

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

*A INVESTIGAÇÃO SOBRE ESQUIZOFRENIA EM PORTUGAL:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA*

JOANA ANDREIA RODRIGUES BARBOSA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo de Especialização
em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2013



*A INVESTIGAÇÃO SOBRE ESQUIZOFRENIA EM PORTUGAL:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA*

JOANA ANDREIA RODRIGUES BARBOSA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica no Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto Afonso

Coimbra, Abril de 2013

RESUMO

O que na atualidade se entende por Esquizofrenia é fruto de um conceito e de uma definição que sofreu e tem vindo a sofrer alterações. Em aproximadamente 100 anos, muito se evoluiu, sendo hoje claro que estamos perante uma patologia de elevada prevalência, de etiologia diversificada, cujo prejuízo para o indivíduo é grave e incapacitante. A comunidade científica internacional tem realizado grandes investigações, para que se possam promover intervenções fundamentadas que potenciem, à pessoa com esquizofrenia, qualidade de vida e participação plena enquanto cidadãos de direito.

Portugal, que sempre esteve atrasado na implementação das políticas de saúde mental internacionais, como tem vindo a estudar esta problemática? Como caminha e se direciona a produção académica nacional, relativa à esquizofrenia? A procura de resposta para estas questões, foi o motor do presente estudo, que tem como objetivo descrever e caracterizar a forma como tem sido estudada, a nível académico, a Esquizofrenia em Portugal.

Deste modo, realizou-se uma Revisão Sistemática de todas as Dissertações de Licenciatura, Dissertações de Mestrado e Teses de Doutoramento, até Novembro de 2012, integradas no *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)*, relativas ao tema Esquizofrenia, sendo a amostra final composta por 35 trabalhos.

A presente revisão permitiu perceber que os estudos de acesso aberto que têm por objeto a Esquizofrenia são, essencialmente, Dissertações de Mestrado, produzidas em pleno século XXI, desenvolvidas maioritariamente no Porto. Tratam-se de estudos primários observacionais que se focalizam na avaliação de doentes com esquizofrenia, escolhidos através de técnicas de amostragem não probabilísticas, em média compostos por 35 pacientes.

A análise da amostra permitiu levantar a possibilidade de a Esquizofrenia, em Portugal, ter sido uma doença que, ao longo de largos anos, se encontrou subavaliada.

Concluiu-se ainda que existe uma grande diversidade e dispersão de temáticas abordadas, dimensões avaliadas e instrumentos utilizados pelos investigadores que se dedicam ao estudo desta doença.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia; Revisão Sistemática; Portugal; Investigação Académica; RCAAP.

ABSTRACT

What we understand today has Schizophrenia is based on a concept and a definition that has changed and is still changing. In approximately 100 years, much has evolved, being clear that this is a disease of high prevalence, of diverse etiology, whose prejudice to the individual is serious and disabling. The international scientific community has made major investigations to promote substantiated interventions for people with Schizophrenia, so that they can potentiate quality of life and full participation as citizens in law.

How is Portugal, which has always been delayed on the implementation of international mental health policy, studying this issue? How are national academic studies targeted towards schizophrenia? The search for the answers for these questions was the starter for the present study, which it's objective is to describe and characterize the way that Schizophrenia has been studied in Portugal.

Therefore, we carried out a Systematic Review of all Bachelor, Master's and PhD Thesis, until November 2012, integrated into the *Open Access Scientific Repository of Portugal* (RCAAP) related to Schizophrenia, resulting on a final sample of 35 scientific papers.

This review led to realize that studies of open access that focus on Schizophrenia are, essentially, Master's Thesis, produced in the XXI century, developed mainly in Oporto. These are observational primary studies that focused on the evaluation of patients with Schizophrenia, chosen through non probabilistic sampling techniques, in average composed by 35 patients.

The study of this sample has shown the possibility that Schizophrenia in Portugal has been an undervalued disease for many years.

There is also the conclusion that there is a great diversity and dispersion of topics addressed, dimensions assessed and instruments used by researchers who are dedicated to the study of this disease.

KEYWORDS: Schizophrenia; Systematic Review; Portugal; Academic Research; RCAAP.

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	5
2. Materiais e Métodos	15
2.1. Concetualização da Investigação e Objetivos.....	15
2.2. Amostra.....	15
2.3. Procedimentos e Análise de Dados	17
3. Resultados	19
4. Discussão e Conclusões	29
5. Bibliografia	35

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Diagrama de Seleção da Amostra.....	16
<i>Figura 2.</i> Trabalhos Académicos por Década que visam o estudo da Esquizofrenia.....	19
<i>Figura 3.</i> Distribuição dos Três Tipos de Trabalhos Académicos que compõem a Amostra.....	20
<i>Figura 4.</i> Produção Académica por Área Geográfica.....	21
<i>Figura 5.</i> Distribuição da Produção Académica por Tema.....	21
<i>Figura 6.</i> Desenhos de Investigação dos Trabalhos Académicos.....	22

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1.</i> Temas abordados nos Estudos Primários e respetivas Amostras.....	23
<i>Quadro 2.</i> Listagem de Instrumentos usados para avaliar Sintomatologia, frequência e percentagem de utilização.....	25
<i>Quadro 3.</i> Listagem de Instrumentos usados para avaliar Famílias, frequência e percentagem de utilização	26

ÍNDICE DE APÊNDICES

<i>Apêndice A.</i> Tabela com os Títulos, Anos e Autores dos Trabalhos Académicos que compõem a Amostra	
<i>Apêndice B.</i> <i>Output</i> do SPSS relativo à Totalidade da Amostra em Estudo	
<i>Apêndice C.</i> <i>Output</i> do SPSS relativo aos Trabalhos académicos primários que visam Doentes com Esquizofrenia e respetivos Familiares ou Cuidadores	

1. INTRODUÇÃO

As significações da **Loucura** foram mudando ao longo dos séculos fazendo parte da história das sociedades e das suas concepções. A história da loucura e doença mental é feita de avanços e recuos, em que a hipótese seguinte contradiz a anterior e em que, com o passar dos anos, se vem a retomar o que foi deixado para trás. Apenas nos finais do século XVIII o “louco” cede o seu lugar ao doente mental e em Portugal, só no final do século XIX à loucura é conferido o estatuto de **Doença Mental**.

Em pleno século XIX, Emil Kraepelin traz um contributo inegável à Psiquiatria, com a sistematização da dicotomia entre pessoas sãs e doentes mentais, dividindo estas últimas entre neuróticas e psicóticas. O psiquiatra e pesquisador alemão, reconhecido como o criador da psiquiatria moderna, referia que as doenças mentais são principalmente causadas por desordens genéticas e biológicas, contrariando a abordagem de Freud de que a sua origem assentava em fatores psicológicos (Oliveira S. S., 2002).

Para Kraepelin as psicoses poderiam ser endógenas ou não endógenas, dependendo do seu carácter hereditário. As doenças mentais endógenas, por sua vez, eram classificadas em maníaco-depressivas e demências precoces. Numa perspetiva naturalista, o autor descreveu a “**Demência Precoce**” – hoje reconhecida por Esquizofrenia – e catalogou-a como até então não havia sido feito. Referiu que poderia apresentar três formas – Hebefrénica, Catatónica e Paranóide – e, com precisão, elencou os sintomas que ainda hoje se observam nesta patologia, não definindo nenhum como essencial para o seu diagnóstico. A escolha do nome para esta enfermidade, deixava implícito o seu aparecimento precoce e aquilo que considerava o seu critério evolutivo até um estado de enfraquecimento psíquico (Elkis, 2000; Lambert & Kinsley, 2006; Silva, 2006).

Poucos anos mais tarde (1908), Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, com base num longo e contínuo trabalho de observação de doentes, renomeou a “Demência Precoce” de Kraepelin, passando a chama-la de “**Esquizofrenia**”, de modo a que o termo refletisse o rompimento entre várias atividades psicológicas (do grego, *schizo* significa “clivagem” e *phrene* significa “funções psíquicas”) (Amaro, 2011; Lambert & Kinsley, 2006).

Com esta mudança de nome, Bleuler fez também o aperfeiçoamento de algumas variáveis, nomeadamente: o aumento da idade de início de aparecimento da doença (não necessariamente precoce), do processo evolutivo (não demencial), e da valorização de alguns sintomas que viriam a ser considerados essenciais para o seu diagnóstico (Elkis, 2000).

Mencionava que esta patologia se caracteriza por alterações do pensamento, do sentimento e das relações com o mundo exterior, onde estava presente uma cisão das funções psíquicas. Acrescentava que as ideias, com frequência, só em parte eram pensadas e que os conceitos perdiam a sua integridade. O grupo das esquizofrenias, era por si dividido em quatro subformas: a Paranoia, a Catatonía, a Hebefrenia e a Esquizofrenia Simples. No que respeita aos sintomas, o psiquiatra classificou-os em fundamentais (ambivalência, transtornos afetivos e alterações da associação) e acessórios (alucinações, delírios, alterações na fala e comportamento), considerando estes últimos produto dos primeiros (Bleuler, 2005).

De forma curiosa, durante largos anos, foram precisamente os sintomas acessórios que despertaram maior interesse por parte da comunidade científica.

Em pleno século XX, o conceito de Esquizofrenia foi evoluindo, passando, a seguir à sua origem, por uma fase de extrema expansão. Predominantemente nos Estados Unidos da América, diversos autores ampliaram de tal modo este conceito que determinadas patologias, como perturbações da personalidade e de humor passaram a ser erroneamente diagnosticadas como Esquizofrenias. A partir da década de 1970, os manuais de diagnóstico, nomeadamente as diferentes edições da DSM, foram estreitando o conceito de Esquizofrenia, de tal modo que este se tornou um dos mais restritos do mundo (Elkis, 2000).

Falar desta doença e da forma como foi vista e classificada, é também fazer alusão à classificação de Crow (1980), que propunha a sua divisão em dois tipos: Tipo I ou Positivo, cujos principais sintomas seriam alucinações e delírios; e Tipo II ou Negativo onde os sintomas associados eram o embotamento afetivo e a pobreza do discurso (Silva, 2006).

Na verdade, o que na atualidade se entende por Esquizofrenia é fruto de um conceito e de uma definição que sofreu e tem vindo a sofrer alterações. Desde a sua origem com Kraepelin, renomeação com Bleuler, foram diversos os investigadores e autores que têm vindo a debruçar-se sobre a mesma, deixando pequenos e grandes contributos na história da evolução deste conceito.

Olhando para a história facilmente se percebe que, embora esta doença exista desde sempre, apenas há um século tem vindo a ser fundamentada e estudada.

Hoje sabe-se que a intrigante Esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave e incapacitante, que compromete diversas áreas de funcionamento do indivíduo. Afeta tanto homens como mulheres, tendendo a manifestar-se entre os 15 e os 35 anos, diminuindo fora deste intervalo. A sua **prevalência** varia entre 0,5 e 1% da população adulta, estimando-se que atinja 24 milhões de pessoas em todo o mundo (Lambert & Kinsley, 2006).

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças – 10ª Edição (CID – 10), a Esquizofrenia assume-se como uma enfermidade complexa, expressa por distorções do pensamento, distorções de si e da realidade externa, inadequação e embotamento afetivo.

Trata-se de um quadro clínico complexo que compreende diversas manifestações psicopatológicas do pensamento, perceção, emoção, movimento e comportamento.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) fornece três categorias de **sintomas** para a Esquizofrenia, nomeadamente, os positivos, os negativos e os desorganizados (American Psychiatric Association, 2002). Os positivos são os que surgem como um novo sintoma, face ao funcionamento prévio, designadamente, as alucinações e os delírios. Os negativos dizem respeito à perda de aptidões do repertório de funcionamento normal do indivíduo, como a alogia, o embotamento afetivo, a abulia e o isolamento social. Já os sintomas desorganizados referem-se a padrões de pensamento e discurso frequentemente incoerentes.

