais sintomas, à classificação, à evolução e diferentes possibilidades de tratamento.

Ainda no segundo capítulo, abordamos a temática da actividade física, clarificando inicialmente o seu conceito e correlacionando-o com a saúde. Posteriormente, discorremos sobre o debate actual entre os seus benefícios (fisiológicos e psicológicos) na saúde do indivíduo, especificamente no portador de doença mental. Para terminar esta análise, realçamos o possível contributo da actividade física adaptada, na prevenção e tratamento das perturbações mentais e qual o seu papel como elemento socializador desta população com necessidades especiais.

Atendendo à pertinência deste estudo, procuramos fazer uma breve análise do processo de avaliação das perturbações mentais, analisando especificamente o carácter inovador e integrador do instrumento em estudo. Terminamos este capítulo procurando realçar os contributos da

interdisciplinaridade das várias áreas de estudo, bem como dos diferentes profissionais, com vista à formação integral da pessoa e, neste caso específico, responder precoce e adequadamente aos indivíduos portadores desta perturbação mental, com vista à melhoria e normalização da sua vida diária.

No terceiro capítulo, dedicado ao Estudo, enunciamos os objectivos orientadores e balizadores desta investigação, bem como os procedimentos metodológicos. Seguidamente, analisamos mais detalhadamente o processo de adaptação linguística e cultural, apresentando a análise à versão preliminar, à retroversão e à versão final do regulamento do *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (PECC) traduzido para a língua portuguesa.

Nesse mesmo capítulo, discorremos sobre os resultados obtidos e as principais conclusões deste estudo, com vista a chegarmos a uma versão portuguesa do regulamento do referido instrumento.

No quarto capítulo, analisamos os resultados da nossa investigação, apresentando as respectivas conclusões, bem como os seus contributos, quer as possíveis limitações.

Após este, apresentamos as referências bibliográficas utilizadas neste estudo, constituindo o quinto capítulo.

Terminamos apresentando os Anexos, no sexto capítulo, que considerarmos pertinentes para a leitura e compreensão desta investigação.

II. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Esquizofrenia

2.1.1. Considerações prévias

A esquizofrenia sendo uniformemente tida como doença heterogénea, multifacetada e altamente incapacitante (Bahls & Zacar, 2006), constitui-se, de acordo os vários autores consultados, como uma das perturbações mais graves e debilitantes da psiquiatria.

Historicamente a esquizofrenia tem estado no cerne da problemática na Psiquiatria e bastante próxima do conceito público de loucura (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002a), a esquizofrenia representa uma das dez causas mais incapacitantes no mundo, pelo que às doenças mentais são atribuídas 8,1% da morbilidade mundial. Implicitamente, e a nível europeu, estas custam cerca de 3% a 4% do produto interno bruto da União Europeia (UE) (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005).

Subsequentemente, e tendo em conta que o Livro Verde para a Saúde Mental (2005), refere que as pessoas com perturbações mentais continuam a ser estigmatizadas e a confrontarem-se com medos e preconceitos, que agudizam o seu sofrimento pessoal bem como a exclusão social, torna-se importante neste estudo um breve esclarecimento de conceitos e terminologias.

Com base na terminologia mais amplamente utilizada, que se baseia na da Associação Psiquiátrica Americana – DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) e o da Organização Mundial de Saúde (OMS) – CID-10 (World Health Association, 1992), utilizamos a designação de perturbação mental.

No âmbito das perturbações mentais, pela multiplicidade de factores e etiologia desconhecidas, achamos pertinentes fazer um breve intróito distinguindo resumidamente, os seus três grandes domínios: as neuroses, as

psicopatias e as psicoses. Daremos especial ênfase às psicoses, dado que é nesse domínio que encontramos a esquizofrenia.

Neuroses

As neuroses são sobretudo doenças da personalidade (Alves, 2003) e caracterizam-se por reacções exageradas do sistema nervoso em relação a uma experiência vivida – reacção vivencial (Ballone, 2000). Os seja, uma pessoa neurótica percebe e vive a realidade afectiva e emocionalmente, de uma forma desproporcionada.

Adams et al. (1999) referem que as neuroses englobam diversos distúrbios mentais, usualmente designados por estados de ansiedade, neurose fóbica, neurose obsessiva-compulsiva, histeria, hipocondria, depressão neurótica e despersonalização.

Apesar de no indivíduo neurótico não existir alheamento da realidade nem comprometimento da sua inteligência (Ballone, 2001), esta perturbação psíquica de carácter funcional pode evoluir para quadros psicopatológicos mais graves (Fernandes da Fonseca, 1987).

Para a sua classificação e atendendo à multiplicidade sintomática, a edição do DSM-IV-TR (2000) agrupa os diversos sintomas em dois grandes grupos: i) distúrbios de ansiedade (englobam os estados de pânico e as neuroses fóbicas e obsessivo-compulsivas) e ii) distúrbios somatomórficos (englobam o distúrbio de conversão, a hipocondria e histeria).

Psicopatias

Apesar de popularmente as pessoas se alhearem do verdadeiro significado das psicopatias, Silva (1999) refere que, etimologicamente, esta palavra deveria englobar todas as manifestações de natureza psiquiátrica.

Para Alves (2003), as psicopatias referem-se a alterações da personalidade com repercussão quer ao nível pessoal quer social, evidenciando-se por comportamentos desviantes da norma social.

Fernandes da Fonseca (1997, 468) acrescenta que a psicopatia traduz “uma situação psicológica de desarmonia constitucional, por imaturidade ou deterioração da personalidade, com tendência para a impulsividade ou, ainda, para um comportamento amoral ou anti-social”.

Apesar das dificuldades de classificação das psicopatias, o referido autor sugeriu a seguinte classificação clínica das mesmas: i) personalidades psicopáticas; ii) desvios de natureza sexual; iii) comportamentos delinquentes e iv) toxicodependências.

Psicoses

Contrariamente às anteriores classificações, os autores consultados são unânimes ao afirmarem que as psicoses são perturbações graves e multifacetadas, que geram grande sofrimento à pessoa e à sua família, visto que o primeiro alheia-se da realidade não possuindo consciência da sua condição.

As psicoses podem ser consideradas como falhas no ajuste social ou biológico, inaptações de determinada espécie, com perda de contacto com a realidade (Laing, 1978).

Para Winnicott (2000) a psicose surge a partir de adiamentos, distorções, regressões e confusões nos estágios iniciais do crescimento do conjunto ambiente-indivíduo. As repetidas falhas de adaptação ambiental, representadas por um apoio materno patológico, ou ausente, causam uma falta de confiabilidade da criança em desenvolvimento em relação ao meio.

Assim, os fracassos de confiabilidade ambiental, decorrentes da imprevisibilidade do meio ambiente, criam uma situação propícia à instalação

da enfermidade psicótica nos estágios primitivos do desenvolvimento emocional (Winnicott, 2000).

Por outro lado, na perspectiva da psicopatologia que fundamenta o DSM-IV-TR (2000), o termo psicose é definido como um síndrome que inclui um ou mais dos seguintes sintomas: ideias delirantes, alucinações, ou discurso, pensamento (défice das funções intelectuais ou executivas) ou comportamento desorganizado.

Popularmente as psicoses ainda são estigmatizadas e pejorativamente reconhecidas “por actos de loucura”: as pessoas vêem e ouvem coisas, falam sozinhas e adoptam comportamentos desajustados e bizarros. Parafraseando Alves (2003, 14), “o psicótico vive neste mundo real, mas a realidade que sente e vive é outra, inatingível para nós”.

Como referimos, ao nível das perturbações mentais, a esquizofrenia é classificada no domínio das psicoses. Nos próximos subcapítulos abordaremos com maior profundidade, esta temática.

2.1.2. Evolução Conceptual

Desde a Antiguidade existem descrições de quadros psicóticos, sugerindo o conhecimento da esquizofrenia nesse período (Winnicott, 2000; Fausto, 2005; Bahls & Zacar, 2006; Harrison et al., 2006), tendo sido esta compreendida de modo diferenciado de acordo com a cultura e desenvolvimento de um povo.

Na antiga Grécia, Hipócrates (460-377 a.C.) fez uma abordagem às perturbações mentais através da sua teoria dos humores; no Império Romano, Galeno (129-199 d.C.) e Cícero (106-43 a.C.), alertaram o risco de doenças

mentais, tendo: o primeiro defendido um equilíbrio entre as componentes racionais, irracionais e sensuais do indivíduo para a evitar as doenças mentais; e o segundo, alertado para o facto de que a vivência de emoções fortes poderiam ter consequências negativas no indivíduo.

Já na Idade Média, as perturbações mentais eram explicadas por fenómenos sobrenaturais, por intervenções divinas e/ou por feitiçaria. Tal facto, levou a inúmeras pessoas fossem perseguidas e queimadas na fogueira, pela Inquisição, alegando que esses indivíduos estavam possuídos por espíritos demoníacos (Leitão, 1980).

A partir do século XV, houve uma mudança de paradigma, tendo sido criados centros hospitalares para internamento de doentes mentais (Fausto, 2005). Nesse período histórico os vadios, pobres, viciados em álcool, etc., eram definidos como doentes mentais e, conseqüentemente, marginalizados da sociedade.

Devido ao facto dos doentes mentais e marginais mostrarem resistência a tudo, não necessitando por isso de muitos cuidados, houve uma intensificação da política de encarceramento de marginais, a nível europeu, nos séculos XVII e XVIII (Fausto, 2005).

Apenas no século XIX voltam a surgir descrições do fenómeno, no qual pessoas jovens desenvolveram um quadro psicótico que evoluiu para a deterioração mental (Bahls & Zacar, 2006).

Na realidade, em 1809 são descritos, por John Haslam e Philippe Pinel, casos clínicos com sintomatologia que poderia ser considerada, hoje, como esquizofrenia. A designação de “demência”, dada por Philippe Pinel aos doentes com esta sintomatologia, iria perdurar por mais de cem anos.

Um contributo marcante na evolução do conceito de esquizofrenia, deveu-se ao belga Benedict Augustin Morel (1809-1873), o qual acentuou o facto desta perturbação mental se manifestar inicialmente no decorrer da adolescência. Este designou esse quadro clínico por “demência precoce”,

estando o termo “precoce” relacionado com o facto de a demência surgir numa idade jovem (Madalena, 1982; Shirakawa, 1993; Serralonga, 1998; Afonso, 2002; Fausto, 2005).

Segundo os mesmos autores, Hecker designou por “hebefrenia”, em 1871, um quadro clínico de deterioração mental e condutas regressivas, iniciadas na juventude. Também Kahlbaum, em 1874, decreveu “catatonia” como um quadro clínico de alterações motoras e comportamentais.

Em termos históricos foi Emil Kraepelin que, em 1896, apresentou uma definição unificadora da doença (Quadro 1), tendo por base os sinais de desenvolvimento da doença em estados relativamente precoces (*Precox*) e da deterioração progressiva dos doentes (*Dementia*). Segundo Kraepelin, esta psicose crónica e endógena, podia ser subdivida em hebefrénica, catatónica e paranoíde (Serralonga, 1998 e Afonso, 2002).

Seria Eugen Bleuler que, em 1908, desenvolveu a definição de Kraepelin procurando esclarecer a dissociação que a doença cria entre emoção, pensamento e comportamento, introduzindo o termo esquizofrenia.

Na opinião de Bleuler não existia uma evidência tão drástica de demência e por vezes não estava presente um dano de natureza cognitiva, da inteligência, da capacidade de conceptualizar e elaborar, havendo sobretudo um problema de relação com os outros. Desta forma não seria correcto falar de demência já que nem todas as pessoas atingidas com esta doença iriam necessariamente tornar-se dementes, isto é, despojados das capacidades intelectuais e cognitivas.

Primeiramente descrita como “*Dementia Preacox*”, passou a ser descrita como esquizofrenia, termo grego que significa “cisão da mente”. Bleuler (1908) utilizou o termo esquizofrenia para designar psicoses, caracterizadas por sintomas psicopatológicos fundamentais ou primários de evolução da doença, conhecidos por “4 As”: autismo, ambivalência, (perturbação das) associações e (embotamento afectivo) e os sintomas acessórios ou secundários, como: alucinações e delírios (Kaplan & Sadock, 1998).

O contributo de Bleuler (1908) foi determinante para o estabelecimento do conceito moderno de esquizofrenia (Quadro 1). Esta doença passa a ser definida em relação ao tipo de sintomas e não ao prognóstico, isto é, a esquizofrenia caracterizava-se, principalmente, pela divisão das várias funções psíquicas e não pelo facto de caminhar rapidamente para a demência (Fausto, 2005).

Quadro 1 – Cronologia do desenvolvimento do conceito de esquizofrenia (Elkis, 2000, 23).

Ano	Evento
1893	Emil Kraepelin descreve o quadro clínico da demência precoce na 4ª edição do seu "Tratado de Psiquiatria"
1908/1911	Eugen Bleuler publica um artigo sobre o prognóstico da demência precoce seguido do livro "Demência Precoce: o grupo das esquizofrenias"
1913	Publicação da 8ª e última edição do tratado de Kraepelin com a descrição dos dois principais componentes da demência precoce
1930-1940	Descrição de vários subtipos de esquizofrenia na Europa e nos Estados Unidos
1948	Kurt Schneider publica a "Psicopatologia Clínica" descrevendo "os sintomas de primeira ordem"
1965 (até 1970)	Projecto colaborativo EUA-Reino Unido
1966 (até 1973)	Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia
1968	2ª Edição do "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM II) (Associação Psiquiátrica Americana)
1972	Critérios diagnósticos da Universidade de Washington
1974	Sintomas positivos e negativos
1975	9ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-9, Organização Mundial de Saúde)
1978	Research Diagnostic Criteria (RDC)
1980	Conceito de duas síndromes de esquizofrenia (Crow) Publicação da DSM II
1993-4	CID-10 e DSM-IV

Pela análise do Quadro 1, podemos constatar que a actual conceptualização de *dementia praecox* e esquizofrenia deriva principalmente dos trabalhos de Kraepelin (com a descrição do início da doença e seu desenvolvimento), de Bleuler (enunciou os sintomas negativos da doença) e de Schneider (publicou os sintomas positivos de 1ª e de 2ª ordem).

Fernandes da Fonseca (1987) refere também o contributo de Kurt Schneider (1968), no progresso de diagnóstico da esquizofrenia, dando maior precisão do critério psicopatológico, com a ordenação dos sintomas de 1ª e 2ª ordem. Na temática da sintomatologia aprofundaremos estes sintomas.

As actuais definições de esquizofrenia (incluindo o CID-10 e o DSM-IV-TR) incorporam a cronicidade Kraepeliniana, os sintomas negativos Bleulerianos e os sintomas positivos de Schneider (Tandon et al., 2008b).

Para Laing (1978), o esquizofrénico cria uma ruptura no seu relacionamento com o mundo e na relação consigo próprio, gerando incompreensibilidade na percepção que fazemos do indivíduo perturbado.

Fernandes da Fonseca (1987) refere-se à esquizofrenia como sendo um quadro psiquiátrico com várias manifestações clínicas, tendo em comum o processo de degradação da personalidade. Deste resultam variadas alterações das funções intelectuais, afectivas e volitivas que levam, conseqüentemente, a um relaxamento das associações, a uma perda da direcção do pensamento e a uma ambivalência comportamental frequente.

Em 2002, no Relatório de Saúde Mental a esquizofrenia foi descrita como sendo “caracterizada por distorções fundamentais do pensamento e da percepção e por emoções impróprias. A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um sentido de individualidade, singularidade e autodirecção” (OMSa, 2002, 73).

Indo de encontro a esta definição, Marques (2002) e Alves (2003) salientam ainda que toda a vida do esquizofrénico é caracterizada por uma enorme pobreza, quer ao nível das relações consigo mesmo e com outros. O que faz com que a pessoa se afaste completamente da realidade e se isole num mundo à parte.

Esta doença coloca o doente em crise consigo próprio e com o mundo uma vez que este confunde a fantasia com a realidade, caracterizando-se por uma fragmentação da personalidade. Esta doença atinge pessoas desde

jovens tendo, em muitos casos, uma duração longa que comporta encargos pesados tanto para a família como para a sociedade.

Do exposto verificamos existirem três grandes contributos para a definição de esquizofrenia: Kraeplin debruçou-se sobre o início e desenvolvimento da doença; Bleuler e Schneider enunciaram um grupo de critérios específicos e diferenciados, respectivamente, os sintomas negativos e os positivos, que contribuíram as actuais definições e classificações da doença (CID-10 e DSM-IV).

2.1.3. Epidemiologia

Epidemiologicamente estima-se que mais do que 27,4% dos europeus adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade) vivenciem uma forma de doença mental, durante um dado ano das suas vidas. De acordo com essa estimativa, serão mais frequentes as síndromas de ansiedade (cerca de 82,7 milhões de pessoas) e a depressão (cerca de 18,4 milhões de pessoas). Prevê-se que em 2020, os países desenvolvidos registem a depressão com a primeira causa de morbilidade (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005).

As perturbações psicóticas rondam uma incidência de 1,2%, ou seja, cerca de 3,7 milhões de pessoas sofrem da doença (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005). De encontro a estas previsões, encontramos o Guia Prático Climepsi de Psiquiatria (Harrison et al., 2006) o qual refere que o risco de vir a sofrer de esquizofrenia ao longo da vida é de cerca 0,8%, com uma incidência anual de 0,3 ‰ e uma prevalência de 5‰”.

Numa recente revisão da literatura, Tandon et al. (2008a), verificou uma estimativa de 0,3-2,0% (com uma variação de 0,7%) de se desenvolver esquizofrenia durante a vida.

O mesmo autor refere os resultados de uma recente meta-análise de todos os estudos publicados entre 1965 e 2001 (McGrath et al., 2004), que indicam uma média de incidência da esquizofrenia 15.2/100,000/ano com intervalos de confiança de 80%.

Daqui se depreende que o impacto da esquizofrenia e a sua prevalência são importantes, dado que é altamente incapacitante e por cerca de 1% da população mundial poder vir a sofrer da doença durante a sua vida (Kaplan e Sadock, 1998; Westermeyer & Gradar, 1988; De Hert et al., 1996a; De Hert e Peuskens, 1998a, citados por De Hert et al., 1999).

Atendendo à gravidade e as consequências incapacitantes desta doença, torna-se fundamental o diagnóstico mais precoce da doença. Contudo, isso parece ser uma tarefa difícil quer pelos critérios de diagnóstico e porque cronologicamente alguns sintomas iniciais da doença podem ser confundidos com o período conturbado característico da adolescência (Fernandes da Fonseca, 1987).

Para este autor a sintomatologia prodrómica, característica da esquizofrenia, pode ocorrer entre os 10 e os 63 anos. Ferreira (1997) destacou o facto de 75% dos casos de esquizofrenia iniciarem aos 30 anos de idade, estando o surgimento dos restantes casos compreendidos entre os 15 e os 35 anos de idade. Igual perspectiva tem De Hert et al. (2002).

Kaplan e Sadock (1998) consideram ser raro o começo da esquizofrenia antes dos 10 anos ou depois dos 50 anos de idade. Acrescentam que 90% dos pacientes em tratamento têm idades compreendidas entre os 15 e os 55 anos.

No que concerne este aspecto, vários autores constataram uma vulnerabilidade no aparecimento da esquizofrenia nos anos iniciais da vida

indivíduo do que na fase adulta (Lewis, 1989; Shulz & Koller, 1989, citados por Weiner, 1995 e Reus, 1998). Apesar de verificarmos algumas diferenças relativamente à idade do surgimento da doença, os autores parecem estar de acordo com a ocorrência da esquizofrenia ser tão frequente quer no sexo masculino quer no feminino (Helzer, 1986; Lewine, 1981; citados por Weiner, 1995). Contudo, De Hert et al. (1999) referem que é frequente os homens sofrem o primeiro episódio psicótico ligeiro em idade inferior à das mulheres.

Esta perspectiva parece ser consensual, dado que no Relatório da OMS (2002a), se faz referência à prevalência da esquizofrenia em proporções idênticas em ambos os sexos, mas a ocorrência da sua manifestação inicial tende a ocorrer mais tardiamente nas mulheres, evidenciando uma melhor evolução da doença e melhores resultados.

Opinião contrária tem Tandon et al. (2008a), ao referirem vários estudos (Aleman et al., 2003; McGrath et al., 2004) que indicam índices de risco mais elevados, de desenvolverem esquizofrenia durante a vida, entre indivíduos do sexo masculino, cerca de 1,4% superior às mulheres.

De acordo com estudos efectuados na UE, relativamente às consequências das doenças mentais, verificaram-se “significativas desigualdades entre os Estados-Membros (e dentro de cada um deles). A título de exemplo, a taxa de suicídio vai de 3,6 por 100.000 habitantes na Grécia a 44 por 100.000 habitantes na Lituânia, a mais elevada no mundo” (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005, 7).

Segundo Afonso (2002), não existem em Portugal estudos rigorosos neste âmbito, mas estima-se que existam cerca de 100.000 doentes com esquizofrenia, persistindo uma taxa de suicídio de 10,1 por 100.000 habitantes (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005).

As taxas de mortalidade entre esquizofrénicos são, aproximadamente, duas vezes superior às da população em geral. Isto deve-se ao facto da

esquizofrenia estar associada a um aumento substancial do risco de tentativa de suicídio e uma maior probabilidade de morte causada por suicídio do que a população em geral (Tandon et al., 2008b).

Segundo estes autores, aproximadamente, 1/3 dos indivíduos com esquizofrenia tentam suicídio, uma ou mais vezes, e 5% dos esquizofrénicos morre por suicídio. Reus (1998) e Levy (2001) indicam taxas de 10% de mortes por suicídio na população esquizofrénica.

Dentre vários estudos consultados (Meltzer et al., 2003; Hennen & Baldessarini, 2005), Tandon et al. (2008b) apresentam como factores que aumentam o risco de suicídio entre esquizofrénicos: i) distúrbios depressivos; ii) historial de prévias tentativas de suicídio; iii) abuso de substâncias; iv) género masculino; v) pobre aderência e resposta ao tratamento; vi) comorbilidade médica mais elevada; vii) acatisia e viii) impulsividade.

Acrescentam ainda que 1/4 da mortalidade atribuída à esquizofrenia ocorre devido a elevadas taxas de suicídio e risco acrescido de 10% na para ocorrência de acidentes e de doenças cardiovasculares. Os homens cometem mais suicídio enquanto as mulheres morrem devido a elevados problemas cardiovasculares (Hawton et al., 2005; Palmer et al., 2005; Pompili et al., 2008 citados por Tandon et al., 2008b).

Enunciam, em contraste com a associação de maior risco de suicídio com sintomas de humor e motores, não se verificar uma relação consistente com os sintomas positivos, negativos, cognitivos ou de desorganização da personalidade causada pela doença.

Como atenuantes ou factores de protecção contra o suicídio, apontam: i) a protecção familiar; ii) a inclusão social e iii) o tratamento com clozapina (em comparação com outros antipsicóticos, pode reduzir o risco de suicídio).

Daqui podemos depreender que é evidente a prevalência da esquizofrenia em indivíduos de diferentes sociedades, raças, etnias, culturas e níveis socioeconómicos. Parece existir, contudo, nos países mais

industrializados uma preponderância da incidência contrariamente a países menos desenvolvidos Serrallonga (1998).

Opinião controversa tem Barraclough e Gill (1997), os quais indicam taxas similares entre os vários países, verificando diferenças significativas apenas devido aos critérios de diagnóstico utilizados.

Contrariamente a assumpções anteriores de índices uniformes de esquizofrenia no mundo, dados provenientes de 55 estudos realizados em 33 países, revelaram, contrariamente ao esperado, que a esquizofrenia não varia no mundo em regiões específicas ou devido a factores economicos do país. Esse estudo revelou que as variações consistentes na incidência da esquizofrenia e o risco de incidência estão associados ao urbanismo, migração e género masculino (Tandon et al., 2008a).

Nos seus estudos, os autores supra-citados, apresentam os dados de uma meta-análise de 18 estudos publicados entre 1977 e 2003, nos quais se identificou a história de migração individual ou familiar como um factor de risco significativo de esquizofrenia (Cantor-Graae and Selten, 2005). O risco relativo de desenvolver esquizofrenia revelou ser de 2,7% para a primeira geração de imigrantes e de 4,5% para a segunda geração de imigrantes.

Ainda relacionado com esta associação de factores (esquizofrenia e migração), verificaram um maior risco de desenvolver esquizofrenia entre pessoas de cor que migram para um país onde a população é predominantemente branca, bem como em proporções semelhantes entre pessoas que migram para áreas com uma densidade populacional menor e com o mesmo *background* étnico.

Esta associação parece dever-se às adversidades sociais relacionadas com “o ser migrante”, principalmente devido ao: i) isolamento social; ii) discriminação e ‘racismo’ e iii) experiências de ‘derrota social’ (Boydell et al., 2001; Cooper et al., 2008; citados por Tandon et al., 2008a).

Apesar de poder surgir em qualquer indivíduo, independentemente, da sua nacionalidade, país ou região onde vive, factores relacionados com a industrialização, o urbanismo ou o aumento da densidade populacional, podem ter contribuído para a emergência desta perturbação.

Parece consensual a prevalência da esquizofrenia entre os 0,5 e 1% da população, podendo encontrar-se uma taxa de suicídio de aproximadamente 10% entre os doentes, nos primeiros 10 anos de desenvolvimento da perturbação. As taxas de mortalidade entre esquizofrénicos são duas vezes superiores às da população em geral, e conseqüentemente, uma média de esperança de vida menor.

Neste sentido e atendendo às divergências e às dificuldades encontradas quer no diagnóstico quer no tratamento da doença, depreende-se a pertinência do *slogan* do Livro Verde para a Saúde Mental (2005, 4): “Sem saúde mental, não há saúde”.

2.1.4. Etiologia

Ao falar-se de esquizofrenia, e tendo em conta as investigações levadas a cabo para descobrir a etiologia desta perturbação, constata-se que a sua etiologia parece ser desconhecida (DSM-IV-TR, 2000). Tal facto parece dever-se à origem complexa e multifactorial desta perturbação (Alves, 2003).

O mesmo preconiza Laing (1978), descrevendo a esquizofrenia como uma condição ou grupo de condições caracterizadas por diversas experiências e comportamentos classificados de acordo com sintomas ou sinais.

Para outros, “a esquizofrenia depende de uma constelação de acontecimentos que os cientistas, ainda hoje, procuram e que pode ir desde o

nascimento nos meses frios, ter problemas no parto, suportar viroses precoces, até à ocorrência casual de uma certa constelação de genes” Pio Abreu (2002, 102).

