



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Efeitos de terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia: uma revisão sistemática

Bruna Heloísa Cardoso Isabelinha

Orientador(es) | Gabriela Almeida
A. Cruz-Ferreira
Janete Maximiano

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Efeitos de terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia: uma revisão sistemática

Bruna Heloísa Cardoso Isabelinha

Orientador(es) | Gabriela Almeida
A. Cruz-Ferreira
Janete Maximiano

Évora 2021



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente | Maria da Graça Santos (Universidade de Évora)

Vogais | A. Cruz-Ferreira (Universidade de Évora) (Orientador)
Catarina Lino Pereira (Universidade de Évora)

“Pés, para que os quero, se tenho asas para voar?”

Frida Khalo

Agradecimentos

Cinco anos e meio se passaram desde o início da minha vida acadêmica e não há sentimento mais gratificante do que ver todo o meu esforço e dedicação refletidos no culminar deste trabalho, apesar dos contratemplos impostos pela COVID-19.

Por detrás de todo este trabalho existiram pessoas maravilhosas que me apoiaram incansavelmente e me deram força, dia após dia, quando a exaustão por vezes me atingia.

Assim, começo pelos principais responsáveis por este sonho de ser Mestre ser possível: aos meus queridos pais. Obrigada por me terem dado a oportunidade de poder estudar e adquirir mais conhecimento. Bem sei do vosso esforço e sou-vos grata todos os dias!

A toda a minha restante família mais chegada (irmão, cunhada, sobrinha e avós), agradeço-vos por todo o vosso carinho e por torcerem por mim nesta jornada.

Obrigada à Professora Doutora Gabriela Almeida, minha orientadora desde a Licenciatura, por me apoiar e me acompanhar neste meu fascínio pela saúde mental. Agradeço todos os seus ensinamentos ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Ana Cruz Ferreira o meu sincero obrigado por toda a dedicação, disponibilidade e paciência nas infinitas horas a analisar artigos e a elaborar a metodologia.

Agradeço também à Professora Janete Maximiano pela sua partilha de conhecimento sobre saúde mental. Foi uma mais-valia.

Muito obrigado professoras, por me terem dado força para dar o meu melhor!

Quero ainda agradecer a toda a minha família do coração (Sandrine Cadot, Maria Góis, Daniela Neto e às minhas afilhadas académicas), pela vossa atenção e apreço, por se preocuparem comigo e, acima de tudo, por acreditarem sempre em mim.

Por isto e muito mais, agradeço a todos do fundo do coração, pois contribuíram para que esta dissertação seja uma realidade. Sem vocês não faria sentido!

ÍNDICE GERAL

Índice de Tabelas	IX
Índice de Figuras	X
Lista de Abreviaturas	XI
Resumo	XII
Abstract	XIII
1. Introdução	1
2. Revisão da literatura	6
2.1. Perturbação psicótica	6
2.1.1. Esquizofrenia	7
2.2. Sintomas negativos	10
2.2.1. Embotamento afetivo	10
2.2.2. Anedonia	12
2.2.3. Avolição	14
2.2.4. Isolamento social	15
2.2.5. Alogia	18
2.2.6. Comprometimento do planeamento de ação.....	20
2.2.7. Lentificação psicomotora	23
2.3. Escalas para avaliação de sintomas negativos	25
2.3.1. Escala de síndrome positiva e negativa (PANNS)	26
2.3.2. Escala de avaliação de sintomas negativos (SANS)	26
2.3.3. Entrevista de avaliação clínica para sintomas negativos (CAINS)	28
2.4. Terapias orientadas pelo corpo	29
2.4.1. Terapias de <i>embodiment</i>	29
2.4.2. Artes criativas	32
2.4.2.1. Terapia de dança/movimento	33
2.4.2.2. Arteterapia	36
2.4.2.3. Musicoterapia	38
2.4.2.4. Dramaterapia	40
2.4.3. Intervenções <i>mind-body</i>	42