Embora a **etiologia** da Esquizofrenia permaneça desconhecida, atualmente, ninguém questiona a sua relação com fatores genéticos.

Filho e Samaia (2000) concluem que 70 a 80 % da suscetibilidade para desenvolver a esta psicopatologia está relacionada com a genética, contudo também potenciam o risco de aparecimento desta enfermidade fatores pré e perinatais. Assumem a Esquizofrenia como uma doença complexa e comum, considerando que muito provavelmente é um transtorno etiologicamente heterogéneo.

Já Cruz, Salgado e Horta (2010), concordam com a possibilidade de a Esquizofrenia ser um quadro etiologicamente heterogéneo, assumindo que devem existir casos de Esquizofrenia “genética” e “ambiental”.

O avanço das técnicas de neuroimagem, deixa hoje claro que os doentes apresentam significativas alterações estruturais e funcionais, a nível cerebral, como o aumento do tamanho dos ventrículos, menor volume do cerebelo, perda de substância cinzenta em diversas áreas, atividade excessiva no tálamo, estriado, hipocampo, córtex orbitofrontal, entre outras. Já no que respeita à neuroquímica, sabe-se que existem alterações na dopamina e que a serotonina, a acetilcolina e o glutamato são vistos como agentes potenciais na Esquizofrenia (Lambert & Kinsley, 2006).

Rocha, Queirós, Aguiar, Marques, e Horta (2009) referem que Esquizofrenia varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo, apresentando-se como uma doença incerta na sua evolução. Para os autores, esta variabilidade é consequente da heterogeneidade do

processo patofisiológico da doença, a par com fatores biológicos, genéticos, ambientais e sociais, que tanto funcionam na qualidade de vulnerabilidades, como de elementos protetores.

Independentemente da procura constante de elementos que possam ajudar a perceber na plenitude a etiologia desta doença, muito se tem avançado, nos últimos anos, no que respeita à quantificação e qualificação da extensão dos seus **défices**. Tem sido crescente a investigação em volta desta temática, na medida em que, especialmente no último século, se busca uma compreensão mais ampla das diferentes manifestações da Esquizofrenia e das suas consequências.

São diversos os autores que assumem que as alterações cognitivas como um dos aspetos centrais da Esquizofrenia (Bonner-Jackson, Grossman, Harrow, & Rosen, 2010).

Adad, Cartro, e Mattos (2000), estimam que 40 a 60% dos indivíduos com Esquizofrenia apresentam **défices cognitivos**.

Não havendo consenso quanto ao curso do declínio, ao longo da doença, aparentemente os défices cognitivos são prévios ao seu aparecimento (Monteiro & Louzã, 2007).

Para Cruz, Salgado, e Rocha (2010), a Esquizofrenia é caracterizada por um prejuízo cognitivo generalizado associado a défices mais proeminentes na atenção sustentada, aprendizagem e memória verbal, memória de trabalho, funções executivas e linguagem. Consideram que as limitações cognitivas são geralmente estáveis ao longo do tempo, não dependendo da presença de sintomas negativos ou positivos, mas relacionando-se com as alterações funcionais características da doença.

Parece ser consistente, na maioria dos estudos revistos por Monteiro e Louzã (2007), que se verificam desempenhos mais baixos ao nível das áreas da atenção, funções executivas, memória de trabalho, memória e aprendizagem verbal, em indivíduos com Esquizofrenia.

Também para Bonilha e colaboradores (2008) os doentes manifestam um significativo comprometimento cognitivo que envolve a memória, atenção e funções executivas, incluindo a volição.

Num raro estudo de 20 anos de acompanhamento de indivíduos com diferentes patologias psiquiátricas, Bonner-Jackson, Grossman, Harrow, e Rosen (2010) concluíram que pacientes com Esquizofrenia mostraram menor velocidade de processamento, quando comparados com outros indivíduos com diferentes quadros.

Diversos investigadores defendem que o perfil Neuropsicológico dos pacientes com Esquizofrenia é tipicamente caracterizado por défices proeminentes na memória, aprendizagem, abstração, funções executivas, velocidade de processamento e atenção,

salvaguardando ainda assim que existem pacientes com desempenhos neuropsicológicos dentro dos parâmetros normais (Reichenberg, et al., 2009).

Em 2010, Reichenberg afirmou que os processos cognitivos que aparentam estar relativamente preservados na Esquizofrenia são as funções da linguagem, os processos perceptuais e a memória não declarativa, se bem que, o autor considere que esta última não tem sido alvo de investigação (Reichenberg, The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia, 2010).

Se para os diferentes autores existe evidência de uma significativa heterogeneidade cognitiva na Esquizofrenia, continua por clarificar se esta é melhor explicada por uma perda geral de funções, pela diversidade de pacientes ou se pelo comprometimento de capacidades específicas (Joyce & Roiser, 2007).

Embora a extensão dos défices não seja consensual na literatura, parece inegável, e atendendo ao descrito, que um número bastante significativo de pacientes apresenta alterações ao nível da atenção, memória, velocidade de processamento e funções executivas. Mas até que ponto estas se correlacionam com as alterações nos **desempenhos funcionais** dos acometidos?

Segundo Junior, Barbosa, Barbosa, Hara, e Rocha (2010), as alterações cognitivas são a principal causa de incapacidade funcional para o paciente portador de Esquizofrenia. Para Palmer, Dawes e Heaton (2009) a severidade dos défices cognitivos parece estar claramente associada à capacidade funcional dos indivíduos.

De acordo com Monteiro e Louzã (2007), apenas um número restrito de défices cognitivos apresenta correlação significativa com o prejuízo funcional. Referem que o funcionamento social se relaciona com a memória declarativa e vigilância e que a vida independente está correlacionada com as funções executivas, memória declarativa e memória operacional. Já o funcionamento ocupacional depende das funções executivas, memória declarativa, memória de trabalho e vigilância.

Independentemente das correlações encontradas, é sabido que a manifestação da sintomatologia varia com as características idiossincráticas e com o tempo, tendendo o efeito cumulativo da doença a ser grave e persistente, com prejuízo sociofuncional para o indivíduo (Souza & Coutinho, 2006).

Para o **doente**, a convivência com o transtorno é acompanhada de extremo sofrimento e limitações, sendo as suas consequências refletidas na vida afetiva, familiar, social e financeira, muitas vezes seguida de destruição dos sonhos, de sentimentos de menos valia e

incompreensão. Acrescem às limitações relatadas, as questões relativas à **estigmatização** e ao preconceito, que têm de ser enfrentadas quer pelos doentes, quer pelas suas famílias.

No entender de Oliveira e Fortunato (2007) “Ao longo dos séculos a loucura manteve um parentesco com as culpas morais e sociais que parece longe de ser rompido, permanecendo nas representações sociais, no imaginário, e contribuindo para o processo de estigmatização.” (p. 156).

A ideia de que o louco é violento e/ou agressivo, ganha especial peso quando se fala em doenças como a Esquizofrenia, o que em muito contribui para o estigma a esta associado. É de ressaltar que nos últimos anos, as evidências epidemiológicas têm mostrado que a associação entre Esquizofrenia e **violência** é um achado robusto (Valença, 2008; Teixeira, Pereira, Rigacci, & Dalgalarrodo, 2007; Cabral, Macedo, & Vieira, 2008). Ainda assim, Valença (2008) salvaguarda que, embora o transtorno mental possa funcionar como facilitador de comportamento violento, por si só não é gerador de conduta criminal.

Cabral, Macedo e Vieira (2008) referem, relativamente à Esquizofrenia e violência que a associação está longe de ser linear, uma vez que têm que ser tidos em conta uma grande variedade de fatores de risco. Mencionam que a referida associação se potencia com o baixo nível socioeconómico, o sexo masculino, o abuso de álcool e/ou consumo de substâncias ilícitas, com a presença de determinados delírios e/ou alucinações, entre outros. Os autores concluem que quando controlados estes fatores, que as taxas de violência são comparáveis à população normal (Cabral, Macedo, & Vieira, 2008).

A este respeito, é ainda de assinalar que os meios de comunicação social, pelo destaque que atribuem a casos pontuais, dentro da violência ou criminalidade existente, acabam por contribuir para a consolidação de falsos mitos a respeito da doença mental em geral e da Esquizofrenia em particular.

O estigma, sendo uma realidade presente no quotidiano da pessoa com Esquizofrenia, contribui para a perda da autoestima, desesperança, perda da cidadania e direitos e consequente diminuição das possibilidades sociais (Oliveira, Facina, & Júnior, 2012).

Como não poderia deixar de ser, a **família**, sendo considerada como uma continuidade do paciente, acaba por sofrer também com o processo de estigmatização. Numa fase inicial, alguns destes elementos tendem a negar a doença, fazendo com que o portador de Esquizofrenia se sinta ainda mais só e incompreendido, contribuindo eles próprios para a segregação. Há que perceber que no seio familiar, os diferentes membros são, muitas vezes, confrontados também eles com uma doença que desconhecem, sendo obrigados a conviver com a “bizarria” e estranheza.

O cuidador ou responsável, para além de ter que prestar os cuidados básicos ao doente como alimentação e higiene, de estar alerta para as alterações da conduta ou sintomatologia, de assegurar o cumprimento da medicação e de ter que suportar uma maior carga financeira oriunda da doença, vivencia ainda uma sobrecarga emocional pelo facto de lidar, constantemente, com o sofrimento do outro (Santana A. F., 2011).

Tudo isto faz com que as famílias ou cuidadores, tenham que ser também alvo de intervenção, o que de resto se encontra, atualmente, previsto nas políticas de saúde mental e diretrizes de atuação (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Acresce a este facto a necessidade de implementação na sociedade, de campanhas eficazes de desmistificação da doença mental, muito em particular da Esquizofrenia, para que se combatam falsos mitos e se mudem mentalidades.

Atendendo ao que tem vindo a ser descrito, facilmente se percebe que um quadro da amplitude da Esquizofrenia tenha originado, nos últimos anos, uma crescente preocupação relativa às respostas comunitárias e clínicas, mas também face à **Qualidade de Vida (QV)** percebida por estes pacientes.

A este respeito, diversos estudos mostram que a QV dos doentes depende da ocorrência de resultados positivos, no tratamento recebido nos serviços de saúde mental (Cesari & Bandeira, 2010). Já Santana, Chianca, e Cardoso (2009) referem que a evolução da doença interfere significativamente na QV dos pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia.

Na revisão sistemática realizada por de Souza e Coutinho (2006), a maioria dos estudos analisados apontavam para o facto de a QV, nos pacientes com Esquizofrenia, não estar associada a fatores como o estado civil, idade e escolaridade. Porém foi encontrada uma correlação positiva entre a QV e o facto de os doentes se encontrarem empregados, mesmo em trabalho assistido (Souza & Coutinho, 2006). Embora esta revisão tenha analisado um número significativo de investigações realizadas nos últimos anos, importa salientar que os resultados averiguados apontam para conclusões que chegam a ser discrepantes com o que referem outros autores.

Para Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu e Fonseca (2005), o estado civil é apontado como um dos melhores preditores da evolução da Esquizofrenia, no qual ser casado e ter uma adaptação psicossocial pré-mórbida adequada, aparenta estar relacionado com um prognóstico favorável da QV.

Onde parece existir algum consenso é no facto de os pacientes com Esquizofrenia que têm maior apoio social, apresentarem maior QV do que os que têm menor apoio (Rodríguez-Vidal, Casto-Salas, Sanhueza-Escobar, Valle-Utreras, & Martínez-Arriagada, 2011).