Assim, contrariamente aos primeiros estudos que postulavam hipóteses monofactoriais (consideravam a existência de uma só causa), as investigações actuais têm-se debruçado no “modelo da vulnerabilidade” de Nuechterlein e Dawson (1984), no qual o aparecimento da esquizofrenia é determinado por interações complexas entre diversos factores (De Hert et al., 1999; Saoud & Dumas, 2001; Alves, 2003; Fausto, 2005).

Atendendo à controvérsia sobre a etiologia da esquizofrenia e à existência de diversas hipóteses/ teorias explicativas da mesma, analisaremos sucintamente, algumas das quais merecem maior destaque.

Hipótese Genética

A hipótese genética constitui-se como uma das primeiras tentativas de explicar a etiologia da esquizofrenia (Fausto, 2005), faltando apenas descobrir-se o gene ou genes responsáveis pelo aparecimento desta perturbação psicótica (Carpenter & Buchanan, 1995; Fausto, 2005).

Apesar de estarem identificados diversos genes responsáveis por uma maior susceptibilidade de se desenvolver a esquizofrenia (Harrison et al., 2006), estudos indicam que o risco é superior em indivíduos com história familiar da doença.

Neste sentido, Fernandes da Fonseca (1987), Kendler e Diehl (1995), D’Amato e Karoumi (2001), Cunha et al. (2001) e Fausto (2005), enfatizam um risco de esquizofrenia dez vezes superior em parentes de primeiro grau de um esquizofrénico comparativamente ao observado na população em geral.

Também Kaplan e Sadock (1998) e Harrison et al. (2006), entre outros, reúnem consenso na maior taxa de predominância de esquizofrenia entre gémeos monozigóticos, com percentagem de prevalência de 45% a 48% (Quadro 2). Relativamente a este aspecto, Fausto (2005), apresenta taxas variáveis entre os 35% a 50%. Igual opinião demonstra De Hert et al. (1999).

Quadro 2 – Risco familiar em esquizofrenia (Adaptado de Harrison et al., 2006).

Familiares afectados	Risco de esquizofrenia durante a vida
População geral	1%
Primo, tia ou tio em primeiro grau	3%
Um dos pais	6%
Irmão	10%
Filho	12%
Gémeo dizigótico	17%
Ambos os pais	45%
Gémeo monozigótico	48%

Da análise do Quadro 2, destaca-se o facto de a população em geral ter uma probabilidade de ocorrência de 1%, como anteriormente já havíamos referido, comparativamente às taxas 44% (Fausto, 2005) e de 45% (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006) de probabilidade de ocorrência quando ambos os pais sofrem de esquizofrenia.

De Hert et al. (1999), apontam para a relação entre o risco de ocorrência da esquizofrenia aumentar quer na proporção da concordância genética (maior risco para familiares de primeiro grau) quer na crescente carga genética (maior risco para crianças com ambos os pais esquizofrénicos).

Mencionam igualmente, que à herança genética acresce um risco acrescido de desenvolver uma psicose esquizofrénica e/ou de distúrbios do espectro esquizofrénico (distúrbio esquizotípico e paranóico de personalidade ou outros tipos de psicose).

Contudo, estes autores alertam para o facto desta vulnerabilidade genética interagir com factores ambientais, o que se reflecte num modelo multifactorial e poligénico, explicativo da ocorrência de perturbações psicóticas. Todavia, Kaplan e Sadock (1998) sugerem a supremacia da influência genética sobre a influência ambiental.

O modo como esta herança genética é herdada ainda não é clara, pelo que se impõe a necessidade de estudo e investigação nesta temática (De Hert et al., 1999; Afonso, 2002).

Hipótese Biológica

Tassin (2001) refere que as disfunções neurobiológicas que se podem encontrar nos esquizofrénicos são, provavelmente, consequência das perturbações que se instalaram durante a maturação ontogenética do Sistema Nervoso Central (SNC).

Neste âmbito, é de realçar as teorias bioquímicas, as quais dizem respeito ao papel dos neurotransmissores (mensageiros químicos entre as células e o sistema nervoso) na produção dos sintomas da esquizofrenia (Fausto, 2005).

Segundo Harrison et al. (2006, 251), “a *hipótese da dopamina* tem sido a principal explicação bioquímica da esquizofrenia nos últimos 30 anos. Esta propõe que existe um excesso de transmissão da dopamina (‘hiperdopaminérgica’) na esquizofrenia (quer seja devido a excesso de dopamina, a excesso de receptores, etc)”. Ou seja, na psicose esquizofrénica a actividade dopaminérgica no cérebro é aumentada (De Hert et al., 1999).

Esta hipótese pressupõe a existência de uma anomalia rara dos neurotransmissores, ao nível do transporte da dopamina (Santos, 1999). Desta forma, baseia-se no facto de as drogas antipsicóticas ou neurolépticas,

actuarem na redução da neurotransmissão dopaminérgica do SNC (Brandão & Graeff, 1993; De Hert et al., 1999; Santos, 1999 e Fausto, 2005).

A hipótese da dopamina tem sido apoiada pelo facto de:

- i) As substâncias psicóticas terem como efeito o bloqueio dos receptores (D₂) da dopamina;
- ii) Os agonistas da dopamina, como por exemplo, as anfetaminas, podem provocar uma psicose paranóide ou agravar os sintomas já existentes;
- iii) Alguns estudos do líquido cefalorraquidiano e do cérebro em esquizofrénicos, indicam valores anormais de dopamina (Fausto, 2005 e Harrison et al., 2006).

Kaplan e Sadock (1998), entre outros, também referem os inúmeros estudos com a dopamina e sua relação com a esquizofrenia, todavia, alertam para a existência de outras vias de investigação ao nível do SNC, dando especial enfoque a outros neurotransmissores, como a serotonina, a noradrenalina e o glutamato.

Apesar das evidências encontradas esta hipótese nunca foi convenientemente comprovada (De Hert et al., 1999).

Hipótese neurodesenvolvimental

De entre as várias teorias e hipóteses explicativas da etiologia da esquizofrenia, considera-se actualmente que esta perturbação resulta de uma “perturbação do neurodesenvolvimento. Ou seja, ela é causada por anomalias do desenvolvimento do cérebro, largamente induzidas por uma predisposição genética e por factores ambientais precoces” (Figura 1) (Harrison et al., 2006, 253).

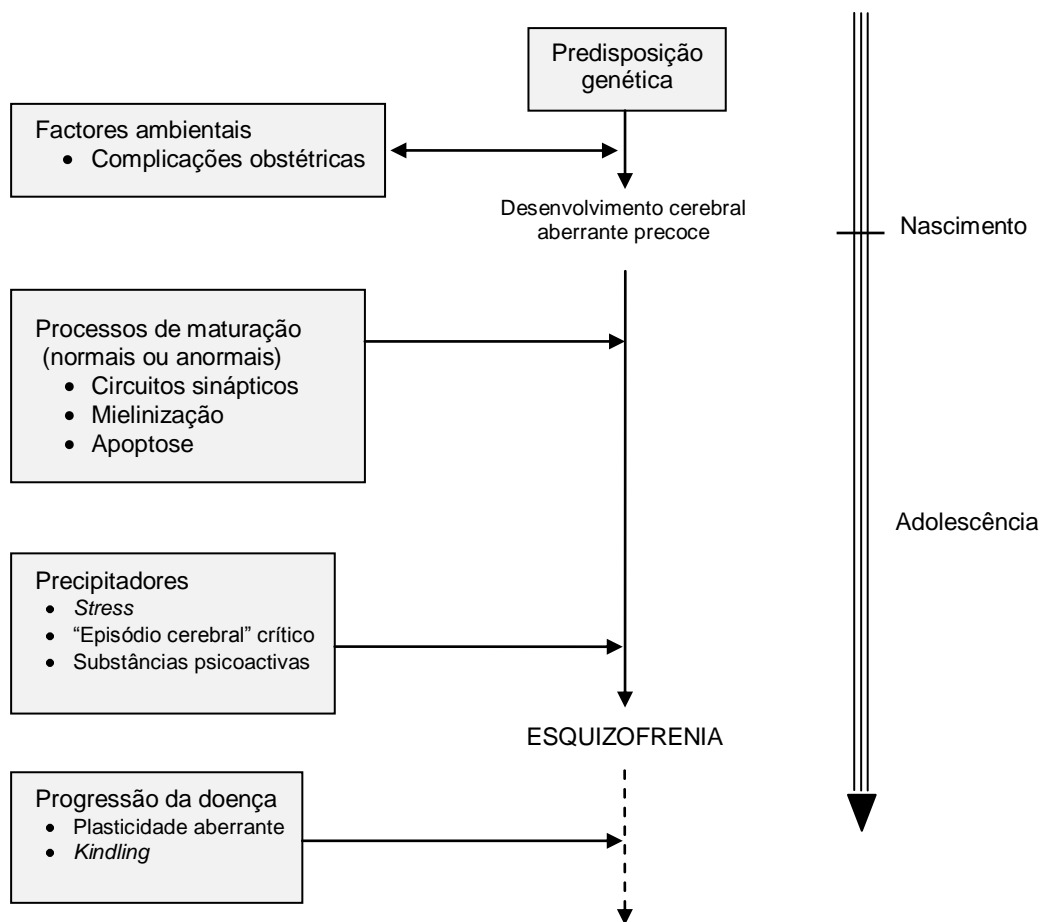


Figura 1 – Modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia (Harrison et al., 2006, 254).

Dentre os vários autores consultados, destacam-se as seguintes evidências a favor do modelo neurodesenvolvimental, sintetizadas por Harrison et al. (2006, 254):

- i) O facto dos achados neuropatológicos (por exemplo, alargamento ventricular) estarem presentes antes do início dos sintomas;
- ii) A maioria dos factores de risco ambientais consolidados actuarem *in útero* ou em fase precoce da infância;
- iii) As crianças com maior predisposição para desenvolverem esquizofrenias, na idade adulta, têm défices comportamentais, intelectuais e do desenvolvimento motor, demonstráveis a partir da infância;

- iv) As pessoas com esquizofrenia têm taxas mais elevadas de pequenas anomalias físicas e dermatóglifos anormais, que apontam ambos para uma perturbação do desenvolvimento pré-natal.

Factores ambientais

Apesar da genética e da neurobiologia desempenharem um importante papel no aparecimento da esquizofrenia, os factores de risco ambientais são de extrema importância.

No entanto, quais as exposições específicas e como estas causam a doença, permanecem desconhecidas (Harrison et al., 2006 e Tandon et al., 2008a).

Analisamos seguidamente os dados disponíveis na literatura.

Uma pessoa com história de complicações obstétricas possui um risco quatro vezes superior de desenvolver esquizofrenia (Kaplan e Sadock, 1998; Verdoux, 2001; Brown e Susser, 2002; Fausto, 2005; Harrison et al., 2006 e Tandon et al., 2008a). A hipóxia fetal – um défice de oxigénio no cérebro do recém-nascido – está associada ao aumento das anomalias na estrutura cerebral dos esquizofrénicos (De Hert et al., 1999 e Tandon et al., 2008a).

Infecções maternas e má nutrição durante o primeiro e início do segundo trimestres de gravidez também têm sido relacionadas com probabilidade de desenvolver esquizofrenia (Tandon et al., 2008a).

A probabilidade de uma pessoa desenvolver esquizofrenia é maior, cerca de 5-10% (Torrey et al., 1997; McGrath & Welham, 1999; Davies et al., 2003; citados por Tandon et al., 2008a), se nascer nos últimos meses de Inverno ou no início da Primavera (Fevereiro e Março) (Kaplan & Sadock, 1998; De Hert et al., 1999; Brown & Susser, 2002 e Fausto, 2005).

A *influenza* maternal é a infecção mais mais frequentemente relacionada com o aumento do risco de desenvolvimento da esquizofrenia, principalmente, se a mãe foi infectada pelo vírus durante a primeira metade da gravidez (De Hert et al., 2002; Mesa-Castillo, 2001; Fausto, 2005 e Tandon et al., 2008a).

O risco de esquizofrenia é três vezes superior se o nascimento ocorrer numa grande cidade do que numa área rural, no entanto, a sua causa é desconhecida (Harrison et al., 2006).

Alguns factores de risco na infância têm sido sugeridos para uma maior probabilidade de risco de esquizofrenia: trauma (Read et al., 2005; Morgan & Fisher, 2007), lesões na cabeça (Wilcox & Nasrallah, 1987; David & Prince, 2005); separações parentais ou morte (Morgan et al., 2006); factores adversos na educação infantil (Tienari et al., 2004) e infecções (Dalman et al., 2008 citados por Tandon et al., 2008a).

A hipótese da esquizofrenia estar ligada a alterações do sistema imunitário, isto é, existe um aumento de seropositividade de diversos vírus nesta perturbação (por exemplo, herpes *simplex* tipo 2), mas não se sabe quando ocorreu a exposição aos vírus e qual o papel causal que estes desempenharam (Oliveira, 1999; Harrison et al., 2006).

Durante a infância o urbanismo e a migração são um importante risco de desenvolvimento da esquizofrenia Tandon et al. (2008a).

Durante a adolescência o uso de *cannabis*, pode precipitar o aparecimento em indivíduos vulneráveis (Harrison et al., 2006) ou por outro lado, pode modificar a expressão da esquizofrenia mas não aumentar o risco de a desenvolver (Degenhardt & Hall, 2006; Barnes et al., 2006, citados por Tandon et al., 2008a).

Uma idade mais avançada do pai no momento da concepção têm sido relacionada com um duplicar do risco de desenvolver esquizofrenia (Malaspina et al., 2001 e Brown et al., 2002; Byrne et al., 2003; Wohl & Gorwood, 2007 citados por Tandon et al., 2008a).

Em jeito de síntese e dos autores consultados, destacamos Tandon et al. (2008a), o qual apresenta uma compilação de vários estudos realizados e que demonstram a estimativa de risco de desenvolver com base na interacção entre os factores anteriormente analisados (Quadro 3).

Quadro 3 – Estimativas do risco de desenvolver esquizofrenia devido a factores genéticos, neurobiológicos e ambientais (Adaptado de Tandon et al., 2008a).

Factor de risco	Risco médio (valores aprox.)	Referências
História familiar de esquizofrenia	2-70	
Gémeo monozigótico	50-70	Gottesman et al. (1987)
Ambos os pais afectados	40-60	kendler et al. (1993)
Gémeos dizigóticos ou parente 1º grau	9-18	Sullivan et al. (2003)
Parente 2º grau (p.ex. avô)	3-6	
Parente 3º grau (p. ex. 1º primo)	2-3	
Qualquer única variação genética específica	1.1 – 1.5	Allen et al. (2008)
Urbanismo	2-3	Pedersen & Mortensen (2001)
Migração	2-3	Cantor-Graae & Selten (2005)
Infecção ou má-nutrição materna no 1º ou 2ºtrim.	2-3	Penner & Brown (2007)
Nascimento no inverno	1.1	Davis et al. (2003)
Complicações obstétricas ou perinatais	2-3	Geddes & Lawrie (1995) Geddes et al. (1999) Byrne et al. (2007)
<i>Cannabis</i> ou uso de estimulantes	2-3	Semple et al. (2005)
Idade parental >35 anos	1.5-3	Wohl & Gorwood (2007)
Género masculino	1.4	Aleman et al. (2003)

Do Quadro 3, destaca-se como principais factores ambientais de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia: o urbanismo, a migração, as infecções maternas ou má nutrição (principalmente nos 1º e 2º trimestres de gravidez) e as complicações obstétricas ou perinatais. O uso de *cannabis* ou de estimulantes também assumem papel de destaque.

Dentre os vários autores consultados, parece ser consensual o contributo destes factores ambientais para uma maior susceptibilidade de se vir a desenvolver a esquizofrenia ao longo da vida.

Hipóteses Psicossociais

Atendendo à complexidade da esquizofrenia, torna-se importante a análise da influência psicossocial no aparecimento e desenvolvimento desta perturbação, pois esta é vulnerável e afectada pelo *stress* psicossocial (Kaplan & Sadock, 1998).

Este facto é comprovado pelas investigações recentes. Foi demonstrado que os lobos pré-frontais do cérebro do esquizofrénico são frequentemente afectados por tensões do ambiente (Santos, 1999), mostrando maior susceptibilidade às alterações do meio onde está inserido

Dentre as várias teorias e perspectivas explicativas da importância dos factores individuais, familiares e sociais, destacamos sumariamente: i) a perspectiva psicológica, ii) a teoria de aprendizagem ou familiar e iii) a teoria social.

i) Perspectiva psicológica

Neste âmbito podemos distinguir os contributos de Freud (1914) – corrente psicanalítica – e de Jung (1921) – modelo psicogénico –, para explicar a esquizofrenia.

Para Freud e baseado na teoria da libido, o cerne da esquizofrenia caracterizava-se pelo relacionamento distante e desinteressado do indivíduo com outras pessoas e demais objectos. Acrescentou ainda, que tal se poderia interpretar como uma falta de investimento de energia psíquica no mundo envolvente, remetendo-se o paciente num “estado narcísico”.

Para Jung, a esquizofrenia não deveria ser analisada apenas pelo inconsciente individual como preconizara Freud, mas sim pela análise do inconsciente colectivo – estudo da psique impessoal e seus arquétipos (componentes estruturais do inconsciente colectivo).

De acordo com o seu modelo psicogénico, Jung postulava que “qualquer factor desconhecido dá origem a funções psicológicas desajustadas que existem no indivíduo, já no período de infância. Este défice das funções psicológicas dá origem, posteriormente à perturbação mental, a qual pode engendrar uma degradação orgânico-cerebral” (Fausto, 2005, 115).

Assim, de acordo com o mesmo autor, Carl Jung foi pioneiro ao referir que na esquizofrenia, a possibilidade de existirem distúrbios emocionais, levaria à produção de metabolismos anómalos ou toxinas responsáveis por danos irreparáveis no cérebro.

Na actualidade, o contributo das teorias psicanalíticas é visto pela atribuição de significado simbólico aos vários sintomas vivenciados pelo paciente. Acrescenta-se ainda que os delírios e as alucinações, são tentativas regressivas, restritivas de criar uma nova realidade ou uma forma de expressão de medos ocultos e/ou impulsos, isto é, são tentativas do paciente estabelecer contacto com o mundo (Kaplan & Sadock, 1998; Fausto, 2005).

ii) Teoria de aprendizagem ou familiar

Segundo De Hert et al. (1999), nas últimas cinco décadas, o estudo da interacção familiar e a esquizofrenia têm recebido maior atenção por parte dos investigadores, sendo enfatizadas as influências recíprocas entre familiares.

Para Kaplan e Sadock (1998), estas teorias baseiam-se no facto dos fracos relacionamentos interpessoais dos esquizofrénicos serem resultantes da aprendizagem a partir de modelos fracos aprendidos na infância.

Os estudos realizados neste âmbito centraram-se na descrição de relações individuais mórbidas, dando-se atenção quer à relação mãe-paciente quer à relação pai-paciente (De Hert et al., 1999).

Como refere este autor, num relacionamento pais-filho parece existir uma forma de comunicação em que são atribuídas tarefas contraditórias pelo

que se torna difícil reagir adequadamente. Algumas estruturas familiares, funcionam como um sistema homeostático (luta pela estabilidade) e a descompensação psicótica surge na tentativa de preservação desse sistema.

Também Fernandes da Fonseca (1987, 26), refere que muitos dos comportamentos do paciente esquizofrénico parecem resultar de uma interação entre a sua personalidade e o meio familiar e/ou social em que está inserido – “causalidade sociofamiliar”.

Neste sentido, Fausto (2005, 138) caracteriza algumas perturbações ao nível da comunicação, que podem ser importantes no desenvolvimento da esquizofrenia, nomeadamente: i) desvios e estilo da comunicação; ii) estilo afectivo; iii) comportamento verbal crítico, indutor de culpa e intrusivo; iv) atitudes negativas e/ou afirmações emocionais bastante carregadas, dirigidas a uma pessoa específica da família.

De Hert et al. (1999) alertam para o facto destas perturbações ao nível da interação familiar, não terem sido constatados em todas as famílias com pacientes esquizofrénicos. Todavia, realça-se neste estudos a necessidade e importância de se abordar o paciente esquizofrénico no seu contexto familiar.

Reforçam esta ideia, afirmando que mesmo na presença de uma doença tão desgastante e devastadora, como a esquizofrenia, todos os membros da família estão intimamente envolvidos, dando um particular contributo.

iii) Teoria social

Como foi referido anteriormente, para alguns investigadores, o ambiente social onde o indivíduo está inserido poderá precipitar o primeiro episódio psicótico ou agravar o desenvolvimento da doença (Harrison et al., 2006) ou os sintomas poderão ser interpretados como tentativas do paciente se relacionar com o mundo que o rodeia (Kaplan & Sadock, 1998; Fausto, 2005).

Também a OMS (2002a), refere que as recaídas na esquizofrenia estão intimamente correlacionadas com o ambiente social e familiar, mas não necessariamente com a sua manifestação inicial. De Hert et al. (1999) têm a mesma opinião.

O aparecimento do conceito de emoção expressa ou índice de expressão emocional (EE), deu um importante contributo para a compreensão da influência do stress emocional exercido onde o paciente vive para o decurso da doença e para o número de recaídas psicóticas (De Hert et al., 1999).

Para Fausto (2005), a EE relaciona-se com atitudes de auto-culpabilização dos pais e tendência para controlar o comportamento dos filhos. Dos estudos realizados, constatou-se que as mães apresentaram maior tendência de envolvimento emocional ao contrário dos pais, que teriam um papel mais instrumental, relativamente ao paciente esquizofrénico.

Assim, o EE é considerado como o melhor preditor de recorrência psicótica após a saída do hospital: um paciente que é remetido para um ambiente com um elevado clima de EE denota um maior risco de recaída (De Hert et al., 1999).

Do exposto podemos concluir que a etiologia da esquizofrenia tem sido alvo de inúmeras atenções e investigações, mas as conclusões sugerem bastantes controvérsias, principalmente devido à multiplicidade de factores que contribuem, directa ou indirectamente, para o aparecimento desta patologia.

2.1.5. Sintomatologia

A esquizofrenia, como já referimos, está entre os distúrbios mais graves e debilitantes da psiquiatria, sendo característico da mesma, “um quadro clínico complexo” (Harrison et al., 2006, 235) e de múltipla sintomatologia.

Antes de referirmos os sintomas do DSM-IV, que são os mais utilizados actualmente para o diagnóstico desta perturbação, parece-nos importante referir dois importantes contributos para a sintomatologia: o de Kurt Schneider (1942) e de Liddle (1987), bem como os principais sinais e sintomas característicos desta perturbação.

Em 1942, Schneider propôs a ordenação dos sintomas da esquizofrenia em duas ordens de grandeza (Quadro 4), o que se constituiu como um marco determinante para a psicopatologia (Fernandes da Fonseca, 1987; Vilela, 1993; Mota Cardoso, 2002 e Afonso, 2002).

Segundo Fernandes da Fonseca (1987), os sintomas de 1ª ordem são mais específicos da esquizofrenia, podendo os de 2ª ordem aparecer noutras psicoses, não dando, por si, segurança de diagnóstico.

Quadro 4 –Ordenação dos sintomas por Schneider (Mota Cardoso, 2002, 120).

Sintomas de 1ª Ordem:
<ul style="list-style-type: none">– Vivências de influência e de intervenção alheia, seja no sentido da produção, seja no sentido da subtracção, ao nível da corporalidade, da vontade, do pensamento ou da afectividade.– Sonoridade do pensamento e sintomas afins: eco, difusão, roubo.– Percepções delirantes e audição de vozes na 2ª e, ou, na 3ª pessoa.
Sintomas de 2ª Ordem:
<ul style="list-style-type: none">– Inspirações e ocorrências delirantes, pseudo-alucinações auditivas, perplexidade, distímias, pobreza afectiva.

Da análise do Quadro 4 e pelo que já referimos (nos sub-capítulos anteriores), com a enumeração dos Sintomas de 1ª Ordem, Schneider deu um contributo determinante para progresso do diagnóstico da esquizofrenia.

Também Liddle (1987), propôs uma ordenação dos sintomas da esquizofrenia, em três grupos (Quadro 5), o que também contribuiu para as referências da psicopatologia actual (Afonso, 2002).

Quadro 5 – Ordenação dos sintomas proposta por Liddle (Adaptado de Afonso, 2002).

Grupo	Caracterização
I – Pobreza psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> – Pobreza do discurso; – Embotamento afectivo; – Diminuição espontânea dos movimentos; – Diminuição da mímica facial.
II – Desorganização	<ul style="list-style-type: none"> – Alterações da forma de pensamento; – Inadequação afectiva.
III – Distorção da realidade	<ul style="list-style-type: none"> – Alucinações e delírios.

Neste quadro destacamos a existência de diversas perturbações características da esquizofrenia, destacando-se a distorção da realidade, o desajuste afectivo com a realidade externa e um empobrecimento psicomotor.

Tandon et. al. (2008b) referem concordância em ser característico desta perturbação psicótica uma diversidade de sinais e sintomas, que incluem distorções características do pensamento e percepção, perturbações cognitivas e motoras, avolição e apatia, dificuldades de comunicação e expressões restritas de afecto.

Tendo em conta os contributos dos autores referidos e baseando-nos nos sistemas de classificação mais actuais, as perturbações psicóticas assumem diferentes dimensões (positiva, negativa, cognitiva, desorganização de humor e sintomas motores) e têm distintas expressões psicopatológicas entre indivíduos e no decurso da doença (DSM-IV-TR, 2000).

José (1994) reforça esta ideia, concluindo que as dimensões positiva e negativa têm estruturas sindrômicas coesas, mas com distintas características neuroquímicas, clínicas, evolutivas e de prognóstico.

Para Mota Cardoso (2002), existem basicamente dois tipos de sintomas característicos deste distúrbio psicótico (Quadro 6).

Quadro 6 – Sintomas positivos e negativos (Mota Cardoso, 2002, 140).

Sintomas Positivos:	Sintomas Negativos:
<ul style="list-style-type: none"> - Inserção do pensamento; - Transmissão do pensamento; - Eco do pensamento; - Roubo do pensamento; - Alucinações auditivas na 3ª pessoa; - Alucinações auditivas na 2ª pessoa; - Delírios de influência; - Delírios de referência; - Delírios paranóides. 	<p>Embotamento afectivo (atimia):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressão facial invariável; - Diminuição dos movimentos espontâneos; - Ausência de gestos expressivos; - Ausência de inflexões vocais. <p>Alogia (pobreza na fala):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pobreza dos conteúdos da linguagem; - Aumento do tempo de latência de resposta. <p>Apatia (abulia):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descuido no arranjo pessoal e na higiene; - Pouco empenho ao nível do trabalho; - Falta de energia. <p>Anedonia (associabilidade):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perda de interesse na diversão; - Perda de interesse pelo sexo; - Incapacidade para sentir intimidade; - Incapacidade para criar amigos.