2.4.3.1. Tai-Chi	43
2.4.3.2. <i>Mindfulness</i>	44
2.4.3.3. Yoga	47
2.4.4. Psicoterapia corporal	49
3. Metodologia	52
3.1. Pesquisa	53
3.2. Critérios de seleção	59
3.3. Seleção de estudos	59
3.4. Extração dos dados	60
3.5. Avaliação da qualidade metodológica	60
3.6. Síntese de dados	63
4. Apresentação dos resultados	64
4.1. Seleção dos estudos	64
4.2. Qualidade metodológica	66
4.3. Características dos estudos	68
4.4. Características da intervenção	69
4.5. Efeitos das Terapias Orientadas pelo Corpo	80
4.5.1. Efeitos de todas as Terapias Orientadas pelo Corpo nos sintomas negativos	80
4.5.2. Efeitos de cada tipo de intervenção das Terapias Orientadas pelo Corpo nos sintomas negativos	81
4.6. Força da evidência científica	82
5. Discussão	88
5.1. Qualidade metodológica	90
5.2. Características dos estudos	91
5.3. Variáveis dependentes investigadas	93
5.4. Instrumentos de avaliação utilizados	93
5.5. Efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo	94
5.6. Efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo	95
5.7. Força da evidência científica dos efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo	96

5.8. Força da evidência científica dos efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo	97
5.9. Síntese	99
5.10. Reflexões e recomendações	99
6. Limitações	101
7. Conclusões	102
8. Referências	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estratégias de pesquisa	54
Tabela 2: Escala de PEDro	62
Tabela 3: Qualidade metodológica dos estudos experimentais segundo a escala de PEDro	67
Tabela 4: Descrição dos estudos científicos	72
Tabela 5: Força de evidência dos sintomas negativos (valor total) de todas as terapias orientadas pelo corpo	84
Tabela 6: Força de evidência dos sintomas negativos (subvariáveis) de todas as terapias orientadas pelo corpo	85
Tabela 7: Força de evidência dos sintomas negativos (valor total) em cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo	86
Tabela 8: Força de evidência dos sintomas negativos (subvariáveis) em cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do Processo de Seleção	65
---	----

Lista de Abreviaturas

AMS – *Área Motora Suplementar*

BES – *Best Evidence Synthesis*

BPRS – *Brief Psychiatric Rating Scale*

BVS – *Biblioteca Virtual em Saúde*

CAINS – *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms*

CANSAS – *Collaboration for the Advancement of Negative Symptom Assessment in Schizophrenia*

CCA – *Cortéx Cingulado Anterior*

CMP – *Cortéx Motor Primário*

CPF – *Cortéx Pré-frontal*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale*

PEDro – *Physiotherapy Evidence Database*

PRS – *Psychopathology Rating Scale*

RCT – *Randomized Controlled Trial*

SANS – *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*

Efeitos de terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia: uma revisão sistemática

RESUMO

Background: numa fase estabilizada da esquizofrenia evidenciam-se os sintomas negativos, sobre os quais as terapias orientadas pelo corpo podem atuar.

Objetivos: conhecer a força da evidência científica dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia.

Metodologia: a pesquisa realizou-se através do Pubmed, Cochrane, Web of Science, APAPsycNet, Science Direct, Scopus e Portal Regional da BVS. Foi avaliada a qualidade metodológica dos estudos através da escala do PEDro e realizada a síntese de dados.

Resultados: 18 estudos incluídos investigaram as seguintes intervenções: artes criativas, *mind-body* e psicoterapia corporal. Foram investigados sintomas negativos (valor total), embotamento afetivo, anedonia, avolição, alogia, isolamento social e lentificação psicomotora.

Conclusão: Há evidências científicas fortes que as terapias orientadas pelo corpo não promovem efeitos positivos na avolição, quando esta é avaliada através da escala SANS e que as artes criativas reduzem o valor total dos sintomas negativos, quando avaliado pela PANSS.

PALAVRAS-CHAVE: Adultos; Saúde Mental; Psicose; Artes Criativas; *Mind-body*; Psicoterapia Corporal; *Embodiment*; Psicomotricidade

Effects of body-oriented therapies on the negative symptoms of people with schizophrenia: a systematic review

ABSTRACT

Background: in a stabilized phase of schizophrenia, negative symptoms are evident, on which body-oriented therapies can act.

Objectives: to know the strength of scientific evidence of the effects of body-oriented therapies on the negative symptoms of people with schizophrenia.

Methodology: the research was carried out through Pubmed, Cochrane, Web of Science, APAPsycNet, Science Direct, Scopus and the VHL Regional Portal. The methodological quality of the studies was assessed using the PEDro scale and data synthesis was performed.

Results: 18 included studies investigated the following interventions: creative arts, mind-body and body psychotherapy. Negative symptoms (total value), affective blunting, anhedonia, avolition, alogia, asociality and psychomotor slowing were investigated.

Conclusion: There is strong scientific evidence that body-oriented therapies do not promote positive effects on avolition when it is assessed using the SANS scale and that the creative arts reduce the total value of negative symptoms when assessed by PANSS.