A complexidade do conceito de QV indica que se devem adotar formas de assistência que possibilitem ao doente lidar com diversos problemas que enfrenta no dia-a-dia, quer decorrentes da doença, quer do meio onde se encontra inserido (Galera & Teixeira, 1997).

Muito a ciência tem evoluído no que respeita às formas de **tratamento** e de intervenção perante a Esquizofrenia e longe vão os tempos dos comas induzidos por insulina, das lobotomias frontais, e da tão usada hidroterapia. Segundo Lambert e Kinsley (2006) a revolução no seu tratamento começou com o reconhecimento de esta se assume como um transtorno neurobiológico, resultante de malformações na estrutura e no funcionamento cerebral.

No que se refere à evolução nos últimos anos, a **farmacoterapia** não é exceção, sendo essencial no tratamento desta doença, encontra-se centrada na transmissão dopaminérgica. Os antipsicóticos ou neurolépticos, como são designados, atenuam a intensidade da sintomatologia, não curando a psicopatologia. Os antipsicóticos típicos foram os primeiros a ser descobertos e utilizados, apresentando bons resultados ao nível da sintomatologia produtiva, ainda assim, efeitos colaterais complexos como os extrapiramidais. Mais recentemente, foram introduzidos os atípicos ou de segunda ordem, que aparentemente produzem maior eficácia nos sintomas negativos (Tissot, Neto, & Elkis, 2003).

Embora alguns estudos indiquem que as vantagens destes fármacos têm tido sobrestimadas e as suas desvantagens subestimadas, é hoje claro que têm grande influência na diminuição da taxa de recaídas e hospitalização dos doentes (Morrison, et al., 2013).

Silva (2006), afirma que embora a medicação seja a espinha dorsal do tratamento, deve ser acompanhada de procedimentos integrados que incluem todos os níveis de intervenção.

Esta doença que é marcadamente neurobiológica carece de intervenções especializadas e fundamentadas que passem pela **reabilitação neuropsicológica**, muito para além das intervenções farmacológicas atuais. A reabilitação cognitiva, de acordo com diversos autores, tem-se revelado uma forma de intervenção promissora, com melhorias claras na cognição do doente. Intenta compensar ou promover competências neurocognitivas, baseando-se nos pressupostos da plasticidade cerebral (Marques, Queirós, & Rocha, 2006).

Em simultâneo, a **abordagem psicossocial**, torna-se imprescindível para voltar a organizar a vida do doente, devendo ser selecionada de acordo com a evolução do quadro psicopatológico e com as potencialidades do indivíduo. Dependendo de caso para caso, as formas de intervenção psicossocial poderão passar pela psicoterapia individual ou de grupo, abordagem psicossocial institucional (hospital de dia, internamento ou comunidade

terapêutica), grupos de autoajuda, intervenções familiares, sessões de psicoeducação, reabilitação vocacional, entre outras. A diversidade de propostas tem por base a multidisciplinaridade exigida às equipas, para que se possam complementar saberes, traçar objetivos e potenciar resultados. Todos ao mesmo nível, centrados no doente, com planos individualizados, Psiquiatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Técnico de Serviço Social e Enfermeiro devem procurar alear os conhecimentos técnicos específicos e promover o nível máximo de autonomia e funcionalidade à Pessoa com esquizofrenia.

Claro que o estabelecimento de um plano de intervenção tem que ter por base uma rigorosa **avaliação** do doente em que todos os aspetos até aqui mencionados devem ser tidos em conta e se possível mensurados.

Existem diversos instrumentos de avaliação, mas há que referir que nem todos são sensíveis aos défices presentes na Esquizofrenia, fazendo com que os técnicos tenham que realizar uma criteriosa seleção dentro da panóplia existente.

Aqui reveste-se de especial importância fazer referência ao “Grupo de Trabalho em Esquizofrenia” (GTE), que num artigo de revisão relativo à Cognição, Cognição Social e Funcionalidade, sistematizou os instrumentos mais usados para mensurar estas áreas na Esquizofrenia, fazendo algumas recomendações de utilização (Vaz-Serra, et al., 2010).

Relativamente à **Cognição** referem a possibilidade de utilização de diversas baterias de testes, nomeadamente: *Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status* (RBANS); *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia* (BACS); *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* (CANTAB) ou a sua versão portuguesa *Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira* (ACECF). Não obstante, o GTE considera que a bateria MATRICS – *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*, sendo específica para atender a alguns aspetos presentes na Esquizofrenia, revela-se a mais ajustada para avaliar a cognição nestes doentes (Vaz-Serra, et al., 2010).

No que respeita à **Funcionalidade** o GTE propõe a escala de Avaliação Global de Funcionamento das Relações (GARF – *Global Assessment of Relational Functioning*), a Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS – *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*) e a Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP – *Personal and Social Performance Scale*) (Vaz-Serra, et al., 2010).

Para avaliação da **Sintomatologia**, à semelhança do que tem vindo a ser descrito, também poderão ser usados diversos instrumentos, dos quais se deixam aqui alguns exemplos: PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale*; Escala de Avaliação de

Sintomas-90-R (SCL-90-R – *Symptom Checklist – 90 - Revised*); Inventário de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*); ou PSE – *Present State Examination*.

O mesmo de verifica para a avaliação da dimensão **Qualidade de Vida**, para a qual as escalas mais usuais são: Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia (QLS-BR – *Quality of Life Scale for Patients with Schizophrenia*); Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF – *World Health Organization Quality of Life – Bref*); Questionário de Qualidade de Vida –SF36; entre muitas outras.

Estes são apenas alguns exemplos de instrumentos disponíveis para mensurar áreas como cognição, funcionalidade, sintomatologia e qualidade de vida, já que, face ao avanço diário destas ferramentas, seria impossível resumir a sua totalidade neste trabalho.

Face ao que tem vindo a ser descrito, facilmente se percebe que o último século tem vindo a ser profícuo no que respeita ao enriquecimento do leque de saber relativo à Esquizofrenia. Como já foi referido, esta doença, que existe desde sempre, foi classificada pela primeira vez por Kraepelin e nomeada, como hoje se conhece, por Bleuler já no século XX.

Em aproximadamente 100 anos, muito se evoluiu, sendo hoje claro que estamos perante uma patologia de elevada prevalência, de etiologia diversificada, cujo prejuízo para o indivíduo é grave e incapacitante. As formas de avaliação e tratamento da Esquizofrenia têm também avançado significativamente, embora ainda não exista cura para esta doença. A comunidade científica internacional tem realizado grandes investigações, para que se possam promover intervenções fundamentadas que potenciem, à pessoa com Esquizofrenia, qualidade de vida e participação plena enquanto cidadãos de direito.

Portugal, que sempre esteve atrasado na implementação das políticas de saúde mental internacionais, como tem vindo a estudar esta problemática? Como caminha e se direciona a produção académica nacional, relativa à Esquizofrenia?

A procura de resposta para estas questões, foi o motor do presente estudo, que tem como **objetivo** descrever e caracterizar a forma como tem sido estudada, a nível académico, a Esquizofrenia em Portugal.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

No que respeita à conceptualização da investigação, pode dizer-se, que este estudo, apesar do seu carácter descritivo (já que visa descrever as características do objeto em estudo), apresenta um *design secundário* (uma vez utiliza a literatura já existente sobre estudos primários), **bibliográfico** e **documental**, realizado com recurso à **Revisão Sistemática** (RS). A RS refere-se à investigação científica realizada sobre dados já obtidos e que tem por finalidade reunir, avaliar criticamente e produzir uma síntese dos resultados de múltiplos estudos primários. Quanto ao coorte, o estudo é **Longitudinal** e **Retrospectivo**.

Tem como **Objetivo** descrever e caracterizar a forma como tem sido estudada, em termos académicos, a Esquizofrenia em Portugal. Para tal, realizou-se uma revisão sistemática de todas as Dissertações de Licenciatura, Dissertações de Mestrado e Teses de Doutoramento, até Novembro de 2012, integradas no *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal* (RCAAP), relativas ao tema Esquizofrenia.

Escolheu-se o portal RCAAP, uma vez que disponibiliza o acesso a literatura científica e académica cujo texto integral se encontra acessível. Percebeu-se que se trata de um agregador (meta-repositório) dos documentos depositados nos vários repositórios institucionais existentes não só em Portugal, como também no Brasil. Acresce ao descrito, o facto de diversas organizações de referência como a *European University Association*, o *Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas* e o *Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos* recomendarem a criação de repositórios institucionais e consequente utilização. Para que se cumprisse o objetivo do presente trabalho, o RCAAP, agregando a informação dos diferentes repositórios institucionais, revelou-se o mais ajustado motor de busca a utilizar.

2.2. AMOSTRA

Para proceder à recolha da amostra em análise no presente trabalho, estabeleceram-se, previamente alguns **critérios de inclusão**, nomeadamente: Dissertações de Licenciatura, Mestrado e Teses de Doutoramento, realizadas em Portugal, disponíveis no RCAAP, relativas ao tema Esquizofrenia.

Utilizou-se o RCAAP, como portal único para recolha da **amostra**, tendo-se selecionado a opção “*Pesquisar Apenas Recursos Portugueses*”, para garantir que a produção académica se encontrava publicada em Portugal. De seguida, no filtro “*Tipo de Documento*”, escolheu-se unicamente os três tipos pretendidos, neste caso: “*Dissertação de Licenciatura*”, “*Dissertação de Mestrado*” e “*Tese de Doutoramento*”. O descritor utilizado foi tão-somente a palavra “Esquizofrenia”. A escolha deste unitermo teve como função abarcar toda a produção académica que tratasse esta temática.

A pesquisa de produção científica ficou concluída em Novembro de 2012, tendo-se incluído, neste estudo, a totalidade de resultados encontrados, que cumpriam os **critérios de inclusão** estabelecidos, não tendo sido usado nenhum limite temporal.

O diagrama abaixo inscrito, sintetiza o processo de **seleção** da amostra até à obtenção de um número final de 35 investigações a incluir no presente estudo.

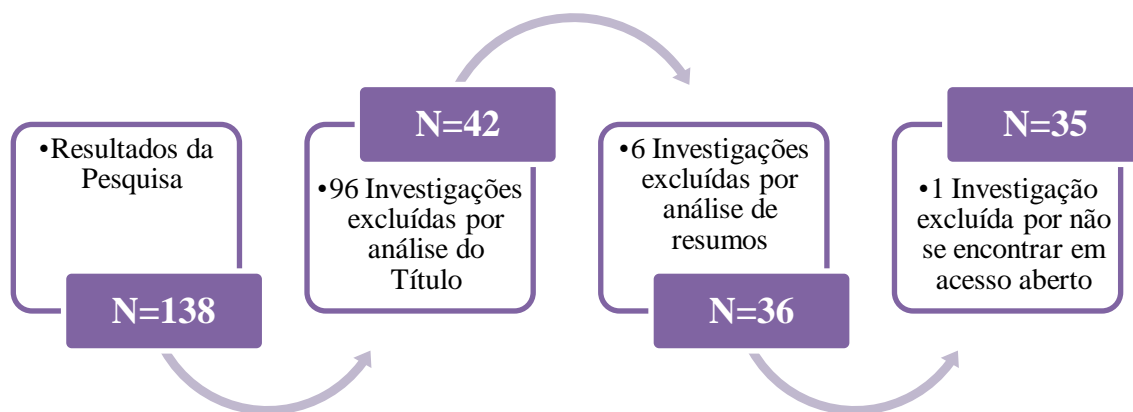


Figura 1. Diagrama de Seleção da Amostra

O resultado inicial da pesquisa, após realização dos passos já descritos, fez um total de 138 dissertações e teses, como se pode constatar na *Figura 1*. Numa primeira fase, excluíram-se 96, pela análise do título. O critério usado para sua exclusão, não foi o de conter a palavra Esquizofrenia no título, mas sim o facto de as temáticas abordadas não se relacionarem com a doença mental (Estudantes Universitários, Direitos Humanos, Idosos, entre outros) ou claramente abordarem outras psicopatologias (Alzheimer, Autismo, Transtorno Bipolar, etc.).