Como se pode constatar, pela análise do Quadro 6, os sintomas positivos caracterizam-se por alterações ou excessos nas funções psíquicas do pensamento e sensopercepção, nomeadamente, com apresentação de delírios e alucinações, respectivamente, enquanto nos sintomas negativos, verifica-se uma diminuição ou mesmo ausência de respostas.

Parece ser consensual, entre os vários autores, a existência de uma polaridade sintomatológica: positiva e negativa, que parece coexistir na maioria dos pacientes.

Devido a polaridade ser de extrema importância para uma melhor compreensão desta perturbação e para o presente estudo, aprofundamos seguidamente as suas principais características.

Sintomas positivos

Os sintomas positivos incluem disfunções ou exageros do pensamento indutivo (ideias delirantes), percepção (alucinações), linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico (DSM-IV-TR, 2000).

Vários delírios podem ocorrer e assumir diferentes graus de persistência e sistematização, influenciando o funcionamento do indivíduo em diferentes extensões. Delírios de controlo e inserção, roubo e eco de pensamento (todos os 1º sintomas de Schneider) estão tradicionalmente relacionados com a esquizofrenia (Tandon et al., 2008b).

Segundo estes autores, as alucinações podem ocorrer em qualquer das cinco modalidades sensoriais, apesar das alucinações auditivas serem as mais frequentes. Vozes conversando com os pacientes ou comentando sobre ele são consideradas características (1º sintomas de Schneider), todavia, são mais frequentes as vozes acusatórias ou ameaçadoras.

Conteúdos bizarros e humor incongruente são dois sintomas psicóticos que sugerem o diagnóstico de esquizofrenia. Distorção da realidade marca o início formal da doença (mesmo que o processo patofisiológico se tenha estado a desenvolver anteriormente), com o aparecimento de sintomas positivos geralmente na infância ou pré-adultez.

Os sintomas positivos respondem melhor ao tratamento com antipsicóticos (Fernandes da Fonseca, 1987; De Hert et al., 1999).

Sintomas negativos

Os sintomas negativos referem-se a alterações no conjunto e intensidade de expressões emocionais (embotamento afectivo), compreendendo alterações na experiência e na expressão afectiva, abolia

(perda de motivação), alogia (pobreza do discurso), anedonia (incapacidade de experienciar prazer), avolição (falta de iniciativa), apatia (perda de interesse) e diminuição de relações sociais (DSM-IV-TR, 2000).

Para Tandon et al. (2008b) existe vasto número de factores etiológicos que podem contribuir para a expressão de sintomas negativos no contexto da doença. Neste sentido, distinguem sintomas negativos primários (são fundamentais ou intrínsecos à doença) dos sintomas negativos secundários (são causados por 'factores extrínsecos' relacionados com a doença, tais como: privação ambiental, tratamento com neurolépticos e depressão).

Reus (1998) refere a existência de vários estudos sobre a sintomatologia negativa da perturbação, o que pode ser compreendido pela prevalência de cerca de 30% na população esquizofrénica e pela sua importância no surgimento e desenvolvimento da doença.

Outro factor explicativo parece residir no facto da patofisiologia dos sintomas negativos estar pobremente entendida e por esta ser uma das componentes mais debilitantes da perturbação (Tandon et al., 2008b).

Do exposto e como já referimos anteriormente, a sintomatologia característica da esquizofrenia expressa-se distintamente de pessoa para pessoa, desenvolve-se de forma diferenciada entre pacientes e expressa diferentes sintomatologia no desenvolvimento da doença. Tal facto, parece estar associado à forma como estes sintomas surgem (de forma súbita ou de forma lenta ou insidiosa) e em que idade (infância, adolescência ou na fase adulta) (Figura 2).

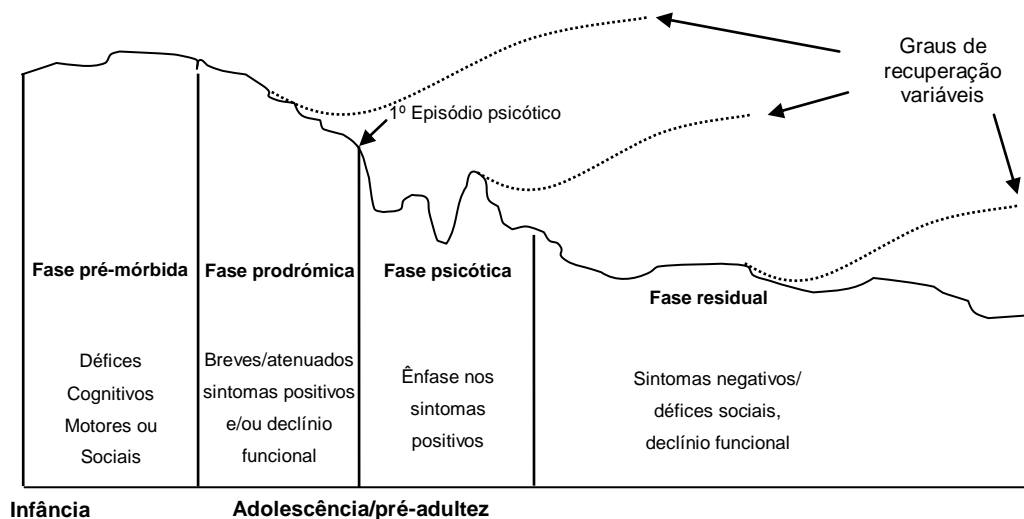


Figura 2 – Evolução da esquizofrenia e respectivas fases da perturbação (Adaptado de Tandon et al., 2008b).

Analisando a Figura 2, verificamos que apesar da esquizofrenia ser caracterizada por uma trajetória sequencial (com fases distintas e com características sintomáticas particulares em cada uma delas), parece que a sua evolução está intimamente relacionada com a sua forma de início (súbita ou insidiosa).

Para Tandon et al. (2008b) a evolução da esquizofrenia envolve: i) uma fase pré-mórbida (com subtis e inespecíficas perturbações cognitivas, motoras e/ou sociais); ii) uma fase prodrômica (caracterizada pela presença atenuada de sintomas positivos e declínio funcional); iii) uma fase psicótica, marcada pelo primeiro episódio psicótico (caracteriza-se pela repetição de episódios psicóticos com graus e durações variáveis entre episódios; a perturbação agudiza-se com a ocorrência de cada episódio psicótico); segue-se iv) a fase residual ou *plateau*, onde os sintomas psicóticos são menos proeminentes e onde os sintomas negativos e cognitivos aumentam predominantemente.

Neste seguimento, Fernandes da Fonseca (1987), refere que na esquizofrenia existe sempre um período inicial activo, um período de estado e um período residual.

No DSM-IV-TR (2000), essas fases de evolução da doença são designadas, respectivamente, por: fase inicial ou prodrómica, fase activa e a fase residual

Fase prodrómica ou inicial

A fase inicial ou prodrómica da doença, pode assumir diferentes expressões atendendo à multiplicidade de factores em interacção e que contribuem para o aparecimento da doença.

Para Levy (2001), é característico nesta fase prodrómica o surgimento progressivo e ligeiro de alterações no comportamento, pensamento e afecto. De acordo com este autor e outros, bem como algumas instituições (como o DSM-IV-TR, 2000) esta fase é caracterizada por:

- i) Isolamento progressivo com gradual afastamento social;
- ii) Redução da iniciativa, motivação e interesse pelas actividades habituais;
- iii) Comportamento peculiar acentuado;
- iv) Deficiência na higiene e cuidados pessoais;
- v) Crenças bizarras ou pensamentos mágicos;
- vi) Dificuldade de concentração;
- vii) Atitudes de desconfiança e hostilidade;
- viii) Preocupações por temas filosóficos, místicos, religiosos;
- ix) Discurso pobre e superficial;
- x) Perturbações de sono.

Como informação adicional, apresentamos uma listagem do *British Columbia Schizophrenia Society* (2001) contendo sinais de alerta que podem auxiliar na detecção precoce da doença (Quadro 7).

Quadro 7 – Sinais de alerta para detecção precoce da esquizofrenia (Adaptado de *British Columbia Schizophrenia Society*, 2001).

Sinais de alerta	
- Deterioração da higiene pessoal	- Mudança na personalidade de base
- Depressão	- Hostilidade inesperada
- Comportamento bizarro	- Deterioração das relações sociais
- Discurso irracional	- Indiferença
- Dormir excessivamente ou não ser capaz de dormir	- Uso de palavras ou estruturas de linguagem peculiares
- Hiperactividade ou inactividade ou alternância entre as duas	- Incapacidade de se concentrar ou suportar pequenos problemas
- Preocupação extrema com religião ou ocultismo	- Desistência das actividades ou da vida em geral
- Escrita excessiva sem significado	- Declínio académico ou de interesses desportivos
- Esquecimento de coisas	- Perder pertences
- Reacção extrema a críticas	- Incapacidade de expressar alegria
- Incapacidade de chorar ou choro excessivo	- Riso inapropriado
- Sensibilidade não usual a estímulos (ruído, luzes, cores, textura)	- Recusar de ser tocado por pessoas ou objectos, usar luvas, etc
- Tentativas de fuga ou viagens à boleia	- Abuso de drogas ou álcool
- Desmaios	- Posturas estranhas
- Barbear a cabeça ou os pelos corporais	- Cortar-se a si próprio ou ameaçar auto-mutilações
- Olhar parado, sem igual	- Teimosia
- Olhar fixamente sem pestanejar ou piscar incessantemente os olhos	- Desistência social (<i>social withdrawal</i>), isolamento e reclusão
- Sensibilidade ou irritabilidade quando tocado por outros	

Dentre os vários sintomas evidenciados e de acordo com estudos efectuados, constata-se que a severidade sintomatológica é variável de indivíduo para indivíduo. No entanto, é comumente referenciado pelos familiares um notável afastamento social (*British Columbia Schizophrenia Society*, 2001).

Usualmente estes sinais de alerta não se incluem na descrição da esquizofrenia, por serem dificilmente mensuráveis e por não serem específicos (Keith & Matthews, 1991).

Fase activa

É nesta fase que se dá a instalação da doença e onde geralmente são notórias alterações significativas do pensamento, do comportamento e nas emoções do indivíduo.

Apesar de autores atribuírem graus de importância à sintomatologia evidenciada pelos pacientes, é evidente:

- i) Perturbações ao nível cognitivo – amnésia (memória explícita), falta de atenção, desordem de pensamento, processamento de informação e aberrante associação entre palavras e frases ('salada de palavras') (Santos, 1999, Georgieff, 2001);
- ii) Perturbações ao nível perceptivo-motor – dificuldades na organização da acção, da sua adequação ao contexto, do seu controlo e da sua representação consciente e intencional (Georgieff, 2001);
- iii) A instauração de percepções e ideias delirantes – crenças firmes e centrais para a acção do paciente – tão características desta perturbação;
- iv) O alheamento da realidade e vivência de alucinações: auditivas (fala com um segunda ou terceira pessoa), visuais (acredita que vê algo) e/ou somáticas (acredita que lhe tocam) (Barcha, 2000).

É nesta fase que muitos pacientes sentem que estão a ser perseguidos ou que existe uma conspiração contra eles. Afastam-se socialmente e passam a viver, alimentando o seu mundo de fantasia, ilusão e delírio.

No dizer de Magaña (2000), verifica-se a perda do Eu e o retraimento social e emocional.

Fase residual

Nesta fase podemos encontrar diferentes possibilidades, dependendo do diagnóstico da doença e da evolução da mesma.

Para Fernandes da Fonseca (1987) existem doentes que rapidamente caminham para uma situação de defeito, enquanto outros, através de cursos intermitentes ou não, se mostram muito pouco afectados pela deterioração.

O mesmo autor cita Campailla (1982), segundo o qual os sintomas de defeitos são as alterações cognitivas e do ritmo de sono, a dificuldade de atenção e do pensamento, fadiga, falta de energia, de sensibilidade e de vitalidade (redução do potencial energético) e abaixamento da resistência às situações de stress.

A sintomatologia é semelhante à da fase prodrómica, exceptuando a afectividade embotada ou inadequada e o comprometimento de funções e papéis que tendem a ser mais comuns nesta fase (Quaresma, 1997).

Quer no DSM-IV quer no CID-10, os critérios de diagnóstico da esquizofrenia têm por base a presença de dois (ou mais) dos seguintes sintomas característicos, presentes por um período significativo de tempo (um mês ou menos se tratados com êxito):

- 1) Ideias delirantes;
- 2) Alucinações;
- 3) Discurso desorganizado;
- 4) Comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico;
- 5) Sintomas negativos (embotamento afectivo, alogia ou avolição).

Do exposto anteriormente, podemos concluir que existe um conjunto de sintomas característicos da esquizofrenia, os quais ocorrem em número diferente, de forma diversificada e com intensidade variável. Este facto vai

condicionar o prognóstico, o decurso da doença bem como a escolha do tratamento a adoptar.

Da multiplicidade sintomática, destacamos as alterações ao nível do pensamento (ocorrência frequente de delírios), da percepção (ocorrência frequente de alucinações nas várias formas sensoriais), do afecto, da volição e do comportamento motor.

2.1.6. Classificação

Atendendo às inúmeras possibilidades de ocorrência relativamente aos sintomas da esquizofrenia e ao facto de existirem diferentes critérios de classificação, vai dificultar quer o diagnóstico precoce quer a respectiva classificação da doença.

Os dois sistemas multiaxiais (Quadro 8) mais utilizados na prática clínica para diagnóstico e classificação da esquizofrenia são, como já referimos, o CID-10 (1992), da Organização Mundial da Saúde, e o DSM-IV-TR (2000), da *American Psychiatric Association*.

Quadro 8 – Sistemas multiaxiais de classificação: CID-10 e DSM-IV-TR.

CID-10	DSM-IV-TR
Eixo I – Diagnósticos Clínicos	Eixo I – Transtornos Mentais e outras condições de atenção Eixo II – Transtornos de Personalidade e Deficiência Mental Eixo III – Condições Médica Gerais
Eixo II – Incapacidades	Eixo IV – Stressores Psicossociais e Ambientais
Eixo III – Factores Contextuais	Eixo V – Avaliação Global do Funcionamento (GAF)

Analisando o Quadro, verificamos que os dois sistemas de classificação são apresentados num sistema multiaxial com 3 Eixos (CID-10) e 5 Eixos (DSM-IV-TR), aproximando-se dos mesmos padrões teóricos e práticos, mas evidenciando algumas diferenças.

Enquanto a OMS, procura integrar e aproximar conceitos fenomenológicos, psicanalíticos e socioculturais, num sistema classificatório mais integral – CID-10 –, a Associação Americana de Psiquiatria apresenta um sistema de classificação com maior aplicabilidade clínica – DSM-IV. Neste sistema apresentam a descrição das patologias detalhadamente, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população em geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das combinações psicossociais decorrentes.

Apesar das limitações destes dois sistemas, o DSM-IV deu um importante e ímpar contributo para o aparecimento de uma linguagem clínica comum, o que favoreceu a troca de informações entre profissionais bem como parece ter contribuído para o incentivo à pesquisa científica.

O DSM-IV-TR (2000) aponta como principais características dos distúrbios esquizofrénicos e critérios de diagnósticos da patologia, um conjunto de sinais e sintomas, tanto positivos como negativos (como abordamos anteriormente neste estudo), que estiveram presentes numa importante parte do tempo durante o período de um mês (ou num período mais curto no caso de tratamento bem sucedido), com alguns sinais de perturbação persistindo durante pelo menos seis meses.

Reportando-nos a estes dois sistemas, e de acordo com os critérios de classificação, apresentamos no Quadro 9 os diversos tipos de esquizofrenia.

Quadro 9 – Tipos de Esquizofrenia segundo o CID-10 e o DSM-IV-TR.

Tipos de Esquizofrenia	
CID-10	DSM-IV-TR
Hebefrénica	Desorganizada
Paranóide	Paranóide
Catatónica	Catatónica
Indiferenciada	Indiferenciada
Residual	Residual
Depressão pós esquizofrénica	
Simple	
Outra	
Não especificada	

Da análise do Quadro 9 destaca-se que no CID-10 são considerados mais quatro tipos de esquizofrenia do que comparativamente ao DSM-IV-TR.

Seguidamente, iremos apresentar resumidamente as características dos tipos de esquizofrenia comuns aos dois sistemas de classificação: hebefrénico ou desorganizado, paranóide, catatónico, indiferenciado e residual.

Esquizofrenia tipo desorganizado ou hebefrénico

Esta forma de esquizofrenia tem início precoce e insidioso (Fernandes da Fonseca, 1987; Serralonga, 1998, Mota Cardoso, 2002), surgindo normalmente, entre os 15 e os 25 anos de idade. Tende a ter um prognóstico pobre, dado o rápido desenvolvimento de sintomas negativos, particularmente o embotamento afectivo e a falta de volição (CID-10, 1992).

Caracteristicamente, neste tipo de distúrbio é frequente o aparecimento de um discurso e comportamento desorganizados, bem como o afecto inapropriado ou embotado são proeminentes, sem evidência de catatonia (DSM-IV-TR, 2000; Fauman, 2002).

Para Kaplan e Sadock (1998), o percurso de hebefrénico tende para a perda de volição, o embotamento afectivo e o empobrecimento do discurso.

Tal facto é reforçado por Gomes et al. (1999) ao constatarem uma prevalência de prejuízo neuropsicológico e cognitivo, bem como um prognóstico sem remissões significativas.

No dizer de Almeida (1997), o comportamento destes pacientes parece desprovido de propósitos, evidenciando inadequação e incongruência afectiva, oscilando entre risos convulsivos e choros intensos e descontextualizados. Tendem a isolar-se, podendo surgir alucinações e delírios fugazes e fragmentários.

Mota Cardoso (2002) acrescenta que os hebefrénicos apresentam, com frequência, comportamento bizarro (estereotipado) e extravagante, que tendem a evoluir para a deterioração.

À desorganização do comportamento associam-se os maneirismos e estranheza no comportamento. Esta característica comportamental pode implicar graves disfunções ao nível do desempenho das actividades quotidianas básicas, como a higiene pessoal, alimentação e vestuário. Frequentemente necessitam de um apoio para a realização destas tarefas.

Almeida (1997) acrescenta ainda que, neste tipo de distúrbio, se evidencia uma preocupação superficial com religião, filosofia, ocultismo e temas místicos. Estas temáticas não são usualmente aprofundadas, dada a incapacidade de concentração e raciocínio lógico.

Esquizofrenia tipo paranóide

Este tipo de esquizofrenia é o mais frequente (CID-10, 1992; Babo de Castro, 1997) e, comparativamente aos outros tipos, tem um início tendencialmente mais tardio (DSM-IV, 1999) e tem melhor prognóstico (D'Amato & Rochet, 2001).

Neste tipo de distúrbio evidencia-se a presença de ideias delirantes ou de alucinações auditivas, não existindo afecto embotado ou inapropriado,

comportamento catatónico, discurso ou comportamento desorganizado. Os delírios ou ideias delirantes desenvolvem-se com lucidez e coerência em torno de um tema, sendo frequentemente persecutórias de grandeza ou ambas (DSM-IV-TR, 2000; Fauman, 2002).

Comparativamente a outros tipos de distúrbios esquizofrénicos, os de tipo paranóide revelam menor regressão das suas faculdades mentais, respostas emocionais e comportamento. Caracteristicamente são tensos, desconfiados, reservados e, por vezes, hostis ou agressivos. Ocasionalmente, conseguem ter comportamentos adequados a situações sociais (Kaplan & Sadock, 1998).

Esquizofrenia tipo catatónico

Actualmente, a esquizofrenia do tipo catatónico é rara nos países industrializados, mantendo-se comum nos outros lados (CID-10, 1992; Harrison et al., 2006).

Como característica deste distúrbio destaca-se as alterações ao nível psicomotor, alternando entre imobilidade ou hiperactividade motora (Frances & Ross, 1999).

Segundo DSM-IV-TR (2000) e Fauman (2002), o paciente do tipo catatónico demonstra dois, entre os seguintes sinais:

- i) Imobilidade motora evidenciada por catalepsia (incluindo flexibilidade cética) ou estupor;
- ii) Actividade motora excessiva (aparentemente sem objectivo e sem influência de estímulos externos);
- iii) Negativismo extremo (resistência, aparentemente sem motivo, a todas as instruções ou manutenção de uma postura rígida, contra todas as tentativas de mobilização) ou mutismo;
- iv) Peculiaridades dos movimentos voluntários evidenciadas pelas posturas (tomada voluntária de posturas inapropriadas ou

bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos proeminentes;

v) Ecolalia ou ecopraxia.

A acinesia e estupor podem alternar com crises de agitação motora, tal como a indiferença afectiva alterna com períodos de violenta explosão afectivo-emocional (Athayde, 1987 e CID-10,1992).

Esquizofrenia tipo indiferenciado

Os indivíduos com distúrbios esquizofrénicos e que não preenchem os critérios para os tipos Paranóide, Catatónico ou Desorganizado, classificam-se como sendo do tipo indiferenciado (Fauman, 2002).

Apresentam como sintomas positivos os delírios, as alucinações, o discurso e o comportamento desorganizado. Evidenciam o afecto embotado, alogia ou avolição (sintomas negativos).

Esquizofrenia tipo residual

Para Mota Cardoso (2002) este tipo corresponde ao esvaziamento a que a doença esquizofrénica frequentemente conduz, originando o que usualmente se designa por defeito psicótico.

Esta designação é utilizada quando ocorreu, pelo menos, um episódio psicótico e no actual quadro clínico, não existem sintomas psicóticos positivos dominantes (ideias delirantes, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado). Podem destacar-se a presença de sintomas negativos como o embotamento afectivo, pobreza do discurso ou avolição.

Normalmente, neste tipo de esquizofrenia encontram-se presentes ou dois sintomas negativos ou pelos menos dois positivos (por exemplo, ideias

delirantes, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico) de forma atenuada (por exemplo, crenças bizarras, experiências perceptuais invulgares) (DSM-IV-TR, 2000).

Segundo o DSM-IV (1999), a esquizofrenia do tipo residual pode ter uma duração limitada no tempo e ser representativa de uma transição entre um episódio e uma remissão completa.

Do exposto podemos concluir que o diagnóstico da esquizofrenia patologia torna-se difícil, devido a uma vasta variedade de sintomas e a uma multiplicidade de conjugação das mesmas, sendo frequente os doentes apresentarem uma mistura de sintomas de diferentes tipos e com frequência passarem de um tipo para outro, ao longo da evolução desta patologia. Este também é dificultado pelo facto dos doentes atravessarem os diferentes tipos em períodos distintos ou em diferentes etapas da evolução da doença (Mota Cardoso, 2002).

Neste sentido, ao classificarmos a esquizofrenia nos seus diferentes tipos, referimo-nos fundamentalmente à presença de sintomas dominantes, negativos e/ou positivos (Quadro 10).

Quadro 10 – Resumo das principais características dos tipos de esquizofrenia (Adaptado de Harrison et al., 2006).

Tipo	Sintomas predominantes	Outras características
Paranóide	Ideias delirantes de tipo persecutório, sistematizadas Alucinações, habitualmente auditivas	Forma mais comum Personalidade relativamente preservada
Desorganizado ou hebefrénico	Desorganização do pensamento Comportamento estranho Ideias delirantes bizarras, fugitivas	Aparecimento precoce Mau prognóstico Personalidade pré-mórbida, esquizóide ou esquizotípica
Catatónico	Humor lábil ou inapropriado Sinais motores	Actualmente rara nos países desenvolvidos
Indiferenciado	Uma combinação dos indicados acima	
Residual	Presença atenuada de dois sintomas negativos ou pelos menos dois positivos.	

Nos tipos de esquizofrenia apresentados, distinguimos a presença dos seguintes sintomas dominantes: alterações do pensamento, afectividade e vontade (tipo hebefrénico); delírios primários e alucinações (tipo paranóide); alterações psicomotoras (tipo catatónico) e sintomas negativos (tipo residual).

Atendendo à multiplicidade de sintomas e às variadas possibilidades de conjugação dos mesmos, bem como o curso da própria doença, os autores consideram que o diagnóstico da esquizofrenia nem sempre foi claro nem fácil de realizar (De Hert et al., 1999). Tal facto parece dever-se ao facto do diagnóstico envolver sempre o reconhecimento de sinais e sintomas, associados a uma disfunção social ou ocupacional.

2.1.7. Evolução

Como temos vindo a mencionar, a esquizofrenia constitui um grande desafio à comunidade científica, por tudo o que anteriormente referimos mas também devido à sua evolução marcadamente atípica: uma grande variabilidade de cursos, independentemente da sintomatologia apresentada no início da doença (Tostes, 1993).

Apesar da evolução da patologia diferir de indivíduo para indivíduo e também pela conjugação de diversos factores, esta variável assume particular importância no nosso estudo, pelo que seguidamente apresentamos diferentes perspectivas de diversos autores relativamente ao curso da perturbação.

Fernandes da Fonseca (1987) considera a evolução da esquizofrenia estar intimamente relacionada com a sua forma de início (súbita ou insidiosa). Moreno (2000) considera contrariamente que 2/3 dos casos apresenta um início agudo enquanto 1/3 deles têm uma forma de início lenta.

Baseando-se na sua investigação, Fernandes da Fonseca (1987), definiu e classificou três formas mais ou menos típicas de início da esquizofrenia:

- i) Início pseudoneurótico: apresenta um início precoce (aparece numa idade média de 22,3 anos) e tem uma prevalência de 53,3% dos casos (a forma mais frequente). Tem um início insidioso, em que o doente sente um estado de tensão e pressão interna, a qual aumenta de intensidade consoantes as experiências de ansiedade, insegurança e de ameaças do Eu.
- ii) Início afectivo: tende a surgir mais tardiamente (média de idades de 27,5 anos) e tem uma prevalência de 26% dos casos. Apresenta o diagnóstico mais difícil de realizar, sendo usual esperar-se pela evidência de delírios.
- iii) Início alucinatorio-delirante: é a que ocorre mais tardiamente (média de idades 39,2 anos) e com menor frequência (cerca de 20,7% dos casos). Frequentemente tem início súbito, com evidências de alucinações, delírios ou ambas em simultâneo.

Segundo Levy (2001) a forma de início da patologia vai condicionar o tratamento da esquizofrenia. Assim, num início súbito o indivíduo é rapidamente encaminhado para o apoio psiquiátrico, enquanto num início insidioso (a forma mais frequente), pode demorar meses ou até anos para que o paciente seja devidamente acompanhado por tratamento médico. Tal parece dever-se à instauração lenta e progressiva de alterações de comportamento, pensamento e afecto, podendo apenas ser detectadas mediante a ocorrência de um surto psicótico.

Os esquizofrénicos do tipo paranóide apresentam um melhor prognóstico, podendo existir uma remissão total dos sintomas, enquanto os do tipo hebefrénico (início numa idade precoce e de forma insidiosa, apresentando uma má adaptação pré-mórbida) têm uma evolução contínua e de mau

prognóstico, como mencionado anteriormente neste estudo (D'Amato & Rochet, 2001).

Tendo por base os estudos de Bleuler (1962), Fernandes da Fonseca (1987) e Mota Cardoso (2002) consideram que a evolução da esquizofrenia pode corresponder a sete grupos distintos, sendo eles:

- Curso agudo e defeito ligeiro;
- Curso agudo e defeito grave;
- Curso crónico e defeito ligeiro;
- Curso crónico e defeito grave;
- Curso em brotes e defeito grave;
- Curso em brotes e defeito ligeiro;
- Curso em brotes e remissão total.

Mota Cardoso (2002) considera que formas de início agudo ou por surtos têm, em regra, melhor prognóstico evoluindo, quase metade dos casos, para a cura ou para defeitos ligeiros.

Neste sentido, D'Amato e Rochet (2001) referem dados obtidos nos estudos de Bleuler (1972, 1978), Huber et al. (1975) e Ciompi (1980), sobre a evolução da doença a longo prazo. No momento da catamnese, cerca de 20 a 25% dos pacientes encontravam-se “curados”, apresentando alguns estados residuais compatíveis com uma vida independente (habitação pessoal e actividade remunerada). Apenas 25% dos pacientes estudados evoluíam para formas crónicas e gravemente incapacitantes.

Verificaram que a evolução da esquizofrenia estava relacionada com a sua forma de início: um início agudo e curso oscilante geralmente e com frequência evolui para a cura ou para um estado terminal ligeiro, enquanto um início insidioso e evolução contínua evolui para uma estado terminal médio ou grave.

Também Levy (2001) refere pior prognóstico quando: existir história familiar de esquizofrenia; se, previamente à doença, a personalidade for perturbada; tiver um início insidioso e progressivo e ocorrer numa idade jovem (<20 anos). Cerca de 20% dos doentes apresentam uma remissão total, 2/3 uma remissão parcial permitindo uma razoável adaptação social e cerca de 10% têm uma evolução muito grave e intensamente incapacitante.

Em comparação àqueles que têm o primeiro episódio psicótico numa idade mais tardia, os indivíduos com início em idades mais baixas (<20 anos) e com um desenvolvimento da doença mais precoce (<13 anos) manifestam pior funcionamento pré-mórbido, sintomas negativos e de desorganização mais severos, maiores défices cognitivos e pior prognóstico geral (Tandon et al., 2008b).

Analisando os factores de predição da evolução da esquizofrenia, propostos por diversos autores (Fernandes da Fonseca, 1987; Lipton & Cancro, 1995; Carpenter & Buchanan, 1995; Serrallonga, 1998; Carpiello & Carta, 2002), Gelder et al. (1996) compilaram esses factores de forma sucinta e completa (Quadro 11), os quais apresentamos de seguida.

Quadro 11 – Factores de predição da evolução da esquizofrenia (Gelder et al., 1996, 283).

Bom prognóstico	Mau prognóstico
Início súbito	Início insidioso
Episódio curto	Episódio longo
Sem prévio historial psiquiátrico	Prévio historial psiquiátrico
Sintomas afectivos predominantes	Sintomas negativos
Tipo paranóide	Dilatação dos ventrículos laterais
Início fase adulta	Género masculino
Casado	Início na adolescência
Boa adaptação psico-sexual	Solteiro, separado, viúvo, divorciado
Personalidade prévia forte	Má adaptação psico-sexual
Boa capacidade de trabalho	Personalidade prévia anormal
Boas relações sociais	Fraca capacidade de trabalho
Boa concordância	Isolamento social
	Má concordância

Analisando o Quadro 11, verificamos que inícios súbito na idade adulta e episódios psicóticos de curta duração favorecem um bom prognóstico,

contrariamente a um início insidioso e com episódios psicóticos longos, que favorecem um pior prognóstico. O género e o ambiente pessoal onde o indivíduo se insere parecem influenciar o prognóstico e curso da doença.

Como mencionado anteriormente, vários estudos recentes demonstraram que o stress emocional (EE) exercido pelo ambiente em que vive um paciente esquizofrénico contribui para o prosseguimento da psicose esquizofrénica e para o número de recorrências psicóticas (De Hert et al., 1999; Levy, 2001). O abuso de substâncias e stresses da vida podem também precipitar o episódio psicótico (Tandon et al, 2008a).

A esquizofrenia apesar de ter uma incidência similar entre os sexos masculino e feminino, como já referimos anteriormente, estudos referem que a mulher esquizofrénica apresenta um curso mais brando da doença do que os homens e, conseqüentemente, um melhor prognóstico e possibilidade de adaptação social (Mari, 1993; OMS, 2002a; Carpiniello & Carta, 2002).

Neste sentido, sendo o risco de contrair a doença, ao longo da vida, similar nas mulheres e nos homens, o primeiro episódio psicótico tende a surgir, em média, 5-7 anos mais tarde nas mulheres (Usall et al., 2003).

Para Tandon et al. (2008b), as mulheres comparativamente com os homens, têm melhor funcionamento pré-mórbido, expressam sintomas afectivos mais severos e menor severidade nos sintomas negativos e cognitivos, bem como manifestam menores índices de concretização de suicídio e têm melhor resposta ao tratamento e um melhor prognóstico geral.

Outro factor a ter em conta no curso da doença é o risco acrescido de suicídio, dado que cerca de 10% dos esquizofrénicos morrem por este motivo (Reus, 1998; Levy, 2001).

Para Lipton e Cancro (1995) 10% corresponde à taxa de concretização do suicídio (em cerca de 40% de tentativa de suicídio), ocorrendo preferencialmente na primeira década da doença.

Consideram ainda que a taxa de suicídio é cerca de vinte vezes superior na população esquizofrénica em comparação com a população em geral, sendo mais elevada nos homens com esquizofrenia do tipo paranóide.

Apesar de apresentarem percentagens diferentes, Kaplan e Sadock (1998) são da mesma opinião. Referem que cerca de 50% dos doentes esquizofrénicos tenta o suicídio, pelo menos uma vez e entre 10-15% morrem por suicídio. Consideram também que o risco é igual em homens e mulheres, tornando-se superior no caso da presença de sintomas depressivos.

A OMS (2002a) reforça estes dados ao considerar que um número considerável de indivíduos com esquizofrenia tenta o suicídio durante o curso da doença.

Actualmente considera-se que os graus de recuperação são variáveis e podem ocorrer em qualquer fase da doença (Bleuler, 1972; Ciompi, 1980 citados por Tandon et al., 2008b). Estes dados parecem contrariar a perspectiva original de Kraepelin – deterioração progressiva inalterável –, dado que um número significativo de indivíduos com esquizofrenia demonstra substanciais melhorias.

Estes autores referem ainda que no curso da doença os sintomas positivos tendem a tornar-se menos severos e os negativos mais proeminentes. Por sua vez, os sintomas cognitivos ficam estabilizados ao longo da doença enquanto as variações de humor oscilam de severidade de acordo com os sintomas psicóticos. A extensão da deterioração parece estar relacionada, em parte, com a duração da psicose por tratar.

Dentre os autores consultados parece consensual que factores como: um início súbito na idade adulta, episódios psicóticos de curta duração, a inexistência de problemas do foro psíquico, uma vida pessoal, familiar e social equilibrada, são premonitores de uma evolução favorável da esquizofrenia.

2.1.8. Tratamento

Actualmente, ao lidarmos com pacientes esquizofrénicos vários são os desafios que se colocam (Xavier et al., 2002), quer pela natureza específica das suas necessidades (clínicas, funcionais, autonomia e competências sociais), quer pelas variadas valências exigidas às instituições em determinadas áreas de intervenção terapêutica (reabilitação psicossocial, integração laboral, apoio à família, alternativas residenciais, etc.).

No tratamento destes pacientes parece importante ter em consideração que os surtos psicóticos decorrem da interacção entre a vulnerabilidade biológica e dos factores de stress psicossocial (De Hert et al., 1999; Bahls & Zacar, 2006).

Enquanto as estratégias biológicas podem reduzir a vulnerabilidade as abordagens psicossociais procuram facilitar a adaptação e a independência do indivíduo por meio de aprendizagem e reforço de habilidades. Os familiares também são envolvidos, dado necessitarem de apoio e orientação na convivência com alguém seriamente doente (Bahls & Zacar, 2006).

Segundo estes autores, as intervenções familiares, juntamente com as estratégias e técnicas psicoterapêuticas, têm demonstrado que melhoram a qualidade de vida e reduzem as taxas de recaídas desta patologia que interfere negativa e gravemente na estrutura familiar.

Referem também ser imprescindível que o acompanhamento do paciente esquizofrénico seja feito por uma equipa multidisciplinar, na qual diferentes profissionais actuam simultaneamente, melhorando as possibilidades de controlo sintomatológico, a adesão ao tratamento e a readaptação em geral.

Neste sentido, e apesar do tratamento da esquizofrenia focar normalmente os sintomas positivos e negativos, reconhece-se como um importante objectivo terapêutico o aumento da qualidade de vida dos pacientes esquizofrénicos (Naber et al., 2001; Karow & Naber, 2002, citados por Wehmeier et al., 2007).

Entre as estratégias deste novo modelo de tratamento da esquizofrenia encontra-se a prescrição de actividade física como um importante elemento coadjuvante na melhoria da qualidade de vida destes pacientes. Baseado nos estudos de Faulkner et. al (2007), verificaram que o aumento do peso entre esquizofrénicos além de provocar problemas de saúde, criam grandes limitações nas actividades de vida diária. Os referidos autores recomendam a actividade física aliada a uma alimentação equilibrada, para o controlo do peso e aumento na funcionalidade global dos esquizofrénicos e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida.

Tendo por base este importante objectivo terapêutico, temos assistido ao movimento de desinstitucionalização (Bachrach, 1997), o qual tem vindo a implementar importantes alternativas ao internamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos (Xavier et al., 2002).

Em retrospectiva, os primeiros tratamentos da esquizofrenia constituíam-se pela insulina (séries de coma) e pelo electrochoque, tendo os primeiros medicamentos surgido na década de 50 (Fernandes da Fonseca, 1987).

Com o movimento anteriormente referido e com os avanços científicos, o tratamento da esquizofrenia inclui a terapia medicamentosa, a psicoterapia familiar e os programas de reabilitação social (Serrallonga, 1998).

Neste sentido, Santos (1999) enuncia sete categorias de tratamento da esquizofrenia, baseadas nas recomendações do Instituto Nacional de Saúde Mental e a Agencia de Seguros de Pesquisa e Saúde, sendo elas:

1. Medicação antipsicótica;
2. Medicação adicional para depressão, ansiedade ou hostilidade;
3. Terapia com electroconvulsivos;
4. Tratamento psicológico;
5. Intervenção familiar;
6. Reabilitação vocacional;
7. Tratamento intensivo comunitário.

Mais recentemente Xavier et al. (2002), baseando-se em modelos e programas terapêuticos diferenciados, enumera cinco tipos de dispositivos essenciais ao tratamento dos pacientes esquizofrênicos: i) ambulatório, ii) unidades de internamento em hospitais gerais, iii) serviços de urgência e de intervenção na crise, iv) unidades de dia e v) estruturas residenciais na comunidade, cuja efectividade se encontra fundamentada por estudos metodologicamente rigorosos (Stein, 1980; Hoult, 1983; Harding, 1987; Marks, 1994; Burns, 1995; Craig, 1997; Leff, 1997; Mueser, 1998).

Corroborando os autores anteriormente citados, Harrison et al. (2006), apresentaram uma síntese das necessidades terapêuticas dos pacientes esquizofrênicos (Quadro 12), reforçando a ideia das exigências que esta patologia coloca quer às instituições quer ao ambiente social e familiar onde está inserido.

Quadro 12 – Componentes do tratamento da esquizofrenia crónica (Harrison et al., 2006, 243).

Intervenção	Razões
Cuidados comunitários coordenados	Para garantir a satisfação das necessidades médicas sociais
Manutenção de medicação psicótica	Para prevenir as recaídas
Re-hospitalização durante recidivas graves	Para estabilizar o estado mental e rever a gestão
Terapia familiar para o elevado índice de emoção expressa	Para prevenir recaídas
Treino das aptidões sociais	Para melhorar o funcionamento social
Terapia cognitivo-comportamental	Para reduzir os sintomas residuais
Terapia de observância	Melhorar a observância terapêutica
Emprego sustentado	Benefícios económicos, sociais e auto-estima
Resolver problemas com álcool e drogas	Melhorar os resultados
Treino de capacidades para gerir a doença	Ajudar a lidar com a doença crónica
Cuidados médicos gerais	Elevado risco de má saúde física

Analisando o Quadro 12, podemos verificar as múltiplas exigências que o tratamento da esquizofrenia coloca às instituições. Contudo, da informação disponível verificamos uma preocupação em integrar o esquizofrênico na sociedade quer pelo treino das suas competências sociais, quer pelo emprego sustentado como pelo treino de capacidades para gerir a doença.

Dos variados tratamentos existentes iremos, sucintamente, reportar-nos às terapias medicamentosa, electroconvulsiva e psicossocial, bem como a terapias complementares como é o caso da grupoterapia e da actividade física.

Terapia medicamentosa: fármacos antipsicóticos

O tratamento com antipsicóticos visa estabilizar a sintomatologia e prevenir possíveis recaídas (Dittamar, 1993) e promover o reequilíbrio dos neurotransmissores cerebrais Lilly (2001).

Verificou-se que após a utilização dos antipsicóticos ou neurolépticos, o número de esquizofrénicos internados em hospitais psiquiátricos diminuiu drasticamente (Dittamar, 1993).

Os antipsicóticos clássicos ou de primeira geração, típicos ou convencionais, apesar serem eficazes no tratamento dos sintomas negativos, têm efeitos colaterais desagradáveis. Por sua vez, os antipsicóticos de segunda geração ou atípicos têm uma eficácia semelhante aos da primeira geração nos sintomas positivos, mas têm menos efeitos secundários (Dalery & Saoud, 2001; Lilly, 2001; Ballone, 2002; Harrison et al., 2006).

Para Reus (1998) os antipsicóticos constituem a base do tratamento agudo e de manutenção da esquizofrenia, demonstrando eficácia no tratamento das alucinações, delírios e distúrbios do pensamento, independentemente da sua etiologia.

Harrison et al. (2006) sugerem a administração de antidepressivos da forma habitual, no caso de ocorrência de depressão na esquizofrenia. Referem igualmente que a clozapina tem um papel importante nos pacientes que respondem mal ou que não toleram outros antipsicóticos, diminuindo o risco de suicídio.

Terapia electroconvulsiva

Barraclough e Gill (1997) e a *British Columbia Schizophrenia Society* (2001) referem a terapia electroconvulsiva (TEC) como outro método de tratamento da esquizofrenia.

Actualmente, a TEC é realizada sob acção de um anestésico geral e um relaxante muscular para reduzir a intensidade do choque. Envolve a produção de uma convulsão fazendo passar uma corrente eléctrica através do cérebro.

Utiliza-se, ocasionalmente, em pacientes internados com esquizofrenia grave do tipo catatónico, que não respondem ao tratamento intensivo dos com neurolépticos.

Barraclough e Gill (1997) defendem o uso da TEC em detrimento de altas doses de medicação psicotrópica, todavia, segundo estes autores, este tratamento revela eficácia apenas na esquizofrenia do tipo catatónico (Harrison et al., 2006).

De acordo com estes autores, a TEC está subutilizada nos dias de hoje, recorrendo-se a esta terapia em situações de recurso, quando o paciente não responde à medicação.

Terapias psicossociais

Como já referimos as abordagens psicossociais visam facilitar a adaptação e a independência do paciente, bem como apoiar e orientar a respectiva família. Neste âmbito podemos destacar a i) terapia familiar, ii) a terapia cognitivo-comportamental e a iii) intervenção social junto do esquizofrénico.

i) Terapia familiar

As famílias sentem dificuldades em lidar com o esquizofrénico e acompanhar todo o curso da patologia, pelo que necessitam de apoio e informação (Levy, 2001; Bahls & Zacar, 2006; Harrison et al., 2006).

Todavia, a terapia familiar iniciou-se devido a ter-se constatado que existiam doentes que viviam com famílias com elevado índice de emoção expressa (EE).

A família pode, efectivamente, contribuir para que se precipitem recaídas, dificultar o controlo de sintomas e a própria ressocialização (elevado EE) ou, pelo contrário, participar activa e positivamente na recuperação do seu familiar (baixo EE) (De Hert et al., 1999; Harrison et al., 2006).

Com estas intervenções as famílias com elevado EE podem ser ensinadas a diminuí-la e, conseqüentemente, as taxas de recidivas diminuem. Também são educadas ao nível da doença e na alteração do comportamento da família, de forma a integrar o paciente.

De acordo com os mesmos autores, esta terapia apresenta uma modesta eficácia visto que é difícil a sua implementação sistemática, devido a constrangimentos práticos e económicos (por exemplo, os familiares estão muitas vezes fora a trabalhar).

Referem igualmente que o inverso da elevada EE – a falta de estimulação – é proporcionalmente prejudicial dado que exacerba a apatia e o isolamento da esquizofrenia.

ii) Terapia cognitivo-comportamental

É utilizada no tratamento de sintomas residuais, como componente da gestão da esquizofrenia, e possui alguma eficácia contra as alucinações e ideias delirantes.

O efeito deste tipo de intervenções tem um efeito reduzido e de curto prazo, pois nem todos os doentes são capazes nem disponíveis de participarem no tratamento.

Por curiosidade, as alucinações podem beneficiar simplesmente com tampões para os ouvidos ou aparelhos tipo *walkman* (Harrison et al., 2006).

iii) Intervenções sociais

Pelo facto da natureza crónica da esquizofrenia significar uma dificuldade dos pacientes a manterem as actividades da vida diária, podem receber apoio pela equipa comunitária de saúde mental (Harrison et al., 2006).

No caso, da impossibilidade dos pacientes não poderem viver sozinhos nem com a respectiva família, são acolhidos em *lares colectivos* – casas em que vivem diversos pacientes apoiados pelo trabalhador-chave e pela organização dos lares colectivos.

Bahls e Zacar (2006) referem que as intervenções familiares, conjuntamente com as estratégias e técnicas psicoterapêuticas, melhoram a qualidade de vida dos pacientes e diminuem as recidivas. Contudo, a persistência de sintomas negativos e positivos dificulta o recurso às abordagens psicossociais, prejudicando a reintegração social do esquizofrénico Ballone (2002).

Psicoterapia / Grupoterapia

Esta terapia é subentendida, segundo Laplanche e Pontalis, como qualquer método de tratamento das desordens psíquicas e corporais que utilize meios psicológicos, nomeadamente, a relação entre terapeuta e paciente (Guimarães, 1993a).

Apesar de não evitar novos surtos psicóticos, pode neutralizar a queda das funções psíquicas globais, a tendência ao isolamento e consequente diminuição da actividade pragmática.

Para Cole (1986) citado por Guimarães (1993b), este tipo de intervenções complementares, ajudam os esquizofrénicos a melhorarem a motivação e/ou sentir, expressar as suas emoções.

Actividade física

Existe uma associação actividade física, exercício e saúde mental desde há muitos séculos. Contudo, apesar de ainda não existirem provas conclusivas referentes aos benefícios directos sobre a saúde mental, acredita-se que a actividade física pode e deve contribuir de forma apreciável para o tratamento de alguns distúrbios psicopatológicos (Silva, 1999).

A actividade física assume um papel mais importante neste campo quando a OMS (2002a) definiu saúde como o estado total de bem-estar corporal, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Neste sentido, atendendo ao crescente risco da população vir a sofrer de doenças mentais (como por exemplo, a depressão), o Livro Verde para a Saúde Mental (2005) recomenda intervenções de apoio – através de redes de apoio social, promoção da actividade física e participação em programas comunitários e de voluntariado –, as quais se revelam adequadas para melhorar a saúde mental dos indivíduos.

Além dos benefícios que a actividade física pode desempenhar na prevenção e tratamento das patologias associadas à esquizofrenia, pode dar um importante contributo para a qualidade de vida dos pacientes esquizofrénicos, favorecendo a sua expressão emocional e reinserção social.

Esta temática será fundamentada no próximo capítulo da revisão da literatura.

Quando falamos de esquizofrenia e, especificamente, do seu tratamento é indissociável falarmos de um dos grandes obstáculos comuns à saúde mental: o estigma.

“A estigmatização, a discriminação e o desrespeito dos direitos do Homem e da dignidade da pessoa doente ou diminuída mental continua a ser uma realidade que se opõe aos valores europeus fundamentais” (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005, 3).

Reforça ainda o facto dos hospitais e asilos psiquiátricos, poderem facilmente contribuir para reforçar a estigmatização.

Nas suas orientações e estratégias, acrescenta ainda que o tratamento da esquizofrenia não se deve basear exclusivamente na abordagem médica e na resolução de problemas sociais inerentes à doença.

Em conformidade com a estratégia da OMS, torna-se necessária uma abordagem holística do Ser abrangendo o tratamento da esquizofrenia e cuidados às pessoas, mas também acções dirigidas à população em geral, promovendo e prevenindo a saúde mental, dando assim respostas aos problemas relacionados com a estigmatização e os direitos humanos (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005).

Do exposto depreende-se que o tratamento da esquizofrenia deve iniciar o mais cedo possível e deve assentar nas substâncias antipsicóticas e nas abordagens psicossociais. Também fica presente que as condições ambientais (por exemplo, elevado EE) podem influenciar o curso da doença e que os tratamentos psicológicos fazem parte integrante e essencial de um programa de tratamento desta patologia.

As terapias complementares aliadas a um programa de tratamento integral podem contribuir para a eficácia dos mesmos, fomentando e

favorecendo a reinserção destes pacientes, bem como dando um importante contributo na melhoria da sua qualidade de vida.

Atendendo à heterogeneidade da esquizofrenia, parece pertinente um programa de terapêutico multidisciplinar amplo, na qual diferentes profissionais actuam simultaneamente, melhorando as possibilidades de controlo sintomatológico, a adesão ao tratamento e a readaptação geral.

2.2. Actividade Física

2.2.1. Actividade Física e Saúde

Nas sociedades actuais os temas da saúde e da actividade física são popular e amplamente abordadas, pelo que se torna clarificar conceitos e a inter-relação dos mesmos.

A actividade física pode ser associada a qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que implica dispêndio energético, com conseqüente aumento do metabolismo basal (Casperson et al., 1985; Bouchard & Shepard, 1994; Shepard, 1994; Carneiro et al., 2002).

Nesta conceptualização, pode incluir-se toda e qualquer actividade realizada no quotidiano, nas tarefas da vida diária, no trabalho, no lazer ou no desporto, desde que contribua para aumentar o dispêndio energético basal do indivíduo (Menezes, 2002).

Todavia, no âmbito académico e científico, ao falarmos de actividade física referimo-nos às actividades físicas associadas a um modo, a duração, a frequência e a intensidade dessa actividade (Bouchard & Shepard, 1994).

Na literatura encontramos diferentes conceitos intimamente relacionados com a actividade física, os quais devido a serem frequentemente entendidos de forma diferente, passamos sumariamente a esclarecer.

Condição física refere-se aos atributos que as pessoas têm ou adquirem e que são referentes à capacidade de prestação da actividade física, aliada a duas grandes vertentes: a da saúde e ao rendimento (Casperson et al., 1985; Carneiro et al., 2002). Quando está associada à saúde inclui a aptidão cardio-respiratória, a resistência muscular, a força muscular, a composição corporal e a flexibilidade. No caso do rendimento, engloba agilidade, o equilíbrio, a coordenação, a velocidade, a potência e o tempo de reacção (Caperson et al., 1985).

Borms (1991) distingue exercício, actividade física e treino. Exercício implica algo mais intenso do que actividade física, enquanto o treino pressupõe uma actividade regular e sistemática de actividades específicas, de acordo com determinadas intensidades e durante determinados períodos de tempo.

Para Carneiro et al. (2002) o exercício físico pode ser definido como um movimento corporal, planeado, estruturado e repetitivo, cujo objectivo é melhorar ou manter a condição física ou a saúde.

Apesar de estas terminologias serem comumente utilizadas a sua definição e delimitação pode gerar alguma confusão, percebendo-se que a actividade física se distingue das actividades da vida diária (AVD), pelo planeamento, definição do objectivo, forma, intensidade, duração e frequência da actividade.

No respeitante à temática da saúde, parece existir maior dificuldade e complexidade na sua conceptualização, devido aos factores anteriormente apontados.

Por saúde entende-se um estado de completo de bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza exclusivamente pela ausência de doenças (OMS, 2002a).

Também Nuno Grande (1991, 27) referiu que “ o diálogo biológico que o Homem realiza com o meio externo, com o meio interno e com o meio íntimo, condiciona o comportamento fisiológico que define a saúde cuja alteração se traduz pela doença”.

Bento (1995) afirma que a saúde é consequência de uma relação flexível, ajustada e ordenada, entre o sujeito e o envolvimento, traduzindo um equilíbrio dinâmico entre as exigências do envolvimento e as necessidades da pessoa.

Para este autor, “a saúde é hoje vista como uma categoria profundamente subjectiva, como uma qualidade de vida individual, como um bem instável que é necessário adquirir, defender e reconstruir constantemente ao longo da vida” (Bento, 1999, 55).

Parece ser evidente uma evolução ao nível do conceito de saúde, tendo-se tornado mais abrangente e englobando diversificados aspectos, tais como a saúde física, a saúde mental e a social, a delimitação dos seus parâmetros é bastante difícil (OMS, 2002), dado compreendermos a inter-relação entre os diversos factores envolvidos, mas não ser possível separá-los ou analisá-los isoladamente, visto se influenciarem mutuamente.

Atendendo ao nosso estudo, torna-se pertinente a análise da conceptualização de saúde mental da OMS (2002). “Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais” (OMS, 2002a, 32).