Numa segunda fase, foram analisados os resumos de todas as teses que não continham a palavra Esquizofrenia no título, tendo sido excluídas mais 6. Percebeu-se que estas usavam nos seus enquadramentos, pontualmente, a palavra Esquizofrenia apenas a título de exemplo.

Das 36 teses e dissertações escolhidas para análise de conteúdo, uma não se encontrava acessível no portal RCAAP, pelo que foi solicitada ao repositório de origem, neste caso ao Repositório Aberto da Universidade do Porto. Prontamente informaram que a referida tese de doutoramento havia sido retirada de acesso aberto, por motivo desconhecido. Por uma questão de consistência na recolha da amostra, optou-se por não solicitar a tese ao autor, já que o critério “acesso aberto” ficaria posto em causa.

Deste modo chegou-se ao número final de 35 Trabalhos Académico (Dissertações de Licenciatura, Mestrado e Teses de Doutoramento), relativos à Esquizofrenia, produzidos em Portugal.

2.3. PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

Descritos que estão os processos implementados para a seleção e recolha da amostra, seguir-se-á a explicitação dos procedimentos usados para tratamento da informação recolhida.

Foi construída uma base de dados no programa *Microsoft Office Excel 2007*, para que se pudesse sistematizar os seguintes dados, relativos à produção académica: “Ano, Autor e Título” (inscritos nos trabalhos); “Alocação e Link” (fornecidas pelo RCAAP); “Tipo de Trabalho” (licenciatura, mestrado ou doutoramento); “Instituição onde foi Apresentado”; “Nome da Graduação Frequentada pelo Autor”; “Localização Geográfica”; “Temática Abordada” (de acordo com os títulos); “Tipo de Estudo” (primário ou revisão); “Desenho da Investigação”; “Tipo e Dimensão da Amostra” (técnica de amostragem, por quem foi composta a amostra e número de participantes); “Período em que decorreu a investigação”; “Acompanhamento” (transversal ou longitudinal); “Seguimento” (prospetivo ou retrospectivo); “Principais Dimensões Avaliadas”; “Instrumentos ou Escalas de Avaliação Utilizados”; e “Principais Variáveis em Estudo”.

No que respeita às “Principais Dimensões Avaliadas” pelos autores (D), dividiu-se este parâmetro em 14 possibilidades, resultantes da necessidade de enquadrar a diversidade do material encontrado, que se passam a descrever: D1 Clínica (onde foram contemplados diagnóstico, duração da doença, evolução do quadro clínico, internamentos, sintomas, comportamento, entre outros); D2 Sociodemográfica (idade, género, escolaridade, estado civil, situação profissional ou ocupação, entre outros); D3 Família; D4 Funcionamento Social; D5 Funcionamento Global; D6 Personalidade; D7 Qualidade de Vida; D8 Desempenho Cognitivo; D9 Psicológica (expectativas, *coping*, motivação, imagem corporal,

perceção de si próprio e do suporte social; perceção da capacidade para lidar com a doença, entre outras); D10 Processamento Sensorial; D11 Linguagem; D12 Sono; D13 Atividade Física; D14 Situação Jurídica (tipo de arma usada, tipo de crime, tipo de vítima, etc.).

Relativamente aos “Instrumentos ou Escalas de Avaliação”, foram inscritos na base de dados, todos os utilizados pelos investigadores, tendo sido, por uma questão de organização, enquadrados em categorias semelhantes às descritas nas dimensões alvo de avaliação, exceto no que diz respeito à componente clínica, onde se achou por bem fazer uma maior especificação destes (como por exemplo, os que permitiram mensurar sintomatologia, questionários, entrevistas, consulta de processos clínicos, anamnese, etc.).

Como procedimento usado ao longo de toda a revisão, convém destacar que só foi realizada a recolha de dados constantes nos trabalhos, tendo-se optado pela sua não assunção em caso de dúvida e, logicamente, em caso de omissão.

Para proceder à recolha dos elementos referidos, utilizou-se ainda o *Mendeley Desktop* que permitiu arquivar e organizar a amostra, promovendo o rigor da sua análise, gestão, elaboração bibliografias e citações.

De cada dissertação ou tese, foram também retirados e colocados em tabelas os seus objetivos, principais conclusões e limitações, quando estes foram mencionados pelos autores.

Após conclusão dos passos referidos, fez-se a exportação da base de dados para o SPSS 19 – *Statistical Package for the Social Sciences*, a fim de realizar a análise descritiva dos mesmos, para que se pudesse alcançar o objetivo do presente estudo.

Na análise descritiva dos elementos referidos, fez-se recurso aos trabalhos académicos na sua totalidade (N=35), porém no que diz respeito aos dados “Tipo e Dimensão da Amostra”, “Principais Dimensões Avaliadas”, “Instrumentos ou Escalas de Avaliação Utilizados” e “Principais Variáveis em Estudo” optou-se por analisar unicamente os estudos primários, cujas amostras contemplassem Doentes com Esquizofrenia e/ou respetivos Familiares/Cuidadores (N=27)¹.

Resta ainda referir que foi criado um quadro com os Tipos de Estudo, Títulos e Autores da totalidade de trabalhos em análise, que se encontra passível de consulta no *Apêndice A*.

¹ Consultar *Output* do SPSS 19 referente aos 35 trabalhos em *Apêndice B* e *Output* relativo aos 27 trabalhos em *Apêndice C*.

3. RESULTADOS

Após descrição dos materiais e métodos, passam a expor-se os resultados da Revisão Sistemática realizada. Importa começar por realçar que a amostra em análise é constituída por de 35 trabalhos académicos relativos ao tema Esquizofrenia, dos quais constam 2 Dissertações de Licenciatura, 26 Dissertações de Mestrado e 7 Teses de Doutoramento.

O mais antigo data de 1911 e tem por título “*A Demencia Precoce (Estudo Clínico)*”, já o mais atual data de Julho de 2012 e intitula-se “*Qualidade de Vida, Satisfação com o Suporte Social e o Funcionamento Social na Esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados*”. Ao olhar para as datas de realização dos trabalhos poderia achar-se que se está a analisar 102 anos de investigação, porém, como se pode constatar na *Figura 2*, a produção académica situa-se a partir da década de 1980, com especial incidência depois do ano 2000, podendo a dissertação de 1911 ser vista como um caso isolado.

Este caso isolado de início de século, trata-se de uma Dissertação Inaugural para a obtenção do grau de Médico, apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Nele são descritos e classificados 5 casos clínicos de “Demência Precoce”, nas suas formas Hebefrénica, Catatónica e Paranoide, tal como havia sido proposto por Emil Kraepelin (Carvalho, 1911). “*A Demência Precoce (Estudo Clínico)*” é uma trabalho académico que pode ser considerado histórico, tanto mais quanto se percebe que estes casos eram seguidos por Dr. Júlio de Matos e Dr. Magalhães Lemos, também figuras que ficarão para sempre associadas à história da psiquiatria em Portugal.

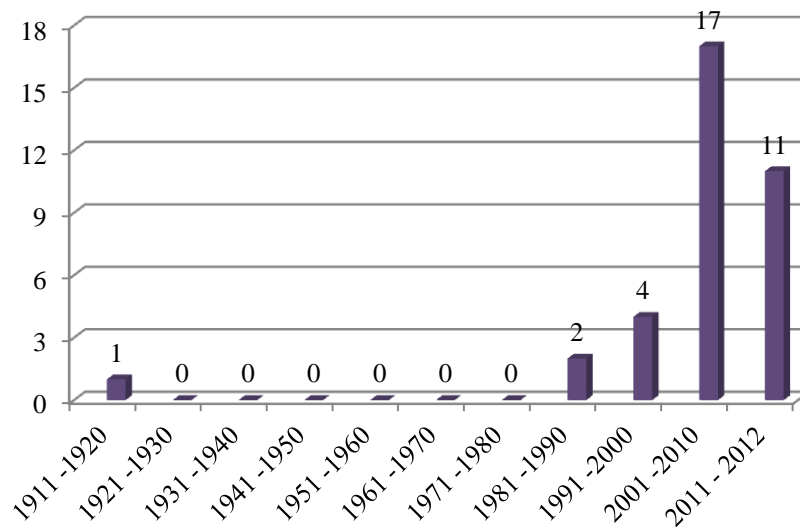


Figura 2. Trabalhos Académicos por Década que visam o estudo da Esquizofrenia

Voltando à análise da amostra, pôde observar-se também que a Esquizofrenia, sendo abordada nas três graduações possíveis, tem sido claramente mais investigada ao nível dos Mestrados (74,3%), no decorrer dos anos (*Figura 3*). Verificou-se ainda uma tendência recente para o aumento dos trabalhos doutorais referentes a este tema, já que das Teses de Doutoramento disponíveis em acesso aberto (7), 71,4% (5) foram apresentadas a partir do ano 2000.

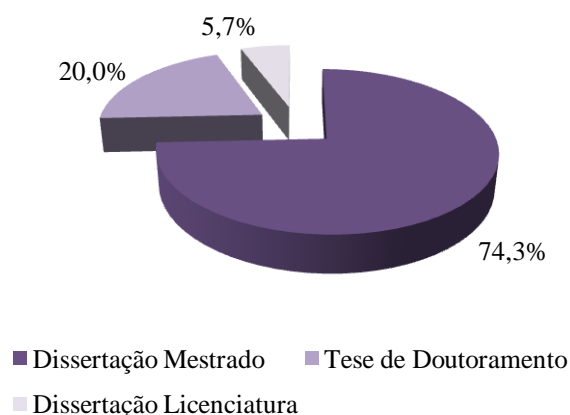


Figura 3. Distribuição dos Três Tipos de Trabalhos Académicos que compõem a Amostra

Atendendo ao facto de o RCAAP se tratar de um agregador dos documentos depositados nos vários repositórios institucionais existentes, tentou-se perceber a tendência das alocações da produção académica. Constatou-se que o Repositório Aberto da Universidade do Porto é claramente o que disponibiliza a maior percentagem de investigações (45,7%), seguido do *Repositório Instituto Superior de Psicologia Aplicada* (14,3%) e do *Repositório da Universidade de Lisboa* (11,4%). Com uma representatividade de 5,7 % surgem o *Repositório Institucional Universidade Católica Portuguesa* e o *Repositório Universidade Nova*. Por último, e em igual percentagem (2,9%), disponibilizam trabalhos académicos em número menor o *Repositório Científico Lusófona*, o *Repositório Digital Universidade de Coimbra*, o *Repositório Institucional da Universidade de Aveiro*, o *Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria*, o *Repositório Institucional Universidade Fernando Pessoa* e o *Repositório Universidade do Minho*.

Geograficamente observou-se que 51,4% dos trabalhos académicos relativos à Esquizofrenia são produzidas no Porto, 31,4% em Lisboa, 5,7% em Coimbra e Braga e 2,9% em Leiria e Aveiro (*Figura 4*).