A OMS (2002a) também reconhece a importância da saúde mental para o bem-estar geral dos indivíduos mas lamenta que, maior parte do mundo, não se atribua igual importância à saúde mental e às perturbações mentais como a que é dada à saúde física e perturbações físicas.

Acrescenta também a existência de uma relação de reciprocidade entre as doenças físicas e mentais, as quais são influenciadas por uma combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais. Além disso, assiste-se a uma maior responsabilização do indivíduo pela sua saúde, dado se reconhecer que pensamentos, sentimentos e comportamentos exercem um impacto significativo na saúde física da pessoa.

Apesar dessa inter-relação não estar completamente clarificada, o relatório da OMS (2002a), salienta que as investigações apontam para dois pontos de vista: o directo, através dos sistemas fisiológicos como o funcionamento neuroendócrino e imunitário; e o segundo, pela adopção de estilos de vida saudáveis. Por estilos de vida saudáveis, entende-se como uma série de actividades, tais como uma boa alimentação, praticar actividade física regularmente, dormir adequadamente, evitar tabagismo, adoptar práticas sexuais saudáveis, usar cinto de segurança e seguir à risca eventuais tratamentos médicos.

Jannuzzi (1993) defende que o corpo é a mediação e o intermediário do homem com o mundo social, dado que ocupa uma dimensão de espaço e é, através deste, que o homem interage e se integra na sociedade.

Neste sentido, (Bento, 1991b), refere que a saúde passa pelo confronto equilibrado de cada um com o mundo, confronto esse mediatizado fundamentalmente pelo corpo. Como o desporto se apoia fundamentalmente nas possibilidades do corpo, pode explicar o contributo da actividade física e desportiva como possível promotora da saúde.

Mcardle et al. (1992), defendem que uma actividade física e desportiva planeada, estruturada, repetitiva e intencional, é uma maneira eficiente de garantir a sobrevivência dos indivíduos no ambiente que vivem. Esta perspectiva também é reforçada por Feijó (1992), quando refere a importância da actividade física e desportiva para a educação da personalidade.

Pelarigo (2000) enfatiza que como o ser humano tem a capacidade inata de realizar tarefas motoras, a pouca realização destas, representada por uma típica tendência ao sedentarismo, tem causado sérios problemas de saúde.

A manutenção da saúde do cérebro e da sua plasticidade ao longo da vida é um importante problema de saúde pública, havendo crescentes evidências que, tanto os estímulos ambientais como o exercício físico sejam intervenções cruciais para a qualidade de vida de qualquer sociedade (Arida, 2007).

Apesar da evidente relação entre a actividade física, saúde e boa condição física, a explicação da mesma é complexa (Bouchard & Shepard, 1994), atendendo à multiplicidade de factores intervenientes bem como à interacção entre os mesmos (Figura 3).

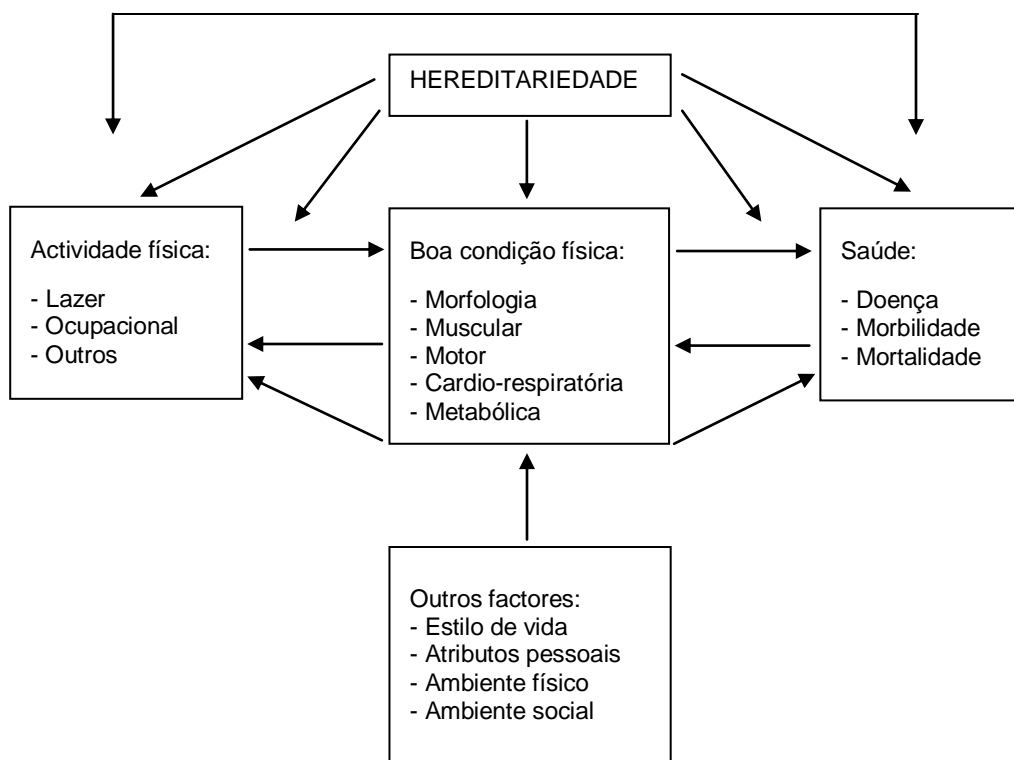


Figura 3 – Modelo descritivo da relação entre actividade física, condição física e saúde (Adaptado de Bouchard & Shepard, 1994).

Pela análise deste modelo, podemos constatar influências recíprocas entre a actividade física, boa condição física e saúde. Destaca-se o contributo de outros factores nesta relação de reciprocidade, como o estilo de vida saudável, o ambiente físico e social, os atributos pessoais e a hereditariedade como os alicerces deste modelo e que intervêm e determinam a inter-relação dos mesmos.

Contudo, Bento (1991b) afirma não existir necessariamente uma relação causal entre desporto, saúde e bem-estar, pois conhecemos desportistas doentes e infelizes e não desportistas com saúde e alegria de viver.

Haskell (1987, citado por Costa, 2000) referiu que apesar da melhoria da condição física se inter-relacionar com a melhoria do nível de saúde, estes conceitos não são sinónimos entre si.

Contudo, reconhece-se na sociedade actual que a actividade física e desportiva (quer por grande parte da população quer por cientistas e médicos) é uma importante componente de um estilo de vida saudável (Hardman, 1999).

Numa sociedade mais industrializada e mecanizada, a redução de espaços verdes e a adopção de hábitos alimentares incorrectos (por exemplo, ingestão de *fast-food*, de doces e guloseimas), origina maior sedentarismo, maior risco de doenças físicas e mentais, em idades cada vez mais precoces (Miguel, 2002).

Este facto parece ter contribuído para uma maior importância atribuída à actividade física, reconhecida e assumida pela OMS (2002b): “um vasto conjunto de conhecimentos, experiências e provas científicas mostra que a actividade física regular gera benefícios substanciais no domínio da saúde física, social e mental e bem-estar para as pessoas de todas as idades e ambos os sexos”.

O antigo Secretário-Geral da ONU, Kofi Annan (2002), nas comemorações do Dia Mundial da Saúde, vai mais longe dizendo que considera a actividade física como um antídoto para combater as doenças não transmissíveis, tais como a diabetes, a obesidade e as doenças cardiovasculares, as grandes epidemias das sociedades modernas. Formulou um desejo em jeito de conclusão, auspiciando que “o lema da OMS: ‘Pela sua saúde, mexa-se’, tenha um carácter verdadeiramente mundial, levando-nos a

adoptar estilos de vida saudáveis e activos e ajudando-nos a avançar no trabalho em favor do desenvolvimento do planeta” (Kofi Annan, 2002, 1).

Segundo Bento (1999), decorre uma mudança na responsabilidade pela saúde: da esfera social para a esfera individual, sendo crucial a formação de uma consciencialização individualizada da saúde.

Também Silva (1999, 71), afirma ser “decisivo que a actividade física e o seu valor intrínseco sejam assumidos pelo sujeito, para que ela não se exprima, constantemente como uma intenção adiada de um estilo de vida”.

Inúmeros estudos têm sido realizados sobre os benefícios da actividade física nas diversas dimensões do Ser, todavia, parece-nos pertinente apresentar os “Benefícios da actividade física”, segundo a OMS (2002b, 8):

“A actividade física regular reduz o risco de:

- morte prematura;
- morte por ataque cardíaco, ou acidente vascular cerebral, que representam um terço do total de todas as mortes;
- doença cardíaca ou cancro do cólon, até 50%;
- diabetes tipo II, até 50%;
- dores na região lombo-sagrada.

Ajuda a prevenir, a reduzir e a controlar:

- a hipertensão, que afecta um quinto da população adulta mundial;
- a osteoporose, diminuindo em 50% o risco de fractura da anca nas mulheres;
- os comportamentos de risco, especialmente entre as crianças e os jovens, como o tabagismo, o alcoolismo ou o uso de outras substâncias nocivas, a alimentação pouco saudável ou a violência;
- o excesso de peso, diminuindo o risco de obesidade em 50%, relativamente a pessoas com estilo de vida sedentário.

Contribui para:

- manter saudáveis os ossos, os músculos e as articulações e melhorar a condição física das pessoas com doenças crónicas incapacitantes;
- controlar situações dolorosas, como as dores nas costas ou nos joelhos.

Finalmente:

- pode promover o bem-estar psicológico, reduzir o stress, a ansiedade, o sentimento de depressão e a solidão”.

Vários são os estudos e investigadores que concluíram sobre os benefícios múltiplos da prática de actividade física. Corroborando as orientações da OMS (2002b), referimos alguns autores por considerarmos pertinentes.

Machado e Ribeiro (1991), após revisão bibliográfica de 120 estudos sobre os efeitos da actividade física, concluíram que é evidente o impacto positivo da actividade física sobre diferentes valências psicológicas, quer em pessoas sadias quer em pessoas com um funcionamento psicológico deficitário. Acrescentam ainda que das valências psicológicas beneficiadas (cognitivas, cognitivo-afectivas, afectivo-emocionais e personalidade), as afectivo-emocionais para ter maiores benefícios decorrentes da prática de actividade física (Leal, 1991; Nahas, 2001).

Outros consideram que a actividade física proporciona uma melhoria na capacidade de esforço e qualidade de vida, podendo mesmo ser considerado como um meio complementar de tratamento (Costa, 1991; Szabo, 2000).

Arida (2007) refere que a participação em programas de exercício físico tem consistentemente emergido como um indicador-chave na melhoria da função cognitiva (Rogers e al., 1990), como também promove a vascularização

cerebral (Black et al., 1990), estimula a neurogênese, melhora a aprendizagem (Van Praag et al., 1999) e diminui a incidência de demência (Laurin et al., 2001).

No entanto, Bento (1991b) salienta para a necessidade da actividade física ser intencionalmente estruturada, planificada, conduzida e controlada, se a quisermos referenciar à saúde.

Neste ponto, relativamente à frequência, intensidade, duração e tipo de actividade física óptima, para a obtenção de maiores benefícios encontramos algumas diferenças consoante os autores consultados.

Leith (1994) reforça esta ideia, concluindo que a frequência, intensidade e duração óptimas do exercício físico ainda não foi claramente estabelecida, mas a maioria dos investigadores sugere uma frequência de pelo menos três vezes por semana, com uma duração mínima entre os 15 a 20 minutos por sessão.

Idêntica perspectiva tem Quaresma (1997). Esta autora preconiza uma actividade física que envolva grandes grupos musculares, praticada com regularidade e de forma moderada: no mínimo três vezes por semana, com uma duração mínima de 20/25 minutos e uma intensidade variando entre os 60 e os 70% frequência cardíaca para poder promover qualidade de vida e bem-estar.

Apesar de esta perspectiva reunir algum consenso entre os diferentes autores, Kaiser (2001) vai mais longe defendendo a prática de actividade física em grupo, como factor potenciador dos benefícios psicológicos, da adesão ao programa e resposta emocional. Para este autor e citando Yalom (1985), as práticas em grupo promovem: esperança, universalidade, transmissão de informação, altruísmo, técnicas de socialização, comportamento imitativo, catarse, experiência correctiva, factores existenciais, coesão e aprendizagem interpessoal.

Do exposto parecem evidentes os contributos da actividade física, nas diversas dimensões da pessoa contribuindo para uma melhoria da sua qualidade de vida.

Apesar da actividade física dar um importante contributo para a vida do indivíduo não podemos afirmar peremptoriamente que praticando exercício físico se obterá uma melhor saúde, devido à complexidade destes conceitos, a sua inter-relação e à interferência de variados factores.

Cientes da maior consciencialização e responsabilidade individual na saúde, acreditamos que a adesão a programas de actividade física poderá potenciar a saúde física, psicológica e emocional, bem como o bem-estar e melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

A actividade física pode ser um excelente meio de integração e interacção social, permitindo ao indivíduo estabelecer uma rede harmoniosa de experiências físicas, psicológicas e emocionais com o mundo que o rodeia.

2.2.2. Actividade Física Adaptada e Perturbação Mental

Baseado na definição de saúde mental da OMS (2002a) apresentada anteriormente, apercebemo-nos da importância que a actividade física pode desempenhar na melhoria da qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

Tal facto é enfatizado na Carta Europeia do Desporto para Todos, onde é reconhecida a actividade física como um meio privilegiado de educação, valorização do lazer e integração social (Silva, 2000, citada por Borges, 2004).

Igual contributo é prestado no *Curriculum* Europeu da AFA, no qual se refere o lema para os profissionais da AFA “Nós valorizamos e promovemos a

actividade física como forma de recreação, desporto, terapia, condição física ou expressão” (Curriculum Europeu em AFA).

Pode assim dizer-se que “a AFA sublinha e congrega todas as formas de participação desportiva de um qualquer indivíduo, mesmo com fortes limitações da capacidade de movimento, e seja qual for o objectivo dessa actividade (educativo, recreativo, competitivo ou terapêutico)” (Marques, Moura e Castro & Silva, 2001, 78).

Borges (2004, 7) cita Rodriguez (1984), para o qual a conceptualização do desporto, no contexto terapêutico e de reabilitação para pacientes com transtornos mentais, pela equipa de profissionais cubanos, como “uma combinação de acção física e mental, e não somente como movimento, esforço físico, competência e cumprimento de metas. A prática desportiva para os pacientes psiquiátricos não deve realizar-se somente com fim de entretenimento, mas sim com o propósito de possibilitar trocas afectivas e de conduta com o indivíduo.

A mudança de paradigma na saúde mental preconizado pela OMS, tem vindo a promover uma nova proposta de visão do ser doente mental como sujeito, como cidadão, respeitado em sua alteridade, abandonando a visão do doente como “um ser perigoso”, anormal, excluído (Guimarães, 2001).

Com um aumento da incidência de doenças mentais nas sociedades actuais, como já referimos anteriormente, e pela importância e possível contributo da actividade física neste âmbito poderia esperar-se a uma disseminação deste meio complementar de tratamento destas doenças, mal tal parece não se ter verificado (Fox et al., 2000).

Todavia, os contributos da AFA para o tratamento das doenças mentais, bem como um meio de promoção de bem-estar e melhoria de qualidade de vida estão amplamente difundidos.

Os efeitos mais positivos encontrados em relação à actividade física e doença mental são: a diminuição da ansiedade e depressão; maior tolerância ao stress e melhoria da auto-estima (Branon & Feist, 1992).

Sharkey (1998) defende que a actividade física tem a capacidade de incrementar força física, aumentar a resistência do indivíduo frente aos diversos tipos de stress do dia-a-dia, combate o sedentarismo e alivia os estados de ansiedade ou depressão que surgem no decorrer da doença mental.

O exercício físico pode aumentar os efeitos benéficos dos antidepressivos, desenvolver a confiança e adesão ao tratamento (Pollock, 2001; Salmon, 2001) e conferir benefícios adicionais para a saúde não fornecidos pelos medicamentos ou terapia (Trivedi et al., 2006 citado por Kerr et al., 2008).

Blasco (2000) acrescenta que as actividades aeróbias aumentam a aderência dos pacientes mentais ao tratamento. Igual opinião tem Janney et al. (2008), acrescentando que a AFA tem menos efeitos colaterais do que a farmacoterapia e melhora o bem-estar emocional e físico.

É inegável que a actividade física possibilita um resgate positivo de factores psicossociais que envolve uma melhor percepção da auto-estima, controlo, humor e afecto, propiciando melhores interacções nas redes sociais das quais a pessoa faz parte (Nahas, 2001).

Dada a positiva relação associação entre a prática actividade física e a diminuição da depressão, a AFA pode ser uma alternativa viável ou um método acrescido no tratamento tradicional da depressão, com medicamentos e psicoterapia (Callaghan, 2004; Richardson et al., 2005; Trivedi, Greer, Grannemann, Chambless & Jordan, 2006 citados por Kerr et al., 2008).

Neste sentido Moura e Castro (1997), partindo do pressuposto que as orientações clínicas são geralmente cumpridas, sugere que os médicos devam

começar a prescrever o movimento não como um complemento mas fazendo parte do próprio tratamento.

Contudo, Biddle et al. (2000) referem a existência de barreiras o que pode explicar o baixo recurso à AFA como meio complementar de tratamento. Tais obstáculos parecem relacionar-se: com crenças sobre a AFA e sua eficácia na promoção de bem-estar psicológico; na tendência de se tratar separadamente mente e corpo, sendo agravadas pelas especializações, diagnósticos e tratamentos isolados para os distúrbios físicos, psicológicos e emocionais; bem como pela própria natureza do exercício físico.

Da análise que efectuamos, podemos aferir que a abordagem aos pacientes mentais deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar, na qual diferentes profissionais actuam simultaneamente, melhorando as possibilidades de controlo sintomatológico, a adesão ao tratamento e a readaptação em geral (De Hert et al., 1999; OMS, 2002; Bahls & Zacar, 2006, entre outros).

Em jeito de síntese, podemos referir que a investigação actual aponta inúmeros benefícios fisiológicos e psicológicos decorrentes da prática de actividade física.

Seguindo as orientações e sugestões da OMS, bem como pelos avanços no campo científico, parece comprovar-se o contributo da actividade física na prevenção de diversas patologias, constituindo-se como um complemento fundamental no tratamento das doenças e, em particular, no âmbito dos distúrbios mentais.

Mais acrescentamos dizendo que a associação da actividade física à saúde, bem-estar e à qualidade de vida de cada indivíduo não é refutável, sendo importante a sua disseminação nas sociedades modernas, permitindo o acesso a toda e qualquer pessoa, independentemente da sua condição individual, física, psicológica e emocional.

Atendendo ao nosso tema em estudo no ponto seguinte analisaremos a temática da AFA associada à esquizofrenia, apresentando alguns estudos recentes neste âmbito.

2.2.3. Actividade Física Adaptada e Esquizofrenia

A esquizofrenia como já mencionámos, é uma doença multifactorial e complexa, evidenciando-se nestes indivíduos perturbações cognitivas e emocionais muito graves, sendo mesmo incapazes de comportamento social adequado que poderá exigir hospitalização temporária (Braghirolli, 1990).

De Hert et al. (1999) acrescenta que a convivência com uma pessoa diagnosticada com esquizofrénica é difícil, gerando confusão e aflição no seio familiar, dado apresentar um repertório comportamental que foge aos padrões estabelecidos pelas contingências sociais. Tal facto deve-se ao facto dos indivíduos psicóticos apresentarem como característico: indiferença emocional; negligência (deixa se cuidar e tratar, não responde às exigências do meio envolvente); isolamento social e dificuldades em cumprir as exigências profissionais (Braghirolli, 1990; De Hert et al., 1999). O seu repertório verbal torna-se cada vez mais escasso, com falas estranhas sobre factos e personagens, evidenciando insensibilidade às relações sociais (Fausto, 2005).

Outro dos aspectos evidenciados na literatura, e que parece reunir consenso entre os diferentes autores, é a predominância da obesidade e doenças cardiovasculares entre os esquizofrénicos, bem como hábitos de saúde pouco saudáveis, como o consumo de tabaco e uma prática de actividade física inexistente ou com baixos índices de adesão. Mais se acrescenta os elevados índices de mortalidade quer por doença quer por elevadas taxas de suicídio, como referimos anteriormente.

Neste sentido, também Le Fevre (2001) e Ryan e Thakore (2002) referem associar-se à esquizofrenia uma maior taxa de mortalidade devido ao elevado número de suicídios, a estilos de vida mais sedentários que associados a uma dieta pobre, contribuem para o debilitar da saúde destes indivíduos.

Faulkner e Cohn (2006), citados por Soundy et al. (2007), reconhecem a elevada prevalência de obesidade entre doentes mentais severos, bem como elevadas taxas de prevalência de diabetes tipo 2, maior risco de doenças cardiovasculares e redução da esperança de vida.

Estes dados foram confirmados em estudos realizados por Smith et al. (2007) tendo verificado que, comparativamente ao grupo de controlo, os esquizofrénicos apresentam taxas de risco de doenças cardiovasculares muito superiores, bem como elevadas taxas de tabagismo (68% vs 35%), diabetes (13% vs 3%), hipertensão (27% vs 17%) e menores níveis de colesterol HDL (43.7 vs 49.3 mg).

Do exposto parece evidente que as pessoas que sofrem de esquizofrenia exercitam-se menos, têm piores hábitos de saúde comparativamente com a população em geral (Jerome et al., 2008); Marzolini et al., 2009). Tal facto ficou evidente nos dados provenientes do NHANES 2003-2004 (USA), onde se refere que as pessoas com doenças mentais graves (esquizofrenia entre outras) são menos activas do que a população em geral (Daumit et al., 2005).

Também os efeitos secundários da medicação, particularmente para os efeitos colaterais metabólicos da utilização de medicação antipsicótica, contribuem para um maior nível de obesidade nos portadores de esquizofrenia (Marzolini et al., 2009). Tal facto contribui para índices de morbilidade e mortalidade desproporcionadamente mais altas em indivíduos com perturbações psicóticas, tais como a esquizofrenia ou a depressão, do que entre a população geral (Allison et al., 2009).

Tendo a terapia antipsicótica, utilizada no tratamento da esquizofrenia, comprovados efeitos colaterais no aumento do peso corporal, a actividade física (assim como uma alimentação equilibrada), assume redobrada importância na redução da obesidade e das doenças a ela associadas (Messias, 2000; Green, 2000; Kurzthaler & Fleischhacker, 2001; Ryan & Thakore, 2002; Thakore et al., 2002; Janney et al., 2008).

Indo de encontro aos dados encontrados na literatura, Smith et al. (2007) constataram no seu estudo que os riscos de doenças cardiovasculares e tabagismo, aliados a uma dieta e exercício físico podem ser reduzidos significativamente. Também Jerome et al. (2008) referem que com a prática regular de AFA, estes indivíduos têm benefícios ao nível da perda e manutenção do peso, da hipertensão, das doenças cardiovasculares e da diabetes, contribuindo para uma diminuição da mortalidade prematura. Van de Vliet et al. (2005) têm igual opinião.

Para os autores supra-citados e baseando-se nas suas intervenções psiquiátricas belgas (*Flemish psychiatric*) - aplicação de terapia psicomotora (actua na percepção corporal e do comportamento através do movimento) no tratamento de pacientes com depressão -, reportam inúmeros benefícios decorrentes de um tratamento multidisciplinar. Os pacientes relatam: melhorias na auto-estima e no bem-estar físico; diminuição dos sentimentos depressivos; melhoria da condição física associada a uma redução de sintomas depressivos; e melhor aceitação e reinserção social.

Os autores anteriormente citados, bem como Faulkner et al. (2006), acrescentam ainda que a AFA deve fazer parte do tratamento, do que clinicamente se designa por depressão. Indo ao encontro que destes autores, Ribeiro (1999) refere que o conhecimento de diversas áreas (como a medicina, psicologia, sociologia, juntamente com a educação física), pode permitir aos familiares do esquizofrénico recorrerem à educação física como meio auxiliar terapêutico no tratamento da saúde mental desses indivíduos.

Estes autores são consensuais ao referirem que pacientes de todas as idades com sintomas depressivos deveriam ser alertados para os benefícios de seguirem e manterem um programa de exercício físico estruturado e supervisionado, com a frequência de três sessões/semana, com uma duração moderada (45min-1h), pelo menos 14 semanas consecutivas (Meyer & Broocks, 2000; Ellis et al., 2008). Jerome et al. (2008) recomendam uma prática de 150 minutos/semana para benefícios gerais e 60 minutos/dia para controlo de peso.

Marzolini et al. (2009) realizaram um estudo que demonstrou ainda que o exercício físico, realizado em grupo e implementado por uma equipa multidisciplinar, pode ser introduzido com um método terapêutico eficaz na melhoria da saúde mental geral do paciente esquizofrénico. Constataram igualmente que a adesão a programas de exercício físico realizados em casa, revelam uma aderência inferior ao programa realizado em grupo.

Azar et al. (2008) realizaram uma revisão da literatura sobre os benefícios da AFA nos sintomas negativos entre mulheres jovens (18-25 anos). Constataram que a AFA tem efeito benéfico ao reduzir os sintomas negativos, quer com o correr quer com o treino de força. Os treinos de baixa intensidade, tais como, alongamentos também têm efeitos sobre os sintomas negativos. Todavia, algumas actividades de maior intensidade (por exemplo, *cycling*) podem aumentar os sintomas depressivos nas mulheres. Indicam ser necessárias mais pesquisas para esta população específica.

Também Van Coppenole (1993) refere que amplos benefícios decorrentes da prática regular de actividade física. Para este autor a AFA tem vindo a revelar-se fundamental para a normalização de algumas alterações físicas e psíquicas, reduzindo o impacto da perturbação, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial do indivíduo.

Este autor e Silva (1999) concluem que a participação de pacientes com esquizofrenia em programas de actividade física contribui para uma melhoria

nos planos motor, emocional, social e da comunicação oral (Van Coppenole, 1993; Silva, 1999).

Van de Vliet et al. (2004) acrescentam que baseado nas melhorias no bem-estar físico dos pacientes deveriam constituir-se um tópico específico nas investigações futuras, dado que poderia fornecer explicações para os efeitos anti-depressivos do exercício.

Do exposto se compreende a importância da análise da utilização de exercícios físicos e demais actividades físicas realizadas pelo paciente esquizofrénico, devendo ser uma área central de investigação antes de se iniciar qualquer procedimento de intervenção no estilo de vida.

Verificamos que apesar de estudos recentes clarificarem a inter-relação entre a AFA e a esquizofrenia e seus potenciais benefícios, encontramos também descritas na literatura algumas limitações do recurso a este meio complementar de tratamento da esquizofrenia.