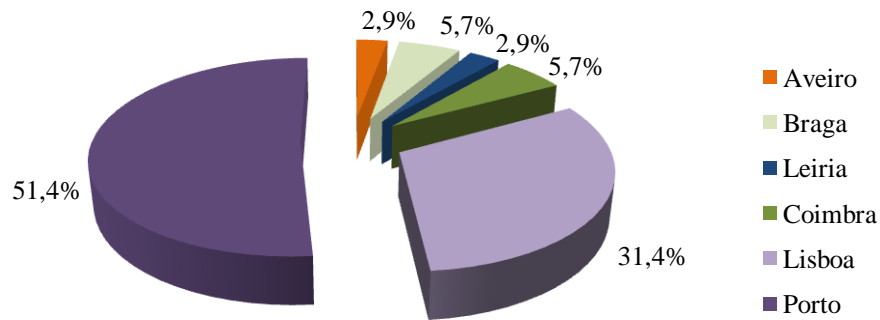


Figura 4. Produção Académica por Área Geográfica

Relativamente à área de estudo, constatou-se que a Esquizofrenia tem vindo a ser abordada de forma bastante diversificada, sendo estudada ao nível das Ciências Sociais, Ciências da Saúde, área Experimental, área Clínica, Forense, Epistemologia, entre outras.

Também as problemáticas alvo de investigação são bastante distintas, tendo-se percebido que a Esquizofrenia tem vindo a ser investigada em diferentes perspetivas (*Figura 5*). Das 35 investigações, 14,3% abordam questões mais ligadas à Psicopatologia em si, são elas História, Evolução, Epistemologia, Etiopatogénese e Mutações Diagnósticas. 11,4% são Estudos Clínicos ou Estudos de Caso, outros 11,4% focam-se nas questões do Crime e Inimputabilidade, 8,6% centram-se na problemática Qualidade de Vida, 14,3% incidem sobre a Família do doente com Esquizofrenia, 5,7% sobre questões inerentes ao Desempenho Cognitivo e 5,7% à Atividade Física. Os restantes 28,6% dispersam-se por temas como: eTerapia, Farmacologia, Genética, Imagem Corporal, Linguagem, Motivação, Obesidade, Perceção Sensorial, Relacionamento Interpessoal e Sono.

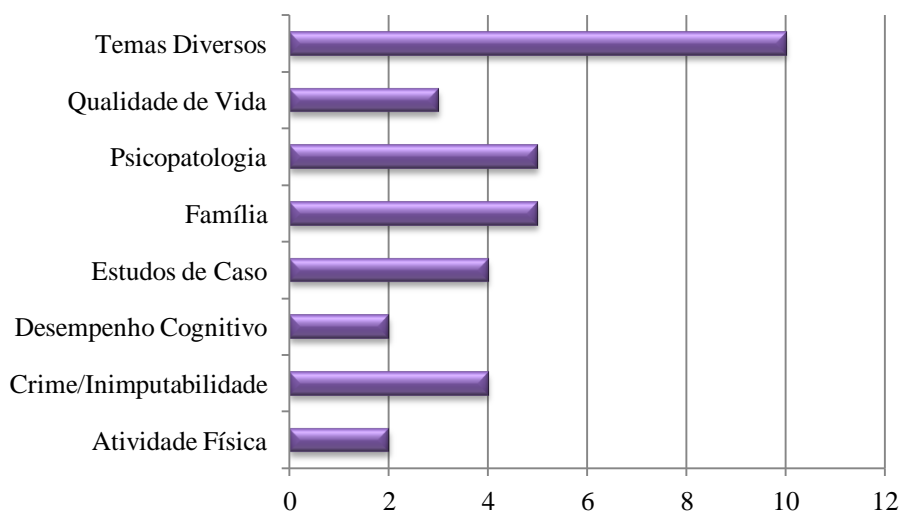


Figura 5. Distribuição da Produção Académica por Tema

A panóplia de interesses que desperta esta doença e consequente multiplicidade de investigações, inviabilizou a possibilidade de realização de uma revisão sistemática com metanálise, mas não impediu que se fosse mais longe na procura de conhecimento acerca do que tem sido produzido em Portugal.

No que concerne aos tipos de estudo que incidem sobre a Esquizofrenia (*Figura 6.*), observou-se que 82,9% (29) são trabalhos Primários ou de campo, dos quais 55,2% são *Observacionais Descritivos* (OB D), 20,7% *Observacionais Analíticos* (OB A), 10,3% *Experimentais* (EXP) e *Estudos de Caso* (EC), e 3,5% *Quasi-Experimentais* (Q-EXP).

Já as restantes 6 investigações, ou 17,1% da produção académica, são estudos de Secundários. Destes, 50% são *Revisões Narrativas* (RN), 33,3% *Revisões Sistemáticas Críticas* (RSC) e por fim 16,7 % são *Revisões Críticas* (RC). Neste grupo de trabalhos secundários, percebeu-se que 4 correspondem a Dissertações de Mestrado, e os restantes a 1 Tese de Doutoramento e 1 Dissertação de Licenciatura².

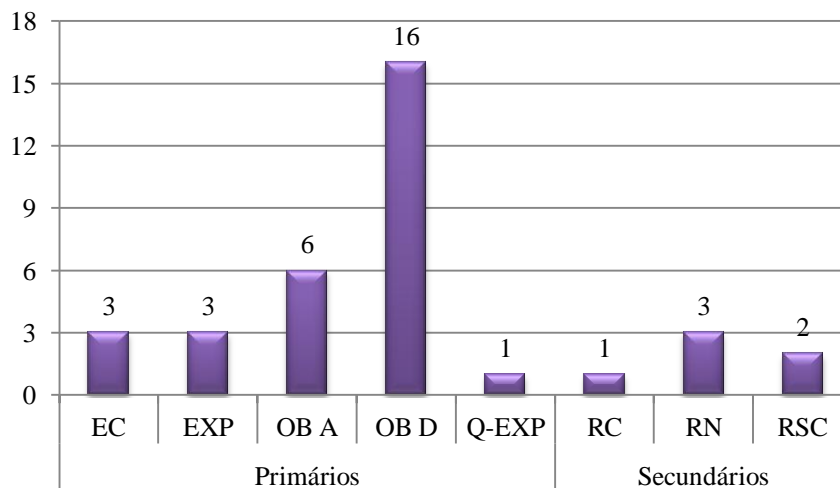


Figura 6. Desenhos de Investigação dos Trabalhos Académicos

Face ao exposto, optou-se por analisar, a partir deste ponto, os estudos primários, cujas amostras contemplassem Doentes com Esquizofrenia e/ou respetivos Familiares/Cuidadores. Assim, nesta fase, foram retirados os 6 estudos de revisão

² Os títulos e anos dos referidos trabalhos são, respetivamente: *Intervenção psicológica forense na área da saúde mental – Inimputabilidade* (2008); *Conceptualização Histórica da Esquizofrenia* (2010); *O papel da cannabis na etiopatogénese da esquizofrenia* (2010); *Compreender o crime na esquizofrenia - factores de risco e prevenção* (2010); *Epistemologia sistémica da psicopatologia contemporânea: anti-psiquiatria, esquizofrenia e terapia familiar como analisadores epistémicos* (1990); *Obesidade e síndrome metabólica na esquizofrenia* (2009).

mencionados, acrescidos de mais 2 que se centravam na análise de genes e em testes farmacológicos com ratinhos³, ficando a amostra em revisão a ser composta por 27 trabalhos.

No que respeita às temáticas abordadas (Quadro 1), observou-se que, destes 27 trabalhos, 18,5% estudam a Esquizofrenia sob a perspetiva Familiar, 14,8% são Estudos de Caso ou Clínicos, 11,1% olham a doença de acordo com a problemática Qualidade de Vida e, em igual percentagem, 7,4% estudam-na nas áreas da Atividade Física, Desempenho Cognitivo, Inimputabilidade e Psicopatologia. Os restantes 25,9% das investigações voltam a dispersar-se por diferentes temáticas, à semelhança do descrito para a amostra total.

Independentemente da forma de abordagem percebeu-se que as Amostras dos 27 trabalhos (N=1417) são compostas, como se pode constatar no Quadro 1, por Doentes com Esquizofrenia (N=780), por Famíliares/Cuidadores (N=264), por Reclusos (N=122), por Peritos (N=32) e ou por Controlos Saudáveis (N=219).

Quadro 1

Temas abordados nos Estudos Primários e respetivas Amostras

Tema	Estudos		Amostras					TOTAL
	Nº	%	Doentes	Famíliares/ Cuidadores	Controlos	Peritos	Reclusos	
Atividade Física	2	7,4%	20	0	0	0	0	20
Desempenho Cognitivo	2	7,4%	67	0	70	0	0	137
Estudos de Caso/Clínico	4	14,8%	8	0	0	0	0	8
Família	5	18,5%	52	264	50	0	0	366
Inimputabilidade	2	7,4%	0	0	0	0	122	122
Psicopatologia	2	7,4%	265	0	0	0	0	265
Qualidade de Vida	3	11,1%	168	0	0	0	0	168
Temas Diversos	7	25,9%	200	0	99	32	0	331
TOTAL	27	100,0%	780	264	219	32	122	1417

No que respeita aos Doentes com Esquizofrenia, constatou-se que 780 fizeram parte dos 22 trabalhos académicos que os visaram, numa média de 35 doentes por investigação.

Aqui convém destacar que 4 destes trabalhos, sendo estudos de caso/clínicos, são compostos apenas por um doente, o que condiciona claramente o valor médio apresentado.

Já os Famíliares ou Cuidadores de doentes com esquizofrenia foram avaliados em 5 investigações, num total de 264 pessoas, o que faz um valor médio de 53 por estudo.

³ Os títulos e anos dos referidos trabalhos são, respetivamente: *Finding genes underlying schizophrenia: retinoid and thyroid hormone hypotheses* (2007); *Esquizofrenia e análises forenses - Desenvolvimento de um método analítico para a quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS* (2011).

Os Reclusos com esquizofrenia foram avaliados apenas em dois trabalhos, perfazendo um somatório de 122 indivíduos.

É ainda de ressaltar, no que concerne às amostras dos 27 trabalhos primários em análise, que 92,6% resultaram de técnicas de amostragem não probabilísticas, o que significa que a maioria dos investigadores não conseguiu assegurar que fossem representativas de toda a população, nem determinaram a sua dimensão de modo a reduzir o erro, nem inferir o grau de confiança para os parâmetros da população.

No que se refere ao acompanhamento ou período de seguimento, observou-se que 59,3% dos trabalhos são Transversais o que significa que, a maioria dos dados referentes à Esquizofrenia, foram colhidos num único ponto no tempo, representando um corte transversal ou fotografia das características da mesma. Já 40,7% dos investigadores, optaram por um período de seguimento Longitudinal, mais ou menos longo, onde existiram pelo menos dois pontos no tempo em que foram colhidos dados que permitiram estudar as mudanças de estado que ocorreram na amostra, durante o período em que esta foi seguida. Quanto ao seguimento ou período de referência, isto é, o período a que se referem os dados que foram colhidos, verificou-se que das 11 investigações longitudinais, 72,7% (8) são estudos prospetivos e os restantes 27,3% (3) retrospectivos.

Pareceu, aqui, relevante saber que tipo de **Dimensões** são avaliadas ou observadas nos trabalhos académicos que têm por objeto o estudo da Esquizofrenia. Numa primeira análise, percebeu-se que as investigações de acesso aberto avaliam de uma a sete dimensões, num valor médio de 3,37. As mais estudadas são as dimensões Sociodemográfica e Clínica numa percentagem de 88,9% e 81,5%, respetivamente. A primeira consiste em recolher dados relativos às variáveis idade, género, estado civil, situação socioprofissional, ocupação, entre outras, referentes às amostras em estudo. Já a dimensão Clínica, diz respeito aos dados sobre os doentes, nomeadamente, diagnóstico, número de internamentos, sintomas, história de vida, história da doença, etc. Uma vez que estes trabalhos têm em comum a investigação da esquizofrenia, não admira que estas sejam as duas vertentes mais avaliadas, já que permitem que os investigadores consigam caracterizar as suas amostras.

Também as dimensões Psicológicas (44,4%), Desempenho Cognitivo (25,9%), Qualidade de Vida (22,2%), Família (18,5%) e Funcionalidade (Funcionamento Social 11,1% e Funcionamento Global 11,1%) assumem alguma expressão, dentro dos pontos de interesse dos diferentes investigadores.

Com menor representatividade, surgem na qualidade de áreas de avaliação e análise dimensões como a Personalidade (7,4%), Atividade Física (7,4%), Situação Jurídica (7,4%), Linguagem (3,7%), Processamento Sensorial (3,7%), e Sono (3,7%).

No que respeita à escolha dos **Instrumentos**, percebeu-se que os critérios entre investigadores são muito variáveis, atendendo à diversidade de escalas existentes.

Numa percentagem bastante expressiva de trabalhos, os autores optam por construir Questionários (33,3%) e realizar Entrevistas (29,6%) essencialmente para recolha de informações clínicas e sociodemográficas. Já 37,0% dos investigadores escolhe consultar os Processos Clínicos dos doentes com Esquizofrenia e 14,8% recorre à Anamnese, para complementar estas informações. Ainda no que concerne aos dados sociodemográficos, a análise da amostra permitiu perceber que apenas em dois trabalhos, foram recolhidos por meio de instrumentos estandardizados, foram eles o QLS – *Questionário Sociodemográfico e de Lazer* e o RSDS – *Inventário Sociodemográfico para Famílias*.

Relativamente à avaliação da Sintomatologia presente na esquizofrenia, as escalas usadas nas investigações em análise, foram, como se pode observar no Quadro 2: PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale*; SCL-90-R – *Symptom Checklist – 90 – Revised*; BDI – *Beck Depression Inventory* (Escala de Depressão de Beck); EAE-M - *Escala de Agressividade Expressa Modificada* (Overt Agression Scale – OAS); PSE – *Present State Examination*; AMDP – *Escala de Avaliação Psiquiátrica*; NPI – *Inventário Neuropsiquiátrico*; ISM – *Inventário de Saúde Mental*. Destas, destaca-se a PANSS como o instrumento que tem vindo a ser mais utilizado para avaliar a sintomatologia, correspondendo a 14,8% das escolhas dos investigadores.

Quadro 2

Listagem de Instrumentos usados para avaliar Sintomatologia, frequência e percentagem de utilização

	Freq.	%
PANSS – <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>	4	14,8
SCL-90-R – <i>Symptom Checklist – 90 – Revised</i>	2	7,4
BDI – <i>Beck Depression Inventory</i> (Escala de Depressão de Beck)	1	3,7
EAE-M – <i>Escala de Agressividade Expressa Modificada</i> (Overt Agression Scale – OAS)	1	3,7
PSE – <i>Present State Examination</i>	1	3,7
AMDP – <i>Escala de Avaliação Psiquiátrica</i>	1	3,7
NPI – <i>Inventário Neuropsiquiátrico</i>	1	3,7
ISM – <i>Inventário de Saúde Mental</i>	1	3,7

No que se refere à aferição do Funcionamento Social dos doentes com esquizofrenia, percebeu-se que são usados em igual proporção (3,7%) os seguintes instrumentos: SAFE/FAS – *Escala de Avaliação do Funcionamento Adaptativo Social*; PSP – *Escala de Desempenho Pessoal e Social* (*Personal and Social Performance Scale*); MSRIR – *The*

Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations. Relativamente ao Funcionamento Global, apenas uma investigação o mensurou nos pacientes, tendo feito recurso da GAF – *Global Assessment of Functioning* (Escala de Avaliação do Funcionamento Global).

Para mensurar os Desempenhos Cognitivos dos indivíduos com esquizofrenia 7,4% das escolhas recaíram sobre a bateria ACECF-FA – *Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira*; 7,4 % sobre a BACB - Bateria de Avaliação Cognitiva Breve (versão abreviada da Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira); já o MMSE – *Mini Mental State Examination* foi usado em 14,8% dos estudos.

O domínio Qualidade de Vida foi também quantificado através de 4 instrumentos em específico, são eles: QLS-BR – *Quality of Life Scale for Patients with Schizophrenia*; WHOQOL-BREF – *World Health Organization Quality of Life – Bref* (Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde); SF36 – Questionário de Saúde Reduzido; e o QAQV_AM – Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida construído por António Marques. Destes, destaca-se o WHOQOL-BREF, uma vez que foi usado em 14,8% das investigações.

No que concerne aos Familiares/Cuidadores de doentes com esquizofrenia, percebeu-se existir uma grande diversidade de escalas possíveis, dedicadas a diferentes domínios (Quadro 3). Dos 5 trabalhos académicos que se centram nas famílias ou cuidadores, verificou-se que todos usaram diferentes instrumentos de avaliação, pelo que se passam a nomeá-los: N-SFLQ – *North Family Life Questionnaire*; ENQ – *Educational Needs Questionnaire*; FIAS/EAEFR – *Family Involvement Assessment Scale* (Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação); FBIS-BR – *Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos*; Graffar – *Caracterização Social da Família de Graffar*; PFPQ – *Versão Portuguesa do Questionário de Problemas Familiares*; FACES IV – *Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar*; FRT – *Family Relations Test*.

Quadro 3

Listagem de Instrumentos usados para avaliar Famílias, frequência e percentagem de utilização

	Freq.	%
N-SFLQ – <i>North Family Life Questionnaire</i>	1	3,7
ENQ – <i>Educational Needs Questionnaire</i>	1	3,7
FIAS/EAEFR – <i>Family Involvement Assessment Scale</i>	1	3,7
FBIS-BR – <i>Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos</i>	1	3,7
Graffar – <i>Caracterização Social da Família de Graffar</i>	1	3,7
PFPQ – <i>Versão Portuguesa do Questionário de Problemas Familiares</i>	1	3,7
FACES IV – <i>Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar</i>	1	3,7
FRT – <i>Family Relations Test</i>	1	3,7

Relativamente ao domínio Psicológico, verificou-se uma grande dispersão, inerente aos diferentes objetivos de cada autor, pelo que se passam a descrever os instrumentos a que fizeram recurso: *Escala de Diferencial Semântico* usada para avaliar Conceitos; *Brief Cope* objetivou a avaliação do Coping; GCOS – *General Causality Orientations Scale* (Versão Portuguesa) utilizada para mensurar Motivações; DFH – *Teste do Desenho da Figura Humana de Goodenough Harris* escolhido pelo autor para analisar questões da Imagem Corporal; e a ESSS – *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

Também de forma pontual foram usados para avaliar a Personalidade o *Rorchach*; para o Processamento Sensorial a NBUS – *Newcastle Battery of Unpleasant Sounds*; para a Linguagem o *Protocolo de Pragmática*; para o Sono a PSQI – *Pittsburgh Sleep Quality Index*, a *Actigrafia* e o *Diário do Sono*; por último para mensurar a Atividade Física foram usados o IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire* e o 6MWT – *Six-Minuts Walk Test*.

A diversidade de instrumentos usados nos 27 trabalhos académicos primários, deixa mais uma vez claro que a Esquizofrenia tem sido alvo de curiosidade por parte de diferentes disciplinas do saber, sendo, conseqüentemente, investigada de formas bastante distintas. Não obstante, tentou-se sistematizar aquelas que foram as principais **Variáveis** analisadas nos referidos trabalhos, são elas: Clínicas (81,8%); Histórias de Vida (22,2%); Histórias Clínicas (26,6%); Sintomas (44,4%); Sociodemográficas (85,2%); Situações Jurídicas (7,4%); Funcionamento Familiar (3,7%); Suporte e Envolvimento (3,7%); Relações Familiares (3,7%); Necessidades Educacionais (3,7%); Sobrecarga Familiar (7,4%); Interação Social (3,7%); Funcionamento Social (11,1%); Funcionamento Global (11,1%); Personalidade (3,7%); Qualidade de Vida (22,2%); Funções Cognitivas (25,9%); Expectativas (3,7%); Orientações Motivacionais (3,7%); Agressividade (3,7%); Coping (3,7%); Imagem Corporal (3,7%); Capacidade para lidar com a doença (3,7%); Perceção de si, da doença e do processo de reabilitação (3,7%); Satisfação com o Suporte Social (3,7%); Processamento de Sons (3,7%); Perfil Pragmático (3,7%); Qualidade do Sono (3,7%); Ciclos do Sono (3,7%); Atividade Física (7,4%).

Tendo-se constatado que a forma de estudar a esquizofrenia, ao longo dos tempos, tem vindo a tornar-se mais variada, e em simultâneo mais específica, houve ainda a necessidade de se perceber quais são as principais **Limitações** com que se deparam os diferentes investigadores, em Portugal. Este levantamento só foi possível, obviamente, ao nível dos trabalhos académicos que apontaram as dificuldades sentidas ao longo das suas investigações.

Das 27 dissertações ou teses em revisão, observou-se que apenas 18 faziam menção às limitações encontradas, das quais 5 se centram nas problemáticas das famílias ou cuidadores e as restantes 13 na observação e análise de doentes com Esquizofrenia.

No que concerne aos trabalhos que abordam as problemáticas familiares, percebeu-se como traço comum que os investigadores apontam os tamanhos reduzidos das amostras como limitadores às suas investigações. Constatou-se ainda que elencam dificuldades em aceder aos dados relativos às famílias, bem como a estudos nesta área em Portugal. Outra das questões apontadas, remete para o facto de as famílias/cuidadores que se propõem a colaborar nos estudos, aparentemente são também as mais apoiantes e consequentemente as que acolhem no seu seio doentes com maior adesão à terapêutica, o que poderá não representar a maioria de famílias de doentes com Esquizofrenia.

Relativamente aos 13 trabalhos que se centram nos doentes, percebeu-se que 72,2% apontam como limitação, mais uma vez, o facto de terem usado amostras pequenas, ou porque não chegam a resultados concretos com os seus estudos, ou porque estes não são passíveis de serem inferidos para a população em geral. Acrescenta-se ainda que 16,6% dos autores aponta questões metodológicas usadas para a seleção da amostra. 11,1% dos trabalhos, referem ser necessário perceber os efeitos secundários da medicação para que estes não tragam viés às suas conclusões. Em igual percentagem, os investigadores mencionam a dificuldade em aceder a instituições de Saúde Mental, bem como em obter as necessárias autorizações pelas comissões de ética, em tempo útil, para a realização dos trabalhos. Muitas outras limitações são referidas, encontrando-se estas associadas às especificidades de cada trabalho, pelo que se passam a descrever alguns exemplos: a consulta dos processos clínicos não assegura a inexistência de erros diagnósticos; baixo número de sessões para testar programas de intervenção; idade avançada de doentes; escolha de instrumentos de compreensão difícil; heterogeneidade ou homogeneidade no género dos participantes; ausência de bibliografia específica; ausência de grupo controlo; entre outras.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Após descrição dos resultados encontrados e antes de se dar início à discussão dos mesmos, importa começar por reconhecer que este trabalho apresenta algumas limitações, nomeadamente, em virtude de ter sido usado o RCAAP como fonte única para a recolha de trabalhos académicos, admitindo-se que a opção tomada poderá ter deixado a descoberto algumas produções nacionais de relevo.