Assim, Faulkner et al. (2006) e Lindamer et al. (2008) são consensuais ao referirem que o maior desafio nesta temática é avaliar a AFA em indivíduos com perturbações mentais crónicas. Referem também a existência de poucos estudos que analisaram os efeitos da actividade física com medições válidas e que demonstrassem os benefícios da AFA para esquizofrénicos.

Para implementar adequadamente intervenções físicas para os portadores de perturbação mental, é necessário assegurar os seguintes factores: i) ter em conta o tipo e o grau de severidade da perturbação mental; ii) os actuais tratamentos da saúde mental; iii) as condições co-mórbidas da perturbação crónica; iv) habilidades físicas; v) bem como vários métodos para desenvolver os programas e assegurar a supervisão dos mesmos, não alterando a adesão ao tratamento (Allison et al., 2009).

Do exposto pode concluir-se que os relatos dos inúmeros benefícios da actividade física em diferentes doenças, síndromes neurológicas e psiquiátricas justificam a necessidade de desenvolvimento de abordagens terapêuticas e investigações multidisciplinares entre psiquiatras, neurologistas e professores de educação física, para se delinear abordagens mais eficazes no tratamento destas perturbações com vista a melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Posto estas considerações, facilmente se perceberá que, assim como o conceito de saúde, o actual conceito de actividade física adaptada inclui, mas não está limitada a, educação física, desporto, recreação, dança e artes criativas, nutrição, medicina, e reabilitação (IFAPA, 2004).

2.3. Avaliação na Perturbação Mental

Já referimos anteriormente que a esquizofrenia é uma perturbação grave, multifactorial e altamente incapacitante. Nestes casos em particular o diagnóstico e o acompanhamento sistemático destes indivíduos assumem particular importância.

Para De Hert et al. (1999), quando se acompanha um paciente psicótico, proporcionando apoio e ambientes adequados, é fundamental uma boa avaliação dos problemas e potencialidades do paciente, com vista a este ser ajudado a atingir o seu melhor nível de funcionamento. Daí que o diagnóstico precoce desta patologia, seja crucial para todo o processo de tratamento destas pessoas.

Todavia e como também fomos referindo, apesar de se recorrer a instrumentos de avaliação devidamente validados, o diagnóstico das perturbações mentais, constitui-se como uma tarefa difícil (Fernandes da Fonseca, 1987; De Hert et al., 1999 e Mota Cardoso, 2002).

Mesmo que ao longo das últimas décadas, o diagnóstico em psiquiatria tenha sofrido grandes transformações desde a introdução de sistemas de classificação úteis para o trabalho do dia-a-dia dos clínicos, dos investigadores e dos formadores (Teixeira, 2000), ainda está longe da precisão dos processos de diagnóstico do resto da medicina.

Embora muitas perturbações mentais são diagnosticadas com base na anamnese e muitos tratamentos se fundamentam na escuta e no diálogo com o doente, são visíveis diferenças nas avaliações médicas gerais e na avaliação psiquiátrica (Figura 4).

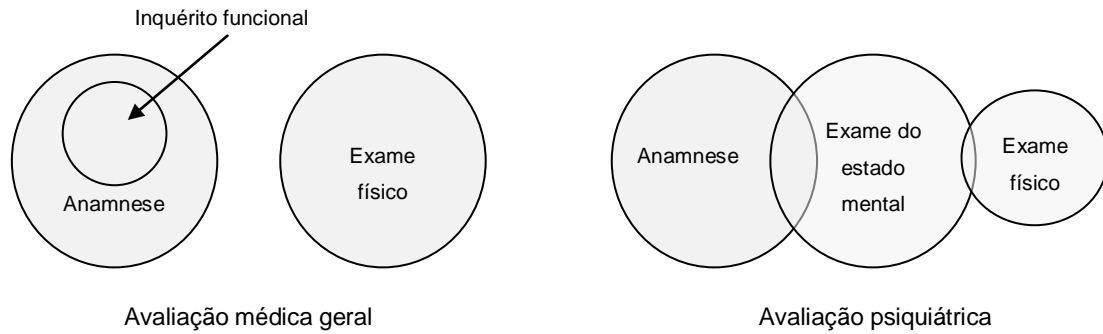


Figura 4 – Comparação das avaliações médica geral e psiquiátrica (Harrison et al., 2006, 20).

De realçar que a Figura 4 mostra a relação entre a anamnese, o inquérito funcional e o exame do estado mental (EEM) e o exame físico. Notar a sobreposição destas componentes na avaliação psiquiátrica.

Assim, segundo os autores supra-citados, a avaliação psiquiátrica, visa:

- i) obter a informação necessária para estabelecer o diagnóstico, pois este constitui a melhor estrutura para a tomada de decisões clínicas;
- ii) compreender as causas e contexto da perturbação;
- iii) criar uma relação terapêutica com o paciente.

Destaca-se na avaliação psiquiátrica o recurso a entrevistas estruturadas em detrimento do uso de escalas ou outros instrumentos. Tal facto parece dever-se por:

- i) A entrevista fornecer mais informação para o diagnóstico, onde os exames físicos e laboratoriais desempenham um papel menos importante, embora ocasionalmente crucial;
- ii) A entrevista inclui o exame pormenorizado dos pensamentos, experiências e comportamentos actuais do paciente (o estado mental) e a história pregressa (“a história psiquiátrica”);
- iii) Reúne-se mais informação complementar sobre a pessoa (contexto).

De Hert et al. (1999) também defendem que as avaliações baseadas em entrevistas estruturadas permitem obter uma imagem mais diferenciada, mais equilibrada e viva da pessoa em questão. Acrescentam ainda que este método de avaliação supera algumas das desvantagens do recurso a escalas e questionários.

Entre as críticas ao recurso de escalas para avaliações desta natureza estes autores referem que a avaliação por escalas pressupõe julgamento padronizado por parte do avaliador, enquanto nas entrevistas são anotadas as reacções do paciente, constituindo-se como informações complementares essenciais à compreensão do indivíduo psicótico.

Acrescentam que com o recurso a escalas, as informações obtidas são “filtradas”, podendo perder-se importantes características pessoais do indivíduo. Contrariamente, nas entrevistas estruturadas, passa-se uma mensagem de uma atenção personalizada e de envolvimento entre os intervenientes. No entanto, é um método de avaliação que exige um trabalho mais intensivo.

Estes autores consultados referem a importância da avaliação como meio eficaz de planeamento das intervenções terapêuticas, bem como um excelente meio de acompanhamento do processo de reabilitação e adesão dos pacientes aos tratamentos.

Neste sentido, Bertole e Sartorius (1996) referem as indicações da OMS de se desenvolverem orientações internacionais para o uso apropriado de instrumentos de avaliação em local próprio de forma a favorecer a avaliação prática e contribuir para uma melhor reabilitação.

O PECC vem dar um precioso contributo neste âmbito e neste campo de intervenção.

2.3.1. *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers (PECC)*

Dos diversos instrumentos de diagnóstico existentes e que procuram avaliar integralmente a funcionalidade global dos pacientes, são maioritariamente construídos para uso exclusivo dos psiquiatras.

No sentido de reforçar a importância do acompanhamento multidisciplinar contextualizado dos esquizofrénicos, o *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers (PECC)* é um instrumento, de fácil utilização, recentemente desenvolvido por De Hert et al. (1998), para uma avaliação contínua e longitudinal de pacientes psicóticos.

Para o desenvolvimento do PECC, De Hert et al. (1998) basearam-se no trabalho de Eva Lindström e seus colaboradores que, na Suécia, criou a primeira lista de verificação com o objectivo de avaliar o tratamento dos sintomas presentes nos esquizofrénicos – ‘*Checklist for assessment of treatment in schizophrenic symptoms*’ (Lindström et al, 1997). Esta lista de verificação baseou-se no PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale*, (Kay et al., 1987 e 1988; Kay e Sevy, 1990; Kay, 1991).

Esta *checklist* permite avaliar cinco grupos de sintomas característicos das perturbações psicóticas, nomeadamente: os positivos, os negativos, os depressivos, os excitatórios e os cognitivos.

Apesar de se basear nesta lista de verificação e de avaliar estes grupos de sintomas, o PECC apresenta algumas diferenças relativamente a este instrumento. Designadamente, avalia o estado de consciência do paciente em relação à sua sintomatologia, à compreensão da doença (*insight*) e ao comportamento suicida. Também avalia um maior número de efeitos secundários (Quadro 13), bem como os primeiros sinais de alerta e as actividades do quotidiano. Neste instrumento, a qualidade de vida é avaliada através de itens relacionados com os objectivos pessoais do paciente (De Hert et al., 1999).

Quadro 13 – Seis domínios de avaliação do PECC

Domínios de Avaliação do PECC	
Sintomas (20)	Sintomas positivos Sintomas negativos Sintomas depressivos Sintomas excitatórios Sintomas cognitivos
<i>Insight</i> (3)	Grau de consciência que o paciente tem em reconhecer ou não a sua perturbação mental.
Efeitos secundários (20)	Efeitos secundários extrapiramidais (ESE) Efeitos secundários anticolinérgicos Efeitos secundários hormonais Outros efeitos secundários
Primeiros sinais de alerta (5)	Os primeiros sinais de alerta (sintomas prodromais) podem ser: perturbações do sono e do apetite, depressão, ansiedade e tensão, inquietação, rigidez muscular, irritabilidade, problemas de concentração, isolamento social...
Factores de stress psicossocial (5)	Avaliar quais são os seus factores de stress psicossocial do paciente.
Objectivos pessoais (5)	Trata-se da opinião e percepção do/a próprio/a paciente relativamente à sua vida e situação.

Da análise do quadro 13, podemos verificar que o PECC avalia seis domínios, reportando-se: aos sintomas (20+3 itens), aos efeitos secundários (20 itens), aos primeiros sinais de alerta (5 itens), aos factores de stress psicossocial (5 itens) e aos objectivos pessoais (5 itens)

Procurando facilitar a aplicação e utilização do PECC, recorre-se a uma entrevista estruturada, na qual se utiliza uma escala de 7 pontos (na maior parte dos sintomas) ou uma escala de 4 pontos (para os restantes domínios de avaliação), em oposição à escala visual análoga de 7 cm, utilizada pelo PANSS (Figura 5).

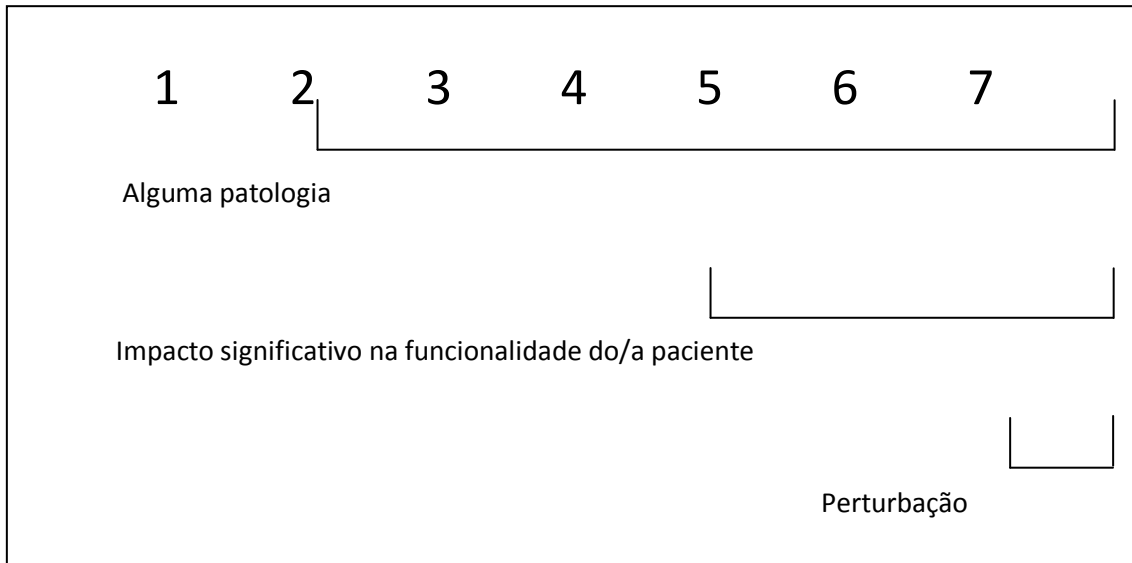


Figura 5 – Escala visual analógica de 7 pontos utilizada no PECC.

O PECC apresenta algumas vantagens de aplicação, relativamente ao PANSS (De Hert et al, 1999), nomeadamente:

- i) Não se limita a avaliar sintomas psicóticos, alargando a avaliação aos efeitos secundários, favorecendo uma avaliação mais completa da situação clínica do paciente;
- ii) Dá importância a outros aspectos relevantes, tais como factores de stress e objectivos pessoais do doente;
- iii) Maior facilidade de aplicação e de utilização regular com os pacientes;
- iv) Com a utilização da versão computadorizada permite a recolha e armazenamento de dados, para futura análise médica e/ou para realização em estudos científicos nesta área.

Para o processo de validação do PECC foram realizadas entrevistas a 30 pacientes, por enfermeiros psiquiátricos, provenientes de dois hospitais psiquiátricos que utilizavam os critérios DMS-IV para a esquizofrenia (70%) ou distúrbio esquizoafectivo (30%). A pontuação obtida nos sintomas do PECC foi comparada com a da pontuação obtida utilizando o PANSS, obtendo-se uma correlação entre escalas $>0,8$, tendo sido considerada satisfatória. Apenas 4 itens atingiram um coeficiente de correlação inferior – nível aceitável – (nas dificuldades de relacionamento, na falta de cooperação, na desorganização conceptual e no défice de atenção). No que concerne os outros itens, os avaliadores concordaram em mais de 90% da avaliação dos casos, com a excepção da avaliação relativa à falta de cooperação e desorganização conceptual.

Para avaliação da fiabilidade entre avaliações, cerca de 90 enfermeiros (provenientes de 7 hospitais psiquiátricos) foram treinados durante um mês para aplicarem o PECC. Posteriormente os dados obtidos da aplicação do PECC foram comparados com os dados obtidos com o PANSS, tendo indicado uma boa fiabilidade entre os avaliadores, nas duas entrevistas filmadas.

A validação da avaliação dos efeitos secundários do PECC realizou-se por comparação com outro instrumento válido, tendo-se recorrido à Escala de Avaliação dos Efeitos Secundários Extra-piramidais (ESRS - *Extra-Pyramidal Side-Effect Scale*), visto que o PANSS não avalia este item). Verificou-se um alto nível de concordância entre avaliações, sendo superior a 80% para todos os sintomas (De Hert et al, 1999).

Decorrente do aparecimento, desenvolvimento e validação do PECC (Quadro 14), tem-se vindo a verificar uma utilização crescente deste instrumento em investigações recentes na Bélgica, como noutros países, encontrando-se este instrumento disponível em diferentes línguas.

Quadro 14 – PECC: publicações referentes ao seu aparecimento e validação.

Data Publicação	Título	Autores/ Colaboradores
1998	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC).	<i>De Hert, M.; Bussels, J.; Lindström, E.; Abrahams, F.; Fransen, C.; Peuskens, J.</i>
1998	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC) – Edição francesa.	<i>De Hert, M.; Bussels, J.; Lindström, E.; Abrahams, F.; Fransen, C.; Peuskens, J.</i>
1998	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC) – Edição inglesa.	<i>De Hert, M.; Bussels, J.; Lindström, E.; Abrahams, F.; Fransen, C.; Peuskens, J.</i>
1999	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC) – Desenvolvimento e Validação.	<i>De Hert, M.; Bussels, J.; Lindström, E.; Abrahams, F.; Fransen, C.; Peuskens, J.</i>
Abr. 1999	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC) – Desenvolvimento e Validação.	<i>De Hert, M.; Bussels, J.; Lindström, E.; Abrahams, F.; Fransen, C.; Peuskens, J.</i>
2000	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC).	<i>De Hert, M.; Thys, E.; Wampers, M.; Bussels, J.; Peuskens, J.</i>
2002	Validação entre escalas do PECC, Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados.	<i>De Hert, M.; Wampers, M.; Lindström, E.; Thys, E.; Peuskens, J.</i>
Set. 2002	Validação do estudo do PECC (Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados): validação e fiabilidade entre avaliações.	<i>De Hert, M.; Wampers, Thys, E.; M.; Wieselgren, I. M.; Lindström, E.; Peuskens, J.</i>

Realçamos do Quadro 14, o quão recente é o PECC e também a existência de versões em francês e inglês do referido instrumento.

Neste sentido e reflectindo o potencial contributo advindo da aplicação deste instrumento e as necessidades de recursos instrumentais, no âmbito científico e profissional, procuramos dar um contributo com uma versão adaptada linguística e culturalmente do PECC, para a realidade portuguesa.

Atendendo ao que foi dito anteriormente, consideramos que o PECC pode dar um importante contributo para a avaliação da esquizofrenia, dado que

os seus domínios de avaliação contribuem para um diagnóstico contextualizado e permite ao paciente a tomada de consciência e compreensão da sua perturbação.

III. ESTUDO

Tradução e Adaptação Linguística e Cultural do PECC - *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (Marc De Hert, Jan Bussels, Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Josef Peuskens, 1999).

3.1. Introdução

Após a revisão da literatura constatámos que a nível mundial, se postula como prioridade, ao nível da saúde mental, proporcionar aos pacientes cuidados e tratamentos eficazes e de grande qualidade (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005).

Neste sentido a Comunidade Europeia, e em particular, ao nível da política da sociedade de informação, “o desenvolvimento de ferramentas com base em tecnologias de informação (TIC) para serem desenvolvidas nos domínios da prevenção, do diagnóstico e dos cuidados” (Livro Verde para a Saúde Mental, 2005, 6), pelo que se pode depreender a pertinência de desenvolvimento de estudos nesta temática e neste campo mais especificamente. O PECC (*Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers*) parece dar um importante contributo neste sentido.

Numa sociedade globalizada, onde se assiste a um disseminar rápido de informação quer ao nível académico quer da investigação científica, torna-se imperioso a tradução de instrumentos e ferramentas que contribuam para a melhoria e/ou desenvolvimento de cada um de nós (Caro & Stiles, 1997).

Atendendo à temática em questão e ao panorama português, parece-nos pertinente dar um contributo para a validação do PECC, procedendo-se à sua tradução e adaptação linguística e cultural.

Para tal é necessário proceder-se quer à avaliação das equivalências conceptuais linguísticas quer à avaliação das equivalências psicométricas (sensibilidade; fiabilidade e validade factorial). Só com a concretização destes passos e cumprindo os pressupostos definidos é que se pode considerar atingida a equivalência cultural (Ribeiro, 1999; Almeida & Freire, 2000; Hill & Hill, 2005).

Estes autores referem que ao utilizarmos um instrumento de medição desenvolvido noutra cultura, devemos ter em atenção a metodologia de

adaptação e validação cultural uma vez que se pretende definir a utilização de medidas padronizadas entre países e, simultaneamente, manter a sensibilidade do instrumento para medir os aspectos característicos de cada cultura.

Isto adquire ainda maior importância, se atendermos que a crescente diversidade cultural existente nas sociedades, afecta grandemente o mundo académico, justificando só por si a necessidade de se traduzirem diferentes instrumentos.

Todavia, a tradução de instrumentos não é uma tarefa simples, pelo contrário é complexa, dado que não se trata de um simples acto mecânico de alterar palavras de uma língua para outra mas uma tarefa pessoal e subtil, um acto de recriar, de reconstruir (Caro & Stiles, 1997).

Assim, no nosso estudo incidiremos na tradução e análise das equivalências linguísticas e conceptuais do *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* (PECC).

3.2. Objectivos

3.2.1. Objectivos Gerais

- Contribuir para a validação do *PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* para a realidade portuguesa

3.2.2. Objectivos Específicos

- Traduzir o Regulamento do *PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* para a língua portuguesa.
- Adaptar linguística e culturalmente o Regulamento do *PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* para a realidade portuguesa.

3.3. Procedimentos Metodológicos

Para este estudo utilizamos o Regulamento, da versão em inglês do “*Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers*” (Marc De Hert, Jan Bussels, Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Josef Peuskens, 1999), composto pelas respectivas instruções gerais e específicas deste instrumento (Anexo I).

Como etapa inicial deste trabalho, deparamo-nos com a necessidade de tradução deste instrumento para a língua portuguesa. Para tal, respeitando os direitos de autor, solicitamos a autorização de utilização do instrumento, para fins académicos, aos respectivos autores (Anexo II).

As instruções gerais do instrumento foram traduzidas por dois tradutores independentes. Essas distintas versões traduzidas foram, posteriormente, comparadas, analisadas e discutidas as diferenças encontradas até ser encontrada uma versão traduzida final. Duas especialistas em língua portuguesa com conhecimento e domínio da língua inglesa compararam a primeira versão traduzida com o documento originalmente em inglês, de forma a verificar se a adaptação linguística mantinha inalterado o conteúdo em inglês. Este procedimento de tradução foi adoptado, atendendo à dimensão do

Regulamento do PECC, pois caso optássemos por um painel de peritos implicaria um grande dispêndio de tempo, tornando difícil a sua concretização dentro dos limites temporais implícitos neste estudo.

Na fase seguinte, de forma a construir uma versão pré-final da tradução, em língua portuguesa, a versão de reconciliação foi sujeita a análise por um painel intermédio de peritos. Procedeu-se assim à apresentação das versões traduzidas a um painel multidisciplinar de especialidades (Anexo III): um Psiquiatra, três Psicólogas e três especialistas na área da Actividade Física Adaptada, no sentido de verificarem o rigor da tradução e terminologia específica. Respeitando a opinião que reuniu maior consenso, no painel de peritos, foi elaborada a versão pré-final em português do PECC.

De realçar que na constituição deste painel de peritos contactamos o Centro Hospitalar Conde Ferreira (Anexo IV), mas atendendo a questões burocráticas e do calendário académico, não nos foi possível contar com o contributo desta instituição.

Após essa análise, esta versão foi entregue a um outro tradutor, independente, sem conhecimento da versão original do instrumento, para efectuar a respectiva retroversão, seguindo-se à *posteriori* a comparação desta versão retro-traduzida com a versão original de forma a garantir a equivalência linguística e de conteúdo.

Esta versão retro-traduzida (Anexo V) foi dada a conhecer aos autores do instrumento, de modo a se verificar e garantir o significado a nível do conteúdo. Como resultante deste processo, e apenas quando constatámos existir total concordância entre todos os elementos face à versão traduzida, surgiu a versão final (Anexo VI) adaptada à língua e cultura portuguesa.

Para finalizar, e de forma a aferir a gramática e a sintaxe de todo o documento, a versão final portuguesa do PECC foi analisada e revista por um linguista experiente (Anexo III).

3.4. Apresentação e Discussão dos Resultados

3.4.1. Tradução do PECC

Segundo Corredeira (2001), a maneira como na generalidade a adaptação transcultural de instrumentos, por parte dos investigadores, tem sido realizada ao longo dos anos, se por um lado não tem sido uniforme, por outro merece mesmo algumas críticas, uma vez que em algumas situações não se vai além de uma simples tradução, contrariamente a outras, onde se verifica a preocupação em desenvolver processos complexos de validação de instrumentos de uma para outra língua ou cultura. O objectivo da tradução é conseguir a equivalência funcional da medida, ou seja, cada item da versão traduzida tem significado idêntico aos da versão original. Como sabemos, na tradução literal pode haver uma perda de congruência no significado dos conceitos entre as duas línguas envolvidas. Obter a equivalência semântica não é suficiente para que sejam resolvidos os problemas linguísticos.

Assim, para se garantir uma tradução do instrumento adaptada linguística e culturalmente, torna-se fulcral a verificação das equivalências de conteúdo e semântica (Figueiredo, 2005).

Para assegurar a tradução transcultural devemos primar e assegurar rigor e cumprimento de orientações metodológicas. Assim, quando a versão original foi entregue aos tradutores independentes, com vista à elaboração da versão preliminar em língua portuguesa, foram instruídos para a importância deste processo, durante o qual a tradução literal nem é essencial nem desejada. O significado da frase em detrimento da tradução palavra-a-palavra (Vallerand, 1989) era o que deveriam focar.

De acordo com as recomendações de Herrea et al. (1993), constituímos o primeiro painel de peritos (Anexos III) com pessoas bilingues, isto é, são nativos da língua portuguesa e com conhecimentos aprofundados na língua

inglesa (possuidores de licenciatura em inglês e técnicas de tradução), os quais contribuíram para a obtenção da primeira versão traduzida deste instrumento.

As distintas versões preliminares foram comparadas e as diferenças confrontadas, até que se obteve o consenso numa única versão traduzida do instrumento, onde foram salvaguardadas o significado apropriado, o vocabulário, a gramática e/ou a sintaxe (Vallerand, 1989).

Para a implementação de um instrumento de avaliação e no processo de adaptação linguística e cultural, as instruções gerais e específicas do mesmo assumem particular importância. No PECC, os autores realizaram: um enquadramento das psicoses nas últimas décadas e em particular na Bélgica; analisaram a importância e limitações da classificação e avaliação das psicoses; terminando, o respectivo documento com a caracterização do PECC e qual os seus principais contributos.

Atendendo à dimensão do documento e à informação nele contida, a realização deste estudo tornou-se moroso, constituindo-se como uma das dificuldades sentidas. Assim, procuraremos apresentar os resultados faseados, de forma a permitir uma análise detalhada e clara sobre os mesmos. Esses resultados da análise às equivalências linguísticas sugeridas e que reuniram consenso entre o painel de peritos encontram-se descritos nos Quadros 15 a 20.

Deparamo-nos com algumas dificuldades, logo na fase inicial do documento – Prefácio e Introdução –, dado que as decisões tomadas iriam influenciar todo o trabalho subsequente (Quadro 15). Apesar de não se procurar traduzir palavra-a-palavra, como anteriormente referimos, seria imperioso adoptar termos mais específicos das áreas de conhecimento implícitas no PECC.

Quadro 15 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores.

Expressão/ termo em inglês (versão original)	Expressão/ termo em português (1ª versão)
Caregivers	Cuidadores vs prestadores de cuidados
Patients	Doentes vs pacientes
Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular pelos Prestadores de Cuidados
Psychotic disorders	Distúrbios psicóticos vs perturbações psicóticas
Tool	Ferramenta vs instrumento
Basic training	Formação inicial vs básica

Assim, na tradução do termo “*caregivers*” surgiram duas opções possíveis “cuidadores” ou “prestadores de cuidados”. Atendendo à língua portuguesa e ao contexto cultural do nosso país, a expressão “prestadores de cuidados” é mais frequentemente utilizada, pelo que o painel de peritos foi unânime ao considerar que esta expressão traduziria melhor o termo “*caregivers*”.