Assim sendo, a Revisão Sistemática realizada concentrou-se na produção académica portuguesa, relativa à temática Esquizofrenia, disponível em acesso aberto, até Novembro de 2012. A amostra final, resultante da pesquisa efetuada, era composta por **35 trabalhos académicos**, dos quais faziam parte 2 Dissertações de Licenciatura, 26 Dissertações de Mestrado e 7 Teses de Doutoramento, compreendidas entre o período de 1911 a 2012.

Ao observar os 102 anos de trabalhos académicos, verificou-se que 85,7% foram produzidos em pleno **século XXI**, o que deixa entender que, em Portugal, o interesse sobre a Esquizofrenia tem vindo a crescer em especial na última década, na qual foram realizadas 28 das 35 investigações em revisão. O facto de não existirem publicados em acesso aberto quaisquer estudos entre 1911 e 1984, pode levar a crer que, devido ao peso das instituições hospitalares e políticas de institucionalização presente à época, o acesso a esta população pudesse ser difícil. Tal como já foi mencionado, o próprio conceito de esquizofrenia encontrava-se em fase de redefinição, o que poderia levantar grandes dificuldades de pesquisa. De lembrar que só da década de 1970, os manuais de diagnóstico começaram a estreitar a sua definição e classificação, por forma a que, presentemente, este conceito se tornasse um dos mais restritos do mundo (Elkis, 2000). Poderá ter sido a reforma da saúde mental em Portugal, nos finais da década de 90, onde se oficializava a necessidade de criação de uma rede diversificada de respostas articuladas entre si, que potenciou uma maior aproximação entre o doente e a comunidade e consequente necessidade de investigação acerca destas problemáticas.

No que se refere ao tipo de estudos encontrados, pôde constatar-se que a Esquizofrenia tem sido claramente mais estudada ao nível dos **Mestrados (74,3%)**, seguida dos Doutoramentos (20,0%). Seria expectável, atendendo às reestruturações no ensino superior, que se tivessem encontrado mais Dissertações de Licenciatura, nomeadamente, antes do ano de 2006, altura em que se dá o “Processo de Bolonha” em Portugal. Porém, tal não ocorreu, levando a ponderar que a Esquizofrenia fosse estudada por profissionais que,

trabalhando ou não na área da psiquiatria/psicologia, tiveram interesse em aprofundar os seus saberes relativos a esta doença, após a sua formação de base. De resto, esta tendência parece manter-se ao longo do tempo, uma vez que das Teses de Doutoramento disponíveis em acesso aberto, 57,1% foram apresentadas a partir do ano 2007.

Ao tentar perceber a distribuição geográfica dos estudos académicos que visaram a Esquizofrenia em Portugal, verificou-se ainda que 88,5% dos estudos são produzidos no **Porto, Lisboa e Coimbra**. Assumindo-se que estes distritos são os que têm maior tradição ao nível do ensino superior, julga-se que estes dados poderão estar, em simultâneo, relacionados com o facto de nestas regiões se encontrarem as maiores e mais antigas instituições psiquiátricas portuguesas, hoje grandes centros hospitalares. Poderá levantar-se aqui a possibilidade de a existência destas instituições, a par das recentes políticas de inclusão do doente mental na comunidade, poderem contribuir para um maior interesse acerca desta problemática.

Constatou-se também que em Portugal a maioria das investigações realizadas sobre a Esquizofrenia são estudos **primários** (82,9%), o que traduz uma clara vontade de contribuir para um aumento de conhecimento acerca desta patologia, para a procura de novos dados e de novos saberes. Tendencialmente os desenhos de investigação desta problemática são **observacionais** (75,9%), nos quais os investigadores não intervêm, optando por descrever apenas determinados acontecimentos ou características. Não havendo cura para a esquizofrenia e numa fase em que se pretende que os tratamentos promovidos ao doente possam potenciar as suas capacidades e promover as suas competências, esperava encontrar-se, na amostra em revisão, mais investigações de carácter experimental. Foi curioso constatar que das 3 investigações experimentais encontradas, 2 foram realizadas no âmbito de doutoramentos, o que poderá levantar a possibilidade de ser necessário mais tempo para a sua realização, ou até de esta carecer de que os seus autores tenham tido contacto profissional com esta doença, para que, fazendo recurso dos seus saberes empíricos possam levar a cabo tão ambiciosos trabalhos.

Ainda no que respeita aos desenhos das investigações sobre a Esquizofrenia, concluiu-se que os períodos de seguimento, na sua maioria, são **Transversais** (59,3%) mostrando que grande parte dos autores opta por olhar a esquizofrenia num momento único. Dentro do leque de investigações **Longitudinais**, constatou-se que 8 são Prospetivas revelando que só uma pequena parte dos trabalhos tendem a estimar a evolução do quadro clínico a partir da adoção de determinado tratamento ou intervenção.

Relativamente às **amostras** usadas nos estudos primários, percebeu-se que 780 **Doentes** fizeram parte dos 22 trabalhos académicos que os visaram, o que representa um valor médio de 35 indivíduos com esquizofrenia por estudo. Já no que respeita aos Familiares ou Cuidadores, observou-se um valor médio superior usado nas amostras de 53 pessoas por investigação. De relembrar que em 92,6% dos trabalhos a técnica de amostragem escolhida pelos autores foi precisamente a Não Probabilística. Estes dados remetem para algumas das limitações apontadas pelos próprios autores e que já anteriormente foram referidas. Para estes, foi claro que o uso de amostras de pequena dimensão, quer de doentes, quer de familiares, prejudica as conclusões dos estudos e conseqüente aumento de conhecimento sobre a Esquizofrenia. Alguns chegam ainda a apontar como limitadora a técnica de recolha de amostra escolhida, que se constatou ser, na maioria destas, de conveniência. Mais uma vez, este dado remete, possivelmente, para as dificuldades em aceder à população com esquizofrenia, ou até para a existência de *timings* curtos na entrega de trabalhos académicos, o que dificulta a escolha de processos de amostragem em que se perceba o quão representativos são da população ou universo (Ribeiro, 2008).

No que diz respeito às amostras com **Familiares ou Cuidadores**, a revisão mostrou que, embora sejam um pouco maiores, são mais difíceis de incluir nas investigações, já que os estudos apontam que os dados sobre os familiares não se encontram devidamente sistematizados nos processos clínicos dos doentes com esquizofrenia. Numa fase em que “*Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007/2016*” preconiza que os clientes possam estar cada vez mais inseridos na comunidade e que seja prestado o devido apoio às famílias e assegurado o acesso destas aos serviços de saúde, torna-se difícil perceber como é que dados básicos de identificação e contacto com os principais cuidadores não sejam elementos chave dos processos destes doentes (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Relativamente às **dimensões** alvo de avaliação, percebeu-se que a análise de elementos Sociodemográficos e Clínicos perpassa quase totalidade de trabalhos, o que seria expectável já que todos os autores que trabalham esta problemática contemplam nos seus objetivos a caracterização das amostras em estudo. Depois destas, seguiram-se as dimensões Psicológicas (44,4%), Desempenho Cognitivo (25,9%), Qualidade de Vida (22,2%), Funcionalidade (22,2%) e Família (18,5%), como as que despertam maior interesse nos investigadores. Com menor representatividade, surgem a Personalidade (7,4%), Atividade Física (7,4%), Situação Jurídica (7,4%), Linguagem (3,7%), Processamento Sensorial (3,7%), e Sono (3,7%). Olhando para estes dados facilmente se conclui que os estudos que visam a

Esquizofrenia são muito distintos e que representam, eventualmente, os interesses e formação académica de cada autor em particular. Como já foi referido a Esquizofrenia apresenta uma tão grande extensão e multiplicidade de défices que pode contribuir, indiretamente, para que a investigação se disperse ao longo dos mesmos.

Em consequência da variedade de dimensões avaliadas na Esquizofrenia, percebeu-se também que a escolha de **instrumentos**, por parte dos investigadores, é igualmente dispersa. Em termos genéricos, constatou-se que o instrumento mais usado para avaliar a sintomatologia presente na esquizofrenia em Portugal é a PANSS, tendo sido também usados a SCL-90-R, o BDI, a EAE-M, o PSE, a AMDP, o NPI e o ISM.

No que respeita à avaliação da Funcionalidade Social e Global, nenhum instrumento se destacou, tendo-se percebido que as produções académicas usaram os seguintes: SAFE/FAS, PSP, MSRIR e a GAF. Neste parâmetro, o GTE propõem ainda o recurso à GARF e à SOFAS (Vaz-Serra, et al., 2010).

Relativamente aos Desempenhos Cognitivos percebeu-se que a escala de eleição entre os autores é a MMSE, seguida da bateria ACECF-FA ou da sua versão reduzida BACB. Estas duas últimas possibilidades são também consideradas ajustadas pelo GTE, porém o instrumento recomendado para a mensuração da componente cognitiva é a MATRICS, que se constatou não ter sido usada em nenhum dos trabalhos em revisão. Segundo o grupo de trabalho, este instrumento é o mais adequado para avaliar a cognição nos doentes com esquizofrenia (Vaz-Serra, et al., 2010). Embora o MMSE, não esteja presente nas propostas dos autores, percebe-se que possa ser introduzido em alguns trabalhos para despistar a presença de défices cognitivos, se bem que a sua qualificação e quantificação deva passar sempre pela aplicação de uma bateria mais completa e ajustada à população com Esquizofrenia, como é o caso da MATRICS.

Tal como já foi referido, no que toca à avaliação dos Familiares/Cuidadores, percebeu-se que são usados instrumentos que, não sendo específicos para nenhuma patologia em particular, visam a análise das famílias no geral, no que respeita às suas necessidades educacionais, envolvimento, sobrecarga, caracterização social, adaptabilidade e coesão, entre outras.

Em resumo, esta revisão permitiu perceber que os estudos de acesso aberto que têm por objeto a Esquizofrenia são, essencialmente, Dissertações de Mestrado, produzidas em pleno século XXI, desenvolvidas maioritariamente no Porto. Tratam-se de estudos primários observacionais que se focalizam principalmente na avaliação de doentes com esquizofrenia, escolhidos através de técnicas de amostragem não probabilísticas, em média compostos por

35 pacientes. As suas temáticas são diversificadas, porém destacam-se os estudos que incidem sobre a Evolução da Psicopatologia, sobre a Família/Cuidadores, a Qualidade de Vida, os Desempenhos Cognitivos, a Inimputabilidade e a Atividade Física.

A análise da amostra em estudo permite levantar a possibilidade de a Esquizofrenia, em Portugal, ter sido uma doença que, ao longo de largos anos, se encontrou subavaliada do ponto de vista académico, atendendo ao parco número de trabalhos encontrados. Contudo, esta tendência parece ter-se invertido, em especial na última década, onde se verificou um claro aumento da investigação referente a esta temática.

Conclui-se que existe uma grande diversidade e dispersão de temáticas abordadas, dimensões avaliadas e instrumentos utilizados pelos investigadores que se dedicam à ao estudo da Esquizofrenia. Neste contexto, Marques-Teixeira (2007), num editorial que tem por título “A Intrigante Esquizofrenia”, refere que a multi-heterogeneidade presente na Esquizofrenia acaba por dificultar os processos de investigação referentes à mesma, apontando como questões centrais as que se relacionam com a definição do próprio quadro psicopatológico, bem como dificuldade de concentrar amostras de tamanho significativo que permitam a criação de grupos de doentes mais homogéneos.

Este tipo de abordagem parece indicar uma situação que é simplesmente intrínseca à patologia, na verdade porém, no presente trabalho, não fica claro se a dispersão encontrada se relaciona com a heterogeneidade característica da doença, se com questões metodológicas, se com os diferentes interesses dos investigadores, se com as disciplinas que a investigam, ou se porventura com explorações analíticas pouco sustentadas na prática clínica. De facto, na maior parte dos trabalhos analisados, não é uma realidade perceptível o circuito Prática Clínica – Investigação – Prática Clínica. No entanto, a sua operacionalização seria desejável, em termos futuros, permitindo que as investigações académicas pudessem responder às dificuldades sentidas no contacto diário com esta doença.

Neste contexto, seria importante propor que se testassem mais modelos de intervenção que têm vindo a ser preconizados a nível internacional. Com o reconhecimento de que a Esquizofrenia se apresenta como um transtorno neurobiológico, seria interessante, por exemplo, que se pudessem implementar e testar programas de Reabilitação Cognitiva para estes doentes, cujos resultados fossem divulgados em plataformas de acesso aberto, como o RCAAP. Em fase de reestruturação da psiquiatria em Portugal e dos modelos de intervenção que aproximam cada vez mais o doente da comunidade e valorizam a respostas reabilitativas e de integração sócio-profissional, poderia ser importante que se mensurassem e analisassem os resultados práticos destas medidas, que de resto vão existindo um pouco por todo país.

Programas de reabilitação profissional financiados, levados a cabo de forma séria e amplamente monitorizada, que resultados têm na prática numa doença como a Esquizofrenia? Servirão estes aos desafios genuinamente reabilitativos ou serão apenas resposta de ambulatório nas quais é possível manter os doentes por algum tempo, devidamente estabilizados, diminuído com isso a sobrecarga das famílias e até a número de internamentos? Serão os progressos destes doentes transitórios ou os ganhos alcançados com as intervenções psicossociais serão sustentáveis no tempo?

Numa fase em que os tratamentos para a Esquizofrenia, segundo Marques-Teixeira (2007), se encontram longe de ser adequados, seria essencial que se criassem grupos de trabalho em Portugal, à semelhança do GTE, que pudessem conciliar profissionais e académicos, e que fomentassem a coesão e a sinergia dos trabalhos de investigação relativos a esta temática.

5. BIBLIOGRAFIA

Adad, M. A., Castro, R. d., & Mattos, P. (2000). Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 22(Supl I), pp. 31-34.

Amaro, F. (2011). Eugen Bleuler. *Revista de Psiquiatria* , 24, 5-7.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Bleuler, E. (2005). *Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bonilha, L., Molnar, C., Horner, M. D., Anderson, B., Forster, L., George, M. S., et al. (2008). Neurocognitive deficits and prefrontal cortical atrophy in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* , 101, 142-151.

Bonner-Jackson, A., Grossman, L. S., Harrow, M., & Rosen, C. (2010). Neurocognition in schizophrenia: A 20-year multi-follow-up of the course of processing speed and stored knowledge. *Comprehensive Psychiatry* , 51(5), 471-479.

Cabral, A. S., Macedo, A., & Vieira, D. N. (Novembro/Dezembro de 2008). Da Doença Mental à Violência. *Repositório Institucional do CHUC* , X(6), pp. 13-20.

Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N., & Fonseca, J. O. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos de Saúde Pública* , 21(5), 1338-1348.

Carvalho, A. C. (1911). *A Demencia Precoce (Estudo Clínico)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

Cesari, L., & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , 59(4), 293-301.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Cruz, B. F., Salgado, J. V., & Rocha, F. L. (2010). Associação entre déficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica* , 37(5), pp. 233-239.

Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 22(Supl I), 23-26.

Filho, H. P., & Samaia, H. (2000). Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl 1), pp. 2-4.

Galera, S. A., & Teixeira, M. B. (Maio de 1997). Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5, pp. 69-75.

Joyce, E. M., & Roiser, J. P. (Maio de 2007). Cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), pp. 268-272.

Junior, B. d., Barbosa, M. d., Barbosa, I. G., Hara, C., & Rocha, F. L. (2010). Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul*, 32(2), pp. 57-63.

Lambert, K., & Kinsley, C. H. (2006). *Neurociência clínica - as bases neurobiológicas da saúde mental*. São Paulo: Artmed.

Marques, A. J., Queirós, C., & Rocha, N. B. (2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), pp. 109-116.

Marques-Teixeira, J. (2007). A intrigante esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9(1), 7-9.

Monteiro, L. d., & Louzã, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl 2), pp. 179-183.

Morrison, A. P., Wardle, M., Hutton, P., Davies, L., Dunn, G., Brabban, A., et al. (2013). Assessing Cognitive Therapy Instead Of Neuroleptics: Rationale, study design and sample characteristics of the ACTION trial. *Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(1), 82-89.

Oliveira, F. B., & Fortunato, M. L. (2007). Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Vivência*, 32, 155-161.

Oliveira, R. M., Facina, P. C., & Júnior, A. C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309-316.

Oliveira, S. S. (2002). Trechos da História da Loucura. *Interacções*, 2, 106-120.

Palmer, B. W., Dawes, S. E., & Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review*, 19, pp. 365-384.

- Reichenberg, A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience* , 12(3), 383-392.
- Reichenberg, A., Harvey, P. D., Bowie, C. R., Mojtabai, R., Rabinowitz, J., Heaton, R. K., et al. (2009). Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. *Schizophrenia Bulletin* , 35, 1022-1029.
- Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., Marques, A., & Horta, M. P. (2009). Relação entre neurocognição e qualidade de vida em pessoas com esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa* , 22(1), pp. 71-82.
- Rodríguez-Vidal, M., Casto-Salas, M., Sanhueza-Escobar, V., Valle-Utreras, A. d., & Martínez-Arriagada, J. (Abril de 2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *AQUICHAN* , 11(1), pp. 66-76.
- Santana, A. F. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares*. Universidade Federal de Uberlândia. Psicologia.pt.
- Santana, A. F., Chianca, T. C., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , 58(3), 187-194.
- Silva, R. C. (2006). Esquizofrenia: Uma Revisão. *Psicologia USP* , 17(4), 263-285.
- Souza, L. A., & Coutinho, E. S. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 28(1), pp. 50-58.
- Teixeira, E. H., Pereira, M. C., Rigacci, R., & Dalgalarrodo, P. (2007). Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , 56(2), 127-133.
- Tissot, M. C., Neto, M. R., & Elkis, H. (2003). Os antipsicóticos de nova geração e suas meta-análises. *Revista de Psiquiatria Clínica* , 30(6), 229-232.
- Valença, A. M. (2008). Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários – estudo de série de casos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , 57(4), 253-260.

Vaz-Serra, A., Palha, A., Maria Luísa Figueira, A. B.-P., Brissos, S., Casquinha, P., Damas-Reis, F., et al. (2010). Cognição, Cognição Social e Funcionalidade da Esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058.

APÊNDICE A

TÍTULOS E AUTORES DOS TRABALHOS DE LICENCIATURA, MESTRADO E DOUTORAMENTO QUE COMPÕEM A
AMOSTRA EM REVISÃO

Nº	TIPO	TÍTULO	AUTOR
1	TD	Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia	(Brito, 2011)
2	DM	Avaliação da qualidade de vida e estilos de <i>coping</i> na Esquizofrenia	(Meireles, 2012)
3	DL	Obesidade e Síndrome Metabólica na Esquizofrenia	(Costa, 2009)
4	DL	A Demência Precoce (Estudo Clínico)	(A. C. P. de Carvalho, 1911)
5	DM	Qualidade de Vida, Satisfação com o Suporte Social e o Funcionamento Social na Esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados	(Carneiro, 2012)
6	DM	Esquizofrenia e Análises Forenses – Desenvolvimento de um método analítico para a quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS	(A. I. S. Ferreira, 2011)
7	DM	Analysis of the Unpleasantness of Sounds by Schizophrenic Patients	(Freitas, 2007)
8	DM	Efeitos de uma Intervenção focada na Estimulação da Consciência Corporal em Pacientes Esquizofrénicos: a imagem corporal em questão	(J. M. B. Ferreira, 2008)
9	DM	Análise da Componente Pragmática da Linguagem de Pessoas com Esquizofrenia	(Rocha, 2007)
10	DM	Estudo de um caso de esquizofrenia	(Graça, 1999)
11	TD	Os Caminhos da Esquizofrenia	(Cardoso, 2000)
12	TD	Relações Interpessoais na Esquizofrenia Paranoide – Estudo Experimental	(Figueira, 1984)
13	TD	Esquizofrenia e Família: repercussões nos filhos e cônjuge	(J. C. M. de Carvalho, 2012)
14	TD	Epistemologia Sistémica da Psicopatologia Contemporânea: Anti-psiquiatria, Esquizofrenia e Terapia Familiar como analisadores epistémicos	(Gameiro, 1990)
15	DM	A relação entre os padrões do ciclo sono-vigília e os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia	(Afonso, 2008)
16	DM	Avaliação das Necessidades Educacionais dos Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia – Contribuição para a validação de um questionário	(Santos, 2011)
17	TD	Finding genes underlying schizophrenia: Retinoid and thyroid hormone hypotheses	(Neto, 2007)
18	TD	Introdução de ferramentas multimédia num contexto de terapia – Estudo exploratório aplicado à terapia de pacientes esquizofrénicos	(Freire, 2012)
19	DM	Nível de atividade física em indivíduos com esquizofrenia: Estudo de aplicabilidade de um questionário	(Finisterra, 2011)
20	DM	Actividade física e desportiva para indivíduos com Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo: implantação de um programa e análise da aplicabilidade de um teste de capacidade funcional	(Gomes, 2011)
21	DM	Do Universo ao Multiverso da Esquizofrenia - Estudo de Caso	(Almeida, 2009)
22	DM	Intervenção psicológica forense na área da saúde mental – Inimputabilidade	(F. A. C. B. de Sousa, 2008)
23	DM	Família, Doença Mental e Reabilitação Psicossocial – Estudo da relação entre a percepção que as famílias de doentes psicóticos têm de si, da doença e da reabilitação e o seu envolvimento no processo de reabilitação psicossocial	(Silva, 2004)
24	DM	Conceptualização Histórica da Esquizofrenia	(A. S. R. da S. F. Oliveira, 2010)
25	DM	Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia - Considerações Psicodinâmicas	(S. P. S. de Oliveira, 1999)
26	DM	O papel da cannabis na etiopatogénese da Esquizofrenia	(Andrade, 2010)
27	DM	Compreender o crime na esquizofrenia - factores de risco e prevenção	(Moreira, 2010)
28	DM	Desempenho cognitivo em doentes com esquizofrenia e com dependência de substâncias. Estudo comparativo com doentes com esquizofrenia e com indivíduos dependentes de substâncias	(Nogueira, 2009)
29	DM	Motivação e Esquizofrenia: Avaliação de Défices Motivacionais numa Amostra Portuguesa de Pessoas com Esquizofrenia em Contexto de Reabilitação Psicossocial: Contributo para a Validação da <i>General Causality Orientations Scale (GCOS)</i>	(Soares, 2009)
30	DM	A política de Saúde Mental como instrumento de promoção da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia	(A. J. P. S. Marques, 2002)
31	DM	Da Loucura à Doença Mental da Doença Mental à Inimputabilidade – Avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional	(E. T. Marques, 2003)
32	DM	Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos e sua relação com a depressão	(Dias, 2011)
33	DM	Mutações Diagnósticas – A Propósito da psicose unitária	(R. F. G. T. de Sousa, 2000)
34	DM	Cognição e Esquizofrenia: Estudo neuropsicológico para discriminação dos domínios cognitivos mais afetados	(Sá, 2011)
35	DM	Esquizofrenia e Crime – Contributo para o estudo da agressividade dos Inimputáveis Perigosos	(Cunha, 2003)

Legenda: Dissertação de Licenciatura – DL; Dissertação de Mestrado – DM; Tese de Doutoramento - TD

APÊNDICE B

APÊNDICE C