No caso de “*tool*” e apesar de ser passível de se traduzir por “ferramenta” ou “instrumento”, o painel de peritos considerou que o termo “instrumento” reflectiria melhor o PECC e o seu contributo na avaliação das psicoses. Além disso, o termo “ferramenta” é popularmente utilizada para se referir a utensílios físicos e/ou materiais que auxiliam os trabalhadores na execução de determinadas tarefas.

Apesar do referido, e atendendo ao elevado número de vezes que a palavra “*tool*” aparece no documento, o painel de peritos considerou importante ao longo do texto se recorrer à palavra “ferramenta” como sinónimo de “instrumento”, evitando-se excessivas e sucessivas repetições desta palavra.

Esta decisão reflectiu-se imediatamente, na tradução do nome de “*Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers*” para “Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular pelos Prestadores de Cuidados”. Todavia, e atendendo à extensão do nome do instrumento, foi unânime considerar-se a manutenção das siglas PECC, na versão portuguesa, aquando da referência ao instrumento.

No que concerne os termos “*patients*” e “*psychotic disorders*”, apesar de terem sido traduzidos por, respectivamente, “doentes” e “distúrbios psicóticos”, o painel de peritos foi consensual ao considerar que estes estavam desajustados à terminologia mais amplamente utilizada nesta área. Assim e de acordo com o DSM-IV-TR (2000) e o CID-10 (OMS, 1992), utilizamos a designação de “paciente” para “*patient*” e de “perturbação psicótica” para “*psychotic disorder*”.

Para a expressão “*basic training*”, também surgiram duas possibilidades de tradução (“inicial” ou “básica”), mas a tradução que reuniu maior consenso entre o painel de peritos foi o de “formação básica”, a qual se reporta aos conhecimentos elementares que uma possui numa área de conhecimento e que mais de adequa ao contexto referido no PECC.

Na análise do Ponto 3 – Psicose Esquizofrénica, deparamo-nos com expressões (Quadro 16) e/ou frases (Quadro 17) que causaram alguma dificuldade na sua tradução, as quais apresentamos de seguida.

Quadro 16 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 3).

Expressão/ termo em inglês (versão original)	Expressão/ termo em português (1ª versão)
Drug therapy	Terapia medicinal vs medicamentosa
Sheltered workshop	Formação supervisionada
Normal paid work	Emprego
“Biopsychosocial” disorder	Perturbação biopsicossocial
Relapse	Recaída/ recidiva
(Psychosocial) burden	Fardo vs carga
Believe	Acreditar vs crença
Expressed emotion index (EE)	Índice de Emoção Expressa (EE)
Unbalanced	Desequilibrado
(Adverse) side-effects	Efeitos secundários (adversos)
Prodromal symptoms	Sintomas prodromais
(Patient’s) Compliance	Cumprimento vs adesão
Sheltered accomodation	Alojamento protegido vs lar
Chronic behaviour disturbances	Perturbações crónicas do comportamento
Disturbances of emotions	Perturbação das emoções vs da afectividade

Relativamente à expressão “*drug therapy*” foram propostas duas opções de tradução de acordo com o Quadro 16. Todavia, no contexto nacional e da língua portuguesa, a expressão “terapia medicamentosa” é mais usual e a que melhor representa o tratamento médico com recurso a fármacos.

Apesar das expressões “*sheltered workshop*” e “*normal paid work*” não serem passivas de tradução literal das palavras uma-a-uma, o painel de tradutores, atendendo à cultura e à terminologia de trabalho, propuseram consensual e respectivamente, a tradução por “formação supervisionada” e “empregado”.

No que diz respeito aos termos “*biopsychosocial disorder*”, “*relapse*”, “*expressed emotion index (EE)*” e “*prodromal symptoms*”, os quais são amplamente utilizados ao nível científico, optamos pela adopção das traduções existentes e vigentes no nosso país. Assim, foram respectivamente traduzidos como “perturbação biopsicossocial”, “recaída/ recidiva”, “índice de emoção expressa (EE)” e “sintomas prodromais”. Realçamos o facto de a expressão “*relapse*” ser frequentemente utilizada no PECC, pelo que por uma questão de gramática e sintaxe, se recorreu à utilização das duas traduções possíveis e sinónimas para este termo específico.

Atendendo ao facto das palavras “*burden*” e “*believe*” estarem contextualizadas com as implicações da esquizofrenia, verificamos que as traduções que melhor se adequavam a esse contexto seriam, respectivamente, “carga” e “crença”. A “carga” refere-se às implicações emocionais que o paciente e seus familiares mais próximos vivenciam no dia-a-dia, enquanto a “crença” se refere a ideias pré-concebidas ou um certo estigma relativamente a esta patologia ou mais especificamente aos que sofrem com ela (directa ou indirectamente).

Para os termos “*unbalanced*”, “*side-effects*” e “*compliance*” foram sugeridas as seguintes traduções: “desequilibrado”, “efeitos secundários” e “cumprimento” (no sentido de corresponder a uma indicação médica ou terapêutica”).

Na expressão “*sheltered accomodation*” a tradução por “alojamento protegido” foi a que melhor reflectiu o significado e contexto da versão original, em detrimento do termo “lar” o qual é mais frequentemente associado para a população sénior e não se coadunava com o contexto abordado no PECC.

A expressão “*chronic behaviour disturbances*” foi traduzida por “perturbações crónicas do comportamento”, sendo especificadas no PECC exemplos deste tipo de alteração.

No caso de *disturbances of emotions*” foram sugeridas duas possibilidades de tradução “perturbação das emoções” e “perturbação da afectividade”. Optou-se pela primeira sugestão, dado no PECC serem dados exemplos destas alterações emocionais. Todavia, no contexto nacional a expressão “perturbação dos afectos” também pode ser utilizada.

Neste capítulo do PECC, também nos deparamos com algumas frases que suscitaram dificuldades de tradução, de forma a manter o conteúdo original em inglês. Assim, no Quadro 17 apresentamos algumas frases exemplificativas das dificuldades sentidas.

Quadro 17 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 4a).

Frase em inglês (versão original)	Frase em português (1ª versão)
(...) a gradual blurring of the limits	gradual esbater dos limites
(...) a poor prognosis (chronic or process schizophrenia)	fraco prognóstico (esquizofrenia crónica ou esquizofrenia de processo)
(...) poor social adjustment before the onset of the illness	fraco ajustamento social (pré-doença) vs ajustamento social pobre (pré-doença)
Gradually the difficulties and the complaints from the environment increase...	gradualmente as dificuldades e as queixas do ambiente aumentam
(...) previous level of functioning	Funcionamento vs funcionalidade
(...) disorders in smooth pursuit eye movement (SPEM)	Distúrbio do movimento ocular de rastreio (SPEM)

Do quadro destacam-se o termo “*poor*” o qual foi traduzido distintamente em dois contextos.

No caso de um prognóstico médico, foi consensual, considerar-se a tradução por “pobre” desajustado, pelo que na frase “...*a poor prognosis*...” se decidiu traduzir por “fraco prognóstico”.

Referente à integração social de um indivíduo, considerou-se a tradução de “*poor*” por “pobre” indicada neste contexto, tendo ficado “...*poor social adjustment before the onset of the illness*” como “ajustamento social pobre antes do início da doença”.

Apesar das dificuldades, a expressão “...*a gradual blurring of the limits*” foi traduzida por “...gradual esbater dos limites”.

No caso de “...*disorders in smooth pursuit eye movement (SPEM)*” e atendendo à designação utilizada em português, traduziu-se por “...distúrbio do movimento ocular de rastreio (SPEM)”.

A expressão “...*previous level of functioning*” suscitou algumas dúvidas. Todavia, a tradução que reuniu maior consenso e que melhor poderia expressar o significado original foi a de “funcionalidade” ficando assim traduzida por “anteriores níveis de funcionalidade”.

Também no Ponto 4 – Avaliação e Reabilitação, do Regulamento do PECC, foram encontrada algumas dificuldades de tradução, representadas no (Quadro 18).

Quadro 18 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 4b).

Expressão/ termo em inglês (versão original)	Expressão/ termo em português (versão pré-final)
Accommodation	alojamento vs habitação
Assessment	Avaliação vs classificação
Evaluation	Avaliação
Daily activities	Actividades do quotidiano
Activities of daily living (ADL)	Actividades da vida diária
Social functioning	Funcionamento social vs funcionalidade social
Social context as pivotal to rehabilitation	Contexto social como o cerne da reabilitação
Rehabilitative perspective	Perspectiva reabilitativa vs de reabilitação
'In vivo' observation	Observação 'ao vivo'

O termo “*accommodation*” pode ser traduzido por “alojamento” e “habitação”. Contudo, atendendo ao contexto, optamos por utilizar a tradução como “alojamento” e que anteriormente já fora referida.

Relativamente ao termo “*Evaluation*” e “*Assessment*”, apesar de inicialmente terem sido traduzidos ambos por “avaliação”, houve necessidade de se diferenciar os termos em português, optando-se por traduzir “*evaluation*” por “avaliação” e “*assessment*” por “classificação”.

As expressões “*daily activities*” e “*activities of daily living (ADL)*” apesar de aparentarem referir-se às actividades de vida diária, no documento original, estas expressões referem-se a contextos diferentes, pelo que houve necessidade de haver diferenciação na tradução, ficando respectivamente, “actividades do quotidiano” e “actividades de vida diária (AVD)”.

Atendendo ao que referimos anteriormente, a expressão “*social functioning*” foi traduzida por “funcionalidade social”.

A expressão “*rehabilitative perspective*” foi traduzida por “perspectiva de reabilitação” e “*in vivo' observation*” foi traduzida por “observação ‘ao vivo’”.

No Ponto 5 do Regulamento, refere-se à apresentação e caracterização do Instrumento para Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC).

Continuando a análise do documento, e especificamente no Ponto 5 – PECC, deparamo-nos com terminologias mais específicas da área da psiquiatria, dado que neste capítulo nos é apresentado e caracterizado o PECC. Apesar das dificuldades sentidas, pelo facto do DSM-IV estar traduzido em português e pelo contributo do painel de peritos, a tradução deste capítulo não suscitou muitas dúvidas (Quadro 19).

Quadro 19 – Equivalências linguísticas sugeridas pelo primeiro painel de tradutores (Ponto 5).

Expressão/ termo em inglês (versão original)	Expressão/ termo em português (versão pré-final)
Checklist	Lista de verificação
Insight (in disease)	<i>Insight</i> (da doença)
Feedback	<i>Feedback</i>
Anchor points	Pontos-chave
The past week	A semana anterior
Blunted affect	Afecto embotado
Grandiosity	Grandiosidade vs grandeza
Motor retardation	Lentidão psicomotora
Reasoning	Raciocínio
Scoring sheet	Folha de pontuação vs de avaliação
Unusual thought content	Perturbações do pensamento
Mood lability	Labilidade afectiva
Conceptual disorganization	Desorganização conceptual

Nos termos “*feedback*” e “*insight*”, a opinião dos peritos foi unânime ao considerar a manutenção dos termos em inglês, dado que a tradução para português poderia não manter o real significado dos mesmos. Além disso estas palavras são frequentemente utilizadas na literatura da especialidade.

Também pelos mesmos motivos anteriormente apresentados, os termos “*blunted affect*”, “*motor retardation*”, “*reasoning*”, “*unusual thought content*”, “*mood lability*” e “*conceptual disorganization*” terem sido traduzidos, respectivamente, por “afecto embotado”, “lentidão psicomotora”, “raciocínio”,

“perturbações do pensamento”, “labilidade afectiva” e “desorganização conceptual”.

“*Checklist*” foi traduzido por “lista de verificação” e “*anchor points*” por “pontos-chave”.

Relativamente a “*scoring sheet*” optou-se por “folha de pontuação” dado que seriam aí registados os resultados da entrevista, sob a forma de pontuação de acordo com os pontos-chave.

Apesar de “*grandiosity*” ter sido inicialmente traduzida por “grandiosidade” constatamos que ao nível da literatura da especialidade, este termo é traduzido por “grandeza”, tendo-se optado por esta última opção.

A expressão “*the past week*” foi traduzida por “semana anterior” (reporta-se aos acontecimentos da última semana).

3.4.2. Adaptação Linguística e Cultural

Para Maia e Fonseca (1999) o facto de um instrumento ser válido num determinado contexto não significa, por si só, que o seja num outro contexto. Particularmente, se considerarmos os enquadramentos culturais específicos de cada país.

No seguimento do processo de tradução do PECC, no qual surgiram algumas dificuldades de tradução, torna-se fundamental a adaptação linguística e cultural de termos e/ou expressões para garantir as características próprias do documento e no novo contexto social.

Para Alves (2003), estes testes de validade pretendem saber se os indicadores medem de facto o que supõe medir, devendo verificar-se: a validade de conteúdo e a validade conceptual e linguística.

A análise da validação de conteúdo visa demonstrar que o domínio de conteúdo de um instrumento de medição é apropriado relativamente aos objectivos do mesmo. Este procedimento consiste no julgamento (Murphy & Davidshofer, 1998), de variados especialistas no domínio do conteúdo em avaliação. Após esta análise multidisciplinar, se for consensual que um item avalia um determinado conteúdo então, possivelmente, esse poderá ser aceite como válido.

Entende-se por equivalência conceptual, a relevância e o significado, num contexto cultural diferente, de conceitos ou dimensões tidas como relevantes na cultura de origem do instrumento. Por sua vez, a equivalência linguística e semântica compreende a verificação de que a construção de itens mantém o mesmo significado que tinha na língua original.

Para esta etapa e reportando-nos aos métodos normalmente utilizados para a demonstração da validade de conteúdo, recorreremos a um painel multidisciplinar de peritos, que analisaram a semântica dos conceitos utilizados.

Apesar da versão retro-traduzida (Anexo V) manter o conteúdo original, foram sugeridas algumas adaptações, quer ao nível gramatical e de sintaxe quer ao nível dos conceitos adoptados (Quadro 20).

Quadro 20 – Resultado da análise da retroversão do Regulamento do PECC.

Expressão/ termo em inglês (versão original)	Expressão/ termo adoptado em português (Versão final)
<i>Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers</i>	Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados
<i>Unbalanced</i>	Instável
<i>Sheltered accomodation</i>	Alojamento protegido vs casa de acolhimento
<i>Disturbances of emotions</i>	Perturbação das emoções vs da afectividade
<i>(...) a poor prognosis (chronic or process schizophrenia)</i>	prognóstico reservado (esquizofrenia crónica ou esquizofrenia de processo)
<i>'In vivo' observation</i>	Observação directa
<i>Anchor points</i>	Conceitos-chave
<i>The past week</i>	A semana passada
<i>Scoring sheet</i>	Folha de resultados
<i>(Patient's) Compliance</i>	Adesão (do paciente)

Por uma questão gramatical foi sugerida a alteração do nome do PECC alterando-se "...pelos prestadores de cuidados" para "...dos prestadores de cuidados" ficando o nome na versão final "Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados".

O termo "*unbalanced*" inicialmente traduzido por "desequilibrado" foi alterado por "instável" pois salvaguardava melhor o contexto original, reportando-se à evolução instável da doença e aos estados emocionais do paciente.

De acordo com o painel multidisciplinar de peritos, a melhor tradução de "*sheltered accomodation*", neste contexto clínico e mais utilizada, é "casa de acolhimento". O mesmo se sucedeu com "*(patient's) compliance*", que na literatura se utiliza o termo "adesão (do paciente)" e que foi adoptado na versão final.

Neste seguimento "*disturbances of emotions*" e "...*a poor prognosis...*" forma, respectivamente, traduzidos na versão final por "perturbações da afectividade" e "...prognóstico reservado...".

A expressão "*In vivo' observation*" traduzida inicialmente por "observação 'ao vivo'" foi alterada na versão final ficando "observação directa", dado ser uma expressão tipicamente utilizada na população portuguesa. Pelo

mesmo motivo, a expressão “*the past week*” foi alterada de “semana anterior” para “semana passada”, sendo esta última expressão mais comumente utilizada.

“*Anchor points*” inicialmente traduzidos por pontos-chave, foram alterados para “conceitos-chave” por serem mais abrangentes.

No caso de “*scoring sheet*” alterou-se para “folha de resultados” pois é a expressão de melhor exprime a funcionalidade da grelha utilizada no PECC e onde se registam os dados obtidos na Entrevista.

Ao longo deste estudo foram sentidas algumas dificuldades que queremos realçar.

A extensão do documento original causou dificuldades na tradução, dado que havia preocupação em se manter os procedimentos delineados dentro da metodologia científica e, desta maneira em não se traduzir palavra-a-palavra mas em manter o conteúdo original. Tornou-se necessário traduzir, reler e reajustar a tradução para assegurar o conteúdo do Regulamento do PECC.

Este aspecto também se evidenciou na comparação entre as traduções no sentido de se encontrar uma 1ª versão, em português, do Regulamento do PECC.

Na peritagem pelo grupo multidisciplinar, este aspecto evidenciou-se pela morosidade nas análises e posteriormente, na discussão das sugestões efectuadas.

Na revisão linguística da versão final, foram necessários ajustes gramaticais e de sintaxe para adequar o documento quer ao conteúdo original quer ao nível da língua portuguesa.

3.5. Conclusões

Na realização deste estudo foram seguidas coerentemente as linhas orientadoras para uma correcta tradução e adaptação linguística e cultural do instrumento, pelo que cumprimos o objectivo a que nos propusemos: contribuímos para a validação do Regulamento do *PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* para a realidade portuguesa.

Esta versão do Regulamento do PECC reuniu consenso do painel multidisciplinar de peritos, tendo sido aceite esta versão adaptada linguística e culturalmente para a realidade portuguesa.

A versão retro-traduzida foi sujeita a apreciação por um dos autores do instrumento, Dr. Marc De Hert, tendo confirmado a equivalência de conteúdos.

Após este Estudo, achamos pertinente a validação psicométrica do PECC, por considerarmos que este instrumento é um importante contributo para os prestadores de cuidados que lidam com pessoas com psicoses.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

4. Considerações Finais e Sugestões

Ao longo do estudo e atendendo à literatura consultada constatamos que a esquizofrenia é uma das perturbações mais graves e debilitantes atendida pela psiquiatria, sendo (a) mesmo considerada pela Organização Mundial de Saúde uma das dez causas mais incapacitantes do mundo.

Apesar dos demarcados avanços científicos que têm sido feitos ao nível do conhecimento acerca desta perturbação mental, muito ainda resta clarificar.

Verificamos que os contributos de Kraepelin (estudou o início e desenvolvimento da doença), de Bleuler (enunciou os sintomas negativos) e de Schneider (enunciou os sintomas positivos), foram determinantes para o actual conceito e classificação da esquizofrenia, sendo estes contributos bem evidentes nos sistemas de classificações mais actuais que são utilizados na psiquiatria: CID-10 e DSM-IV.

Actualmente, ainda são visíveis divergências e dificuldades ao nível do diagnóstico da esquizofrenia, mas parece consensual uma prevalência desta perturbação em cerca de 0,5 e 1% da população.

Esta perturbação mental pode surgir em qualquer indivíduo, mas ainda não existe consenso quanto à sua etiologia. Da revisão da literatura sugere-se a existência de múltiplos factores que contribuem, directa ou indirectamente, para o aparecimento desta patologia, tais como: factores relacionados com a industrialização, o urbanismo ou o aumento da densidade populacional.

O diagnóstico da esquizofrenia torna-se difícil devido à multiplicidade de sintomas e às variadas possibilidades de conjugação dos mesmos, bem como o curso da própria doença, tendo uma evolução marcadamente atípica. Neste sentido, quanto mais precocemente se iniciar uma intervenção terapêutica melhor.

De realçar também que a esperança de vida entre os esquizofrénicos é menor comparativamente à população em geral, dado que apresentam elevadas taxas de suicídio (duas vezes superiores às da população em geral).

Nos dias de hoje, o tratamento da esquizofrenia assenta no recurso a substâncias antipsicóticas e em abordagens psicossociais. Neste campo, as terapias complementares aliadas a um programa de reabilitação contextualizado podem contribuir para melhoria das possibilidades de controlo sintomatológico, a adesão ao tratamento, a reinserção social e para uma melhoria da qualidade de vida do indivíduo. A actividade física adaptada pode aqui desempenhar um importante papel.

Segundo as orientações da Organização Mundial de Saúde e de vários autores consultados, a actividade física constitui-se como um complemento fundamental no tratamento de várias doenças e, em particular, no âmbito das perturbações mentais. Tal deve-se às possibilidades que a actividade física proporciona à pessoa, no integrar e no interagir, experimentando uma rede harmoniosa de experiências físicas, psicológicas e emocionais com o mundo que a rodeia.

Verificamos que os tratamentos clínicos aliados à Actividade Física podem incrementar a qualidade de vida dos indivíduos sadios e das pessoas com uma perturbação mental grave, como a esquizofrenia.

No diagnóstico das perturbações mentais, apesar de se recorrer a instrumentos de avaliação devidamente validados, constitui-se como uma tarefa difícil. Averiguamos que a maioria desses diagnósticos são feitos com base na anamnese e através da escuta e diálogo com o paciente – entrevista estruturada. O Instrumento de Avaliação de Psicoses para Uso Regular dos Prestadores de Cuidados (PECC) é um exemplo dos instrumentos que recorre à entrevista como meio de avaliação do indivíduo.

Os diversos instrumentos de diagnóstico existentes procuram assim avaliar integralmente a funcionalidade global dos pacientes, todavia, são maioritariamente construídos para uso exclusivo dos psiquiatras.

No sentido de reforçar a importância do acompanhamento multidisciplinar contextualizado dos esquizofrénicos, o PECC foi desenvolvido para ser utilizada pelos prestadores de cuidados de saúde, incluindo enfermeiros. Na sua lista de verificação constam seis domínios de avaliação: sintomas (sintomas positivos, negativos, depressivos e excitatórios), *insight* (consciência que o paciente tem dos seus sintomas e compreensão da doença), efeitos secundários (extrapiramidais (4 itens), anticolinérgicas (6 itens), hormonais (3 itens) e outros (7 itens), qualidade de vida, actividades do quotidiano e os primeiros sinais de alerta.

A sua utilização apresenta vantagens em detrimento de outros instrumentos de avaliação, nomeadamente, porque: é de fácil utilização e aplicação; não se limita a avaliar sintomas psicóticos, permitindo uma avaliação mais completa da situação clínica do paciente; possui uma versão digital, que permite a utilização diária regular com constituição de uma base de dados para análises posteriores e para investigações científicas futuras.

Reflectindo o potencial contributo advindo da aplicação deste instrumento e as necessidades de recursos instrumentais, no âmbito científico e profissional, procuramos dar um contributo nesse sentido com uma versão final adaptada linguística e culturalmente do Regulamento do PECC, para a realidade portuguesa.

Após este estudo e no sentido de aproveitar as potencialidades do PECC, lançamos algumas sugestões para a elaboração de trabalhos futuros no sentido de alcançarmos uma validação completa para a população portuguesa:

- i. Aplicação do PECC na população esquizofrénica portuguesa, para concluir os procedimentos psicométricos de validação do instrumento;
- ii. Difundir o PECC entre as equipas multidisciplinares de reabilitação e proceder a uma aplicação do instrumento por diferentes prestadores de cuidados;

- iii. Aplicar o PECC a pacientes esquizofrénicos de géneros diferentes e comparar os resultados obtidos, com vista à confirmação das diferenças entre sexos sugeridos na literatura;
- iv. Realizar a aplicação do PECC aliado a um programa de actividade física adaptada, devidamente planeado e estruturado.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. Referências Bibliográficas

- Adams, R. D., Victor, M. & Ropper, A. H. (1999). *Neurologia – compêndio*. (6ªed.). Portugal: McGrawhill, Tecnimede.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia. Conhecer a Doença*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit, G. L., et al. (2009). Obesity Among Those with Mental Disorders. A National Institute of Mental Health Meeting Report. *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (4), 341-350.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologias de investigação em psicologia e educação*. (2ª ed. rev.). Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, S. S. (1997). Esquizofrenia hebefrênica In: Faculdade de Medicina do Porto (Eds.), *Seminários da disciplina de Psiquiatria e Saúde Mental – Prática Clínica*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pp.49-52.
- Alves, M. S. (2003). *Esquizofrenia, Imagem Corporal e Actividade Física – Estudo da percepção e da satisfação com a imagem corporal em indivíduos esquizofrênicos, praticantes e não praticantes de actividade física*. Porto: Alves, M. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.). Climepsi Editores. Lisboa.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Texto Revisto*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Arida, R. M. (2007). Atividade física 1 x 0 Transtornos Mentais. *Rev Bras Psiquiatr*, 29 (1): 86-95.
- Auchaim, C. M. & Abuchaim, A. L. (2001). *Esquizofrenia e Outras Psicoses*. Consult. 23 Nov 2008, disponível em <http://abcdocorposalutar.com.br/artigo.php?codArt=49#esq>
- Azar, D., Kylie, B., Salmon, J. & Cleland, V. (2008). The association between physical activity and depressive symptoms in young women: A review. *Mental Health and Physical Activity*, 1, 82-88.
- Babo de Castro, H. S. M. (1997). Esquizofrenia Paranóide *In: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Eds.), Seminários da Disciplina de psiquiatria e Saúde Mental – Prática Clínica*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pp. 53-60.
- Bahls, S-C. & Zacar, F. M. H. (2006). As intervenções psicossociais no tratamento da esquizofrenia. *RUBS*, 2 (1), 24-33.
- Ballone, G. J. (2001). *Psicoses* *In: PsiqWeb Psiquiatria Geral*. Consult. 30 Nov 2008, disponível em www.psiqweb.med.br/trats/esqtrat.html
- Ballone, G. J. (2002). *Tratamento de Esquizofrenia*. Consult. 30 Nov 2008, disponível em www.psiqweb.med.br/trats/esqtrat.html
- Banville, D., Desrosiers, P. & Genet-Volet, Y. (2000). Translating Questionnaires and Inventories Using a Cross-Cultural Translation Technique. *Journal of Teaching in Physical Education*, 19, 374-387.
- Barcha, J. (2000). *Esquizofrenia*. Consult. 30 Nov 2008, disponível em <http://mimedico.net/dir-enfermedades/psiq/esquizofrenia.htm>

- Barraclough, J. & Gill, D. (1997). *Bases da Psiquiatria moderna*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Becker Jr., B. (1998). O impacto do exercício e do desporto na área emocional. *Efdeportes.com Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital*, 3 (12). Consult. 26 Nov 2008, disponível em www.wfdeportes.com/efd12/benno.htm
- Becker Jr., B. (1999). *Manual de Psicologia Aplicado ao Exercício & Esporte*. Porto Alegre: Edelbra.
- Bell, M., Fiszdon, J., Greig, T., Wexler, B. & Bryson, G. (2007). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: 6-month follow-up of neuropsychological performance. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44 (5), 761-770.
- Bento, J. O. (1991a). *Desporto, Saúde, Vida. Em defesa do Desporto*. Lisboa: Horizonte da Cultura Física.
- Bento, J. O. (1991b). Para um desempenho referenciado à saúde In: Bento, J.O.; Marques, A. (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, pp. 147-155.
- Bento, J. O. (1995). *O outro lado do Desporto*. Porto: Campo das Letras.
- Bento, J. O. (1999). Contexto e Perspectivas In: Bento, J. O.; Garcia, R.; Graça, A. (Eds.), *Contextos da Pedagogia do Desporto*. Livros Horizonte, pp. 16-122.

- Bettger, J. A. P. & Stieneman, M. G. (2007). Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation Services in Poostacute Care: State-of-the-Science. A Review. *Archives of Psychiatric Medicine Rehabilitation*, 88, 1526-1527.
- Biddle, S. J., Fox, K. R., Boutcher, S. H. & Faulkner, G. E. (2000). The way forward for physical activity and the promotion of psychological well-being In: Biddle, S. J.; Fox, K. R.; Boutcher, S. H. (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-being*. London and New York: Routledge, pp. 154-168.
- Blasco, T. (2000). *Actividad física y salud*. Barcelona: Martinez Roca.
- Borges, K. E. L. (2004). *Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida dos Sujeitos com Transtornos Mentais. Estudo realizado nos Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte*. Porto: Borges, K. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Borms, J. (1991). Exercício físico, aptidão física e o novo paradigma da saúde. In: Bento, J.O.; Marques, A. (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, pp. 111-118.
- Bouchard, C. & Shepard, R. J. (1994). Physical Activity, Fitness and Health: The Model and Concepts In: Bouchard, C. & Shepard, R. J., Stephens, T. (Eds.), *Physical Activity, Fitness and Health*, pp. 77-88. *International Proceedings and Consensus Statement*. U.S.A.: Human Kinetics Publishers.
- Braghirolli, E. M. (1990). *Psicologia Geral*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Branon, L. & Feist, J. (1992). *Health psychology, an introduction to behaviour and health*. Belmont: Wadsworth.

- British Columbia Schizophrenia Society (2001). *"Families Helping Families"*. *Schizophrenia – Basic Facts About Schizophrenia*. 9th edition. Consult. 3 Dez 2008, disponível em www.mentalhealth.com/book/p40-sc02.htm
- Brown, A. S. & Susser, E. S. (2002). In utero infection and adult schizophrenia. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 8 (1): 51-57.
- Campos, J. C. F. (2008). *Instrumentos de Avaliação: Estudo centrado em Inventários Utilizados no Mestrado em Actividade Física Adaptada*. Porto: Campos, J. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Carneiro, A. L., Lopes, T. & Moreira, A. L. (2002). *Mecanismos de Adaptação ao Exercício Físico*. (Textos de Apoio). Serviço de Fisiologia. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Caro, I. & Stiles, W. B. (1997). Let's translate VMR: Linguistic and cultural inferences drawn from translating a verbal coding system from English to Spanish. *Psychiatry*, 60, 233-247.
- Carpenter, W. & Buchanan, R. (1995). Schizophrenia: introduction and overview In: Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (6^aed., vol 1). (pp. 889-902). New York: Williams e Wilkins.
- Carpiniello, B. & Carta, M. G. (2002). La disabilità nella schizofrenia. Fattori intrinseci e predizione dell'esito psicosociale. Un'analisi della letteratura. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 11(1):45-58.
- Casperson, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100: 126-131.

- Cláudio, V. (1988). Padrões de Atenção na Esquizofrenia Paranóide. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 235-243.
- Cook, S., Chambers, E. & Coleman, J. H. (2009). Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 23, 40-52.
- Corredeira, R. (2001). *Competência Percebida e aceitação Social em Craiças com Paralisia Cerebral: Tradução e Adaptação da Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance in Children with Cerebral Palsy para a realidade portuguesa*. Porto: Corredeira, R. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.
- Correia, J. C. P. (2008). *Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Bateria de Avaliação do Movimento "Movement Assessment Battery for Children" para a População Portuguesa dos 4 aos 6 anos de idade*. Porto: Correia, J. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Costa, O. (1991). Desporto e qualidade de vida In: Bento, J.O.; Marques, A. (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, pp. 53-59.
- Costa, R. M. (2000). *Crenças sobre a Saúde e a Actividade Física: um Estudo com Professores e Funcionários das Escolas da Região de Viseu*. Porto: Costa, R. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Cunha, J., Dinis, M. & Nobre, A. (2001). *A(s) Esquizofrenia(s)*. Lisboa: Tecnifar, Divisão Neuropsiquiatria.

- D'Amato, T. & Karoumi, B. (2001). Factores de risco da Esquizofrenia In: Dalery, J.; D'Amato, T. (Eds.), *A Esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas*, pp. 47-74. Lisboa: Climepsi Editores.
- D'Amato, T. & Rochet, T. (2001). Epidemiologia da Esquizofrenia In: Dalery, J.; D'Amato, T. (Eds.), *A Esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas*, pp. 19-46. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dalery, J. & Saoud, M. (2001). Os Neurolépticos: novas perspectivas In: Dalery, J.; D'Amato, T. (Eds.), *A Esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas*, pp. 161-178. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dalgalarrodo, P. (1993). Diagnóstico Diferencial In: Caetano, D.; Frota-Pessoa, O.; Bechelli, L. P. C. (Eds.), *Esquizofrenia. Actualização em Diagnóstico e Tratamento* (pp. 31-38). São Paulo: Atheneu.
- De Hert, M., Bussels, J., Lindström, E., Abrahams, F., Fransens, C. e Peuskens, J. (1999). *Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers*. Leuven.
- De Hert, M., Wampers, M., Thys, E., Wiesselgren, I-M., Lindström, E. & Peuskens, J. (2002). Validation Study of PECC (Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers): Interscale validity and inter-rater reliability. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6 (3), 135-140.
- Dittamar, W. H. (1993). Estabilização In: Caetano, D.; Frota-Pessoa, O.; Bechelli, C. P. C. (Eds.), *Esquizofrenia. Actualização em diagnóstico e tratamento*, pp. 3-6. São Paulo: Atheneu.
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito em esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (1), 23-26.

- Faria, I. H. & Figueira, M. L. (1988). Linguística e Psicopatologia Cognitiva: Contribuição para uma Abordagem Interdisciplinar da Esquizofrenia Paranóide. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 119-134.
- Faulkner, G., Cohn, T. & Remington, G. (2006). Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 82, 225-231.
- Faulkner, G., Cohn, T., Remington, G. & Irving, H. (2007). Body mass index, waist circumference and quality of life in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90: 174-178.
- Fauman, M. A. (Ph. D., M. D.) (2002). *Guia de Estudo para o DSM-IV TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fausto, A. (2005). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Feijó, O. G. (1992). *Corpo e Movimento: Uma psicologia para o esporte*. Rio de Janeiro: Shape.
- Fernandes da Fonseca, A. (1987). *Psiquiatria e Psicopatologia (II Volume)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes da Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia (2ª ed., vol II)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, C. M. C. (2005). *Adaptação e Validação Cultural do Craig Handicap Assessment Reporting Technique – CHART*. Coimbra: C. Figueiredo.

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Fox, K. H., Boutcher, S. H., Faulkner, G. E. & Biddle, S. J. (2000). The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being In: Biddle, S. J., Fox, K. R. & Boutcher, S. H. (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-being*, pp. 1-19. London and New York: Routledge.

Frances, A. & Ross, R. (1999). *DSM-IV Casos Clínicos – Guia para o Diagnóstico Diferencial*. Lisboa: Climepsi.

Galinha, I. C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o Estudo da Versão Portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*: I – Abordagem Teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 209-218.

Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*. (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Geogheff, N. (2001). Investigações Cognitivas e Esquizofrenia In: Dalery, J.; D'Amato, T. (Eds.), *A Esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas* (pp. 185-233). Lisboa: Climepsi Editores.

Gomes, A., Butt, G. & Machadeiro, J. (1999). Esquizofrenia. *Sinais Vitais*, 23: 44-47.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M. & Fadden, G. (2007). O Modelo de Fallon para Intervenção Familiar na Esquizofrenia: fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 2 (XXV), 241-255.

Green, A. I., Patel, J., Goisman, R., Allison, D. & Blackburn, G. (2000). Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. *Gen Hosp Psychiatry*, 22 (4): 224-235.

Green, M. F. (2003). *Schizophrenia Revealed*. London: WW Norton.

Guimarães, L. A. M. (1993a). Psicoterapia In: Caetano, D., Frota-Pessoa, O. & Bechelli, L. P. C. (Eds.), *Esquizofrenia. Atualização em Diagnóstico e Tratamento* (pp. 249-252). São Paulo: Atheneu.

Guimarães, L. A. M. (1993b). Grupoterapia In: Caetano, D., Frota-Pessoa, O. & Bechelli, L. P. C. (Eds.), *Esquizofrenia. Atualização em Diagnóstico e Tratamento* (pp. 253-259). São Paulo: Atheneu.

Hackett, T. P. & Hackett, E. M. (1983). Schizophrenia In: Petersdorf, R., Adams, R., Braunwald, E., Isselbacher, K., Martin, J. & Wilson, J. (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (pp. 2209-2212). New York: Mc Graw-Hill Book Company.

Hamer, M., Molloy, G. J., Oliveira, C. & Demakakos, P. (2009). Leisure time physical activity, risk of depressive symptoms, and inflammatory mediators: The English Longitudinal Study of Ageing. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1050-1055.

Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. (2006). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.

Herrera, R. S., DelCampo, R. L. & Ames, M. H. (1993). A serial approach for translating family science instrumentation. *Family Relations*, 42: 357-360.

Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. (2ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hutzler, Y. & Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: International Perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 1-20.

IFAPA (2004). *Sport and Adapted Physical Activity: Advocates of Rights and Dignity for All*. Consult. 20 Jan 2009, disponível em <http://www.ifapa.biz/?q=node/7>

Janney, C. A., Richardson, C. R., Holleman, R. G., Glasheen, C., Strath, S., Conroy, M. et al. (2008). Gender, mental health service use and objectively measured physical activity: Data from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 2003-2004). *Mental Health and Physical Activity*, 1, 9-16.

Jannuzzi, G. (1985). *A luta pela educação mental no Brasil*. São Paulo: Cortez.

Jerome, G. J., Young, D. R., Dalcin, C. J., Antthony, C., Hayes, J. & Daumit, G. L. (2009). Physical activity levels of persons with mental illness attending psychiatric rehabilitation programs. *Schizophrenia Research*, 108, 252-257.

José, O. (1994). Síndromes positivos e negativos da Esquizofrenia In: Universidade Católica Portuguesa (Ed.), *V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus – Doente, Família, Comunidade*. Lisboa: Biblioteca João Paulo II – Universidade Católica, pp. 146-151.

Kaiser, R.C. (2001). Saúde Mental In: Frontera, W. R., Dawson, D. M. & Slovik, D. M. (Eds.), *Exercício Físico e Reabilitação* (pp. 311-330). Porto Alegre: Artmed Editora.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). *Sinopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (8ª ed.). New York: Williams e Wilkins.

- Kasper, S. (2006). Optimisation of long-term treatment in schizophrenia: Treating the true spectrum of symptoms. *European Neuropsychopharmacology*, 16, S135-S141.
- Keith, S. J. & Matthews, S. M. (1991). The diagnosis of schizophrenia: A review of onset and duration issues. *Schizophrenia Bulletin*, 17 (1): 51-67.
- Kendler, K. & Diehl, S. (1995). Schizophrenia: genetics In: Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 942-957). (6ªed., vol 1). New York: Williams e Wilkins.
- Kerr, J., Calfas, K. J., Caparosa, S., Stein, M. B., Sieber, W., Abascal, L. B., et al. (2008). A pilot study to assess the feasibility and acceptability of a community based physical activity intervention (involving internet, telephone, and pedometer support), integrated with medication and mood management for depressed patients. *Mental Health and Physical Activity*, 1, 40-45.
- Knight, H. C. (1991). Double-Bind e Esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 2 (IX), 235-238.
- Kofi Annan (2002). *Mensagem por ocasião do Dia Mundial da Saúde. 7 de Abril de 2002*. Centro de Informações das Nações Unidas em Portugal. Consult. 10 Dez 2008, disponível em www.onuportugal.pt/sg20020407Saude.pt
- Laing, R. D. (1971). *A política da família*. Lisboa: Portugalia.
- Laing, R. D. (1978). *O Eu Dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura*. (3ªed). Petrópolis: Editora Vozes.

- Le Fevre, P. D. (2001). Improving the physical health of patients with schizophrenia: therapeutic nihilism or realism? *Scott Med J*, 46 (1): 11-30.
- Leal, A. S. (1991). Desporto e Medicina preventiva In: Bento, J.O.; Marques, A. (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, pp. 137-146.
- Leão, M. M. M. F. M. (2008). *Contributo para a Validação da Bateria de Avaliação do Movimento "Movement Assesment Battery for Children" para a População Portuguesa – Estudo Realizado com a Banda Quatro: 11-12 anos de idade*. Porto: Leão, M. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Leith, L. M. (1994). *Foundations of Exercise and Mental Health*. Fitness Information Technology, Inc.. Morgantown, USA: University Ave.
- Levy, P. (2001). Alfredo: «Eles iam fazer-nos mal...» Adolescência e esquizofrenia In: Sampaio, D. (Eds.), *Vozes e Ruídos. Diálogos com Adolescentes* (pp.193-205). (12ª ed.). Lisboa: Caminho.
- Lilly (2001). *Saúde*. Consult. 10 Jan 2009, disponível em www.lilly.com.br/saude/doencas_esquizo.html
- Lindamer, L. A., McKibbin, C., Norman, G. J., Jordan, L., Harrison, K., Abeyesinhe, S. et al. (2008). Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 104, 294-301.
- Lipton, A. A. & Cancro, R. (1995). Schizophrenia: Clinical Features In: Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 968-987). (6ªed., vol 1). New York: Williams e Wilkins.

Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia (2005). Consultado em 20 Março 2009, disponível em http://eru-lex.europa.eu/LexUriServ/site/com/2005/com2005_0484pt01.pdf

Lowenkron, T. (2008). Relatório CID-11: possíveis contribuições. *Actas do XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Ciência e Ética em Psiquiatria*. Brasília.

Machado, P. & Ribeiro, J. L. (1991). Efeitos psicológicos da actividade física In: Bento, J. & Marques, A. (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, pp. 73-182.

Madalena, J. C. (1982). *História da Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Magaña, A. J. (2000). *Esquizofrenia*. Consult. 13 Jan 2009, disponível em www.sintsefelizcomseucorpo.hpg.ig.com.br/saude/index_pri_1.html

Maia, J. & Fonseca, A. M. (1999). Aprendizagem motora e tomadas de decisão no Desporto: Considerações acerca dos cuidados a observar aquando da “importação” de instrumentos de avaliação psicológica oriundos de outras culturas. Guarda: Serviços de reprografia do IPG. *Actas das VI Jornadas de Psicologia do Desporto*. Guarda

Marques, T. P. (2002). E se o seu filho for esquizofrénico? *Viver*, 48, 92-94.

Marques, U. M., Moura e Castro, J. A. & Silva, M. A. (2001). Actividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1 (1): 73-79.

- Marzolini, S., Jensen, B. e Melville, P. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: A multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity*, 2, 29-36.
- Matos, E. G., Matos, T. M. G. & Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista Psiquiatria RS*, 27 (3), 312-318.
- Mcardle, W. D., Katch, F. L. & Katch, V. L. (1992). *Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mesa-Castillo, S. (2001). Estudio ultraestructural del lóbulo temporal y de la sangre periférica en pacientes esquizofrénicos. *Ver Neurol*, 33 (7): 619-623.
- Messias, E. (2000). No Paiz dos Yankees. A prevenção da esquizofrenia: Santo Graal da Psiquiatria? *Psychiatry on-line Brasil*. Consult. 20 Nov 2008, disponível em www.polbr.med.br/arquivo/mess1002.htm
- Miguel, J. P. (2002). *Comunicado de 3 de Abril de 2002. Assunto: Dia Mundial da Saúde 2002*. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Consult. 20 Nov 2008, disponível em www.dgsaude.pt/imprensa/com
- Moreno, A. C. (2000). *Guia terapéutica de las esquizofrenias*. Barcelona: Ed. Masson.
- Mota Cardoso, C. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mota, J. A. (1991). Educação Física e Saúde. Que afinidades? In: Bento, J. O. & Marques, A. (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, pp. 305-310.

- Moura e Castro, J. (1997). Actividade Física em Crianças com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 28 (3): 219-224.
- Murphy, K. & Davidshofer, C. (1998). Psychologics testing: principals and applications. (4th ed.). New York: David McKay Company, Inc.
- Nahas, M. V. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida – conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.
- Nithsdale, V., Davies, J. & Croucher, P. (2008). Psychosis and the Experience of Employment. *Journal Occup Rehabil*, 18, 175-182.
- Nuno Grande (1991). Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e doença In: Bento, J. O.; Marques, A. (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, pp. 27-32.
- Oliveira, S. P. S. (1999). *Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia. Considerações e Psicodinâmicas*. Coimbra: Oliveira, S. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- OMS (2002a). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores.
- OMS (2002b). *Dia Mundial da Saúde 2002 – pela sua saúde, mexa-se*. (Tradução e adaptação Direcção-Geral da Saúde). Consult. 10 Dez 2008, disponível em www.ssmj/dms_2002.pdf

- OMS (2005). *Guia do principiante: para uma linguagem comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD). Lisboa: Coleção Cadernos.
- Paim, I. (1990). *Esquizofrenia*. São Paulo: EPU.
- Pearce, B. D. (2001). Schizophrenia and viral infection during neurodevelopment: a focus on mechanisms. *Mol psychiatry*, 6 (6): 634-646.
- Pelarigo, L. C. K. (2000). A importância da avaliação física na prescrição de programas de exercícios direccionados à saúde. *Revista FEFIL*, 1.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Pio Abreu, J. L. (2002). *Como tornar-se doente mental*. (9ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pitliuk (2002a). *Psicose e Psicose Puerperal ou pós Parto*. Consult. 15 Jan 2009, disponível em www.mentalhelp.com/disturbios_psicoticos.htm
- Pitliuk (2002b). *Psicose (Esquizofrenia)*. Consult. 15 Jan 2009, disponível em www.mentalhelp.com/psicose.htm
- Prince, P. N. & Rince, C. R. (2001). Subjective quality of life in the evaluation of programs for people with serious and persistent mental illness. *Clinical Psychology Review*, 21, 1005-1036.

- Quaresma, M. (1997). *Contributo da actividade física na promoção da qualidade de vida e bem-estar em doentes mentais/esquizofrénicos*. Porto: Quaresma, M. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Reus, V. I. (1998). Distúrbios Mentais *In*: Fauci, Braunwald, Isselbacher, Wilson, Martin, Kasper, Hauser & Longo (Eds.), *Harrison Medicina Interna* (pp. 2636-2654). (14ª ed., vol II). Rio de Janeiro: McGraw Hill.
- Ribeiro, E. P. (2002). *A influência da Actividade Física nos Níveis de Depressão e Ansiedade dos portadores de Cegueira Adquirida*. Porto: Ribeiro, E. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (1988). Efeitos Psicológicos da actividade física. *Jornal de Psicologia*, 7 (5): 10-14.
- Robson, D. & Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 457-466.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Ryan, M. C. & Thakore, J. H. (2002). Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sci*, 71 (3): 239-257.

- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21: 33-61.
- Santos, L. C. (1999). *Esquizofrenia*. Consult. 20 Jan 2009, disponível em www.psicanalise.virtual.nom.br/esquisof.htm
- Santos, M. B. & Rodrigues, V. A. (1991). Esquizofrenia – Perspectiva de Conrad. *Análise Psicológica*, 1 (IX), 111-117.
- Saoud, M. & Dumas, P. (2001). Modelos de Vulnerabilidade à Esquizofrenia In: Dalery, J.; DÁmato, T. (Eds.), *A Esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas* (pp. 85-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sartorius, N. & Bertolote, J. M. (1996). WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness: some issues and concepts related to rehabilitation. *European Psychiatry*, 11 (2), 56s-59s.
- Serrallonga, J. (1998). Esquizofrenia In: Ruiloba, J. V. (Eds.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (pp. 455-487). (4ª ed.). Barcelona: Masson, S. A.
- Sharkey, B. J. (1998). *Condicionamento físico e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Shirakawa, J. (1993). Histórico e Conceito In: Caetano, D.; Frota-Pessoa, O.; Bechelli, C. P. C. (Eds.), *Esquizofrenia. Atualização em diagnóstico e tratamento* (pp. 3-6). São Paulo: Atheneu.
- Silva, M. A. (1999). *Estudo de variáveis Psicomotoras e Comportamentais na normalização de algumas alterações mentais*. Porto: Silva, M. Dissertação de

Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Smith, S., Yeomans, D., Bushe, C. J. P., Eriksson, C., Harrison, T., Holmes, R. et al. (2007). A well-being programme in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: A post-programme service evaluation at 2 years. *European Psychiatry*, 22, 413-418.

Soundy, A., Taylor, A., Faulkner, G. & Rowlands, A. (2007). Psychometric Properties of the 7-Day Physical Activity Recall Questionnaire in Individuals with Severe Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21 (6), 309-316.

Sousa, L. J. (2005). *Relação entre a frequência semanal de Actividade Física e os níveis de Aptidão Física, Coordenação Motora e os parâmetros da Composição Corporal em indivíduos portadores de Síndrome de Down*. Porto: Sousa, L. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Szabo, A. (2000). Physical activity as a source of psychological dysfunction In: Biddle, S. J., Fox, K. R. & Boutcher, S. H. (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-being*. (pp. 130-153). London and New York: Routledge.

Szasz, T. S. (1978). *Esquizofrenia – O Símbolo Sagrado da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Tandon, R., Nasrallah, H. A. & Keshavan, M. S. (2009a). Schizophrenia, “Just the facts” 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102, 1-18.

- Tandon, R., Nasrallah, H. A. & Keshavan, M. S. (2009b). Schizophrenia, “Just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110, 1-23.
- Tassin, J. P. (2001). Esquizofrenia e Neurotransmissão In: Dallery, J. & D’Amato, T. (Eds.), *A Esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas* (pp-143-160). Lisboa: Climepsi Editores.
- Teixeira, J. M. (2000). O diagnóstico psiquiátrico. Consult. 19 Jan 2009, disponível em www.saude-mental.net/pdf/vol2_rev5_editorial.pdf
- Thakore, J. H., Mann, J. N., Vlahos, I., Martin, A. & Reznick, R. (2002). Increased visceral fat distribution in drug-naïve and drug-free patients with schizophrenia. *Int. J. Obes Relat Metab Disord*, 26 (1):137-141.
- Tostes, L. R. M. (1993). Curso e Prognóstico In In: Caetano, D.; Frota-Pessoa, O.; Bechelli, C. P. C. (Eds.), *Esquizofrenia. Actualização em diagnóstico e tratamento* (pp. 53-61). São Paulo: Atheneu.
- Usall, J., Ochoa, S., Araya, S., Márquez, M. & NEDES group (Assessment Research Group in Schizophrenia) (2003). Gender differences and outcome in schizophrenia: a 2-year follow-up study in a large community sample. *European Psychiatry*, 18, 282-284.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
- Van Coppenolle, H. (1993). General Introduction/Concepts/Research Trends In: Van Coppenolle, H., Simons, J., Neerinx, E., Vanlandewijck, Y. & Verwilt, M. (Eds.),

European Master's Degree Adapted Physical Activity (Textbook), 3-7. Leuven: Acco.

- Van Coppenolle, H.; Probst, M.; Knapen, J.; Poot, G. e Peuskens, J. (1993). Psychomotor Programs for Anorectic, Depressive and Schizophrenic Patients In: Serpa, S., Alves, J., Ferreira, V., Paula-Brito, A. (Eds.), *Proceeding of the 8th World Congress of Sport Psychology: Sport Psychology: An Integrated approach*, International Society of Sport Psychology; Portuguese Society of Sport Psychology; Technical University of Lisbon – Faculty of Human Movement, pp. 612-615.
- Van de Vliet, P., Auweele, Y. V., Knapen, J., Rzewnicki, R., Onghena, P. & Van Coppenolle, H. (2004). The effect of fitness training on clinically depressed patients: an intra-individual approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 153-167.
- Van de Vliet, P., Mutrie, N. & Onghena, P. (2005). Alternative Research strategies in the exercise – Mental Health Relationship. *Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymn.*, 35 (1).
- Van de Vliet, P., Onghena, P., Knapen, J., Fox, K. R., Probst, M., Van Coppenolle, H. & Pieters, G. (2003). Assessing the additional impact of fitness training in depressed psychiatric patients receiving multifaceted treatment: a replicated single-subject design. *Disability and Reahabilitation*, 25 (24), 1344-1353.
- Van Winkel, R., Myin-Germeys, I., De Hert, M., Delespaul, P., Peuskens, J. & Van Os, J. (2007). The association between cognition and functional outcome in first-episode patients with schizophrenia: mystery resolved? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 119-124.
- Verdoux, H. (2001). Complicações Obstétricas e Esquizofrenia In: Dallery, J. & D'Amato, T. (Eds.), *A Esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas* (pp. 75-84). Lisboa: Climepsi Editores.

- Vicente, A. M. & Ambrósio, A. (1997), Genetic strategies in Schizophrenia research. *Psiquiatria Clínica*, 18 (1): 25-33.
- Vilela, W. A. (1993). Os sintomas de Primeira Ordem In: Caetano, D., Frota-Pessoa, O., Bechelli, L. P. C. (Eds.), *Esquizofrenia. Atualização em Diagnóstico e Tratamento*, (pp. 39-49). São Paulo: Atheneu.
- Wehmeier, P. M., Kluge, M., Schneider, E., Schacht, A., Wagner, T. & Schreiber, W. (2007). Quality of life and well-being during treatment with antipsychotics in out-patients with schizophrenia. *Progress in Neur-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31, 703-712.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria of Research*. Geneva: World Health Organization.
- Xavier, M., Almeida, J. M. C., Martins, E., Barahona, B. & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20 (2), 5-17.

VI. ANEXOS