KEY-WORDS: Adults; Mental health; Psychosis; Creative Arts; Mind-body; Body Psychotherapy; Embodiment; Psychomotricity

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia está enquadrada dentro das perturbações psicóticas e tende a emergir entre o início da vida adulta e o meio da quarta década de vida. Quanto mais precoce o início da perturbação, pior é o seu prognóstico (APA, 2013). Esta perturbação é caracterizada por sintomas positivos, cognitivos e negativos (Bervoets et al., 2013). Os sintomas positivos englobam: delírios, alucinações, comportamento e pensamento desorganizados (APA, 2013). Relativamente aos sintomas cognitivos, encontram-se alterações ao nível da função executiva (memória de trabalho e atenção) e disfunções de redes cortico-temporais frontais, relacionadas não só com a memória, mas também com estímulos sonoros (Millan, Fone, Steckler & Horan, 2014). Numa fase em que os surtos estão mais estabilizados e os sintomas positivos controlados, evidenciam-se os sintomas negativos, sendo estes: diminuição da expressão emocional, avolia, alogia, anedonia e isolamento (APA, 2013). Existem alguns autores que se referem ainda a “sintomas motores”, onde se enquadra a lentificação psicomotora e o planeamento de ação. Deste modo, a esquizofrenia envolve comprometimentos no processamento e controlo básico motor (Abboud, Noronha & Diwadkar, 2017). A lentificação psicomotora é encontrada na literatura associada à sintomatologia negativa (Bervoets et al., 2013; Walther & Strik 2012), nomeadamente à avolição e aos déficits de planeamento (Walther, 2015). Já o planeamento de ação, é apenas associado à avolição (Liemburg et al., 2015).

Cada vez mais se tem vindo a perceber que é fulcral que haja intervenção ao nível da sintomatologia negativa, pois tem um papel importante a longo prazo para a perturbação e para o seu prognóstico (Galbusera, Finn & Fuchs, 2016; APA, 2013). Foi a carência de tratamento para os sintomas negativos que foi abrindo novos caminhos a abordagens mais abrangentes e interdisciplinares, que incluem o conceito de *embodiment* (Martin, Koch, Hirjak & Fuchs, 2016). Este conceito é referente à interação entre o corpo e a mente (Martin et al., 2016; Tschacher, Giersch & Friston, 2017), em que ambos se influenciam mutuamente. É precisamente a bidirecionalidade e a estreita ligação entre mente e corpo que abre oportunidades para possíveis terapias. As terapias que atuam na melhoria da consciência corporal, promovem a expressão emocional e a capacidade de resposta interpessoal podem ter benefícios ao nível do alívio de sintomas negativos (Tschacher et al., 2017). No caso da esquizofrenia, verifica-se um *disembodiment*, isto é, um fraco senso de si mesmo. Assim, enfatiza-se a necessidade de se promover experiências corporais para originar mudanças ao nível das emoções e comportamentos,

nomeadamente no caso de perturbações mentais, onde o diálogo verbal pode, por vezes, ser difícil. De acordo com a abordagem do *embodiment*, o afeto e a cognição não se refletem apenas na postura e movimento corporal, também são influenciados por eles. Deste modo, terapias orientadas pelo corpo são terapias que têm como base o *embodiment* (Martin et al., 2016).

A psicomotricidade é definida como uma terapia mediada pelo corpo que sublinha a natureza essencialmente não verbal no seu modo de ação (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). É baseada numa visão holística do ser humano (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010), na medida em que tem em conta a mente e o corpo (Probst et al., 2010; Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019), integrando aspetos físicos, emocionais e cognitivos, bem como a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial (Probst et al., 2010).

A psicomotricidade é uma terapia complementar (Probst et al., 2010), cujo grande objetivo é tornar possível a restauração do corpo e a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, através de aprendizagem psico-percetivo-motora (Giromini, Albaret, & Scialom, 2015). Assim, através de uma vivência lúdica e relacional do corpo expressivo, prático e instrumental, proporciona-se o prazer do funcionamento do corpo (Joly, 2014). É removida a dualidade corpo/psique e as situações criadas em sessão são vivenciadas, pensadas e apreciadas (André, Benavidès, & Giromini, 2004).

Ao defender a união entre o corpo e a psique, a terapia psicomotora encontra o seu lugar em serviços de saúde mental (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019), uma vez que os sintomas psiquiátricos têm impacto no corpo (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019; Albaret, Corraze, Soppelsa, & Golly, 2012). Contudo, note-se que os fenómenos psiquiátricos também podem emergir dos físicos, verificando-se uma relação entre as habilidades motoras intencionais e as manifestações psicológicas (Albaret et al., 2012). Em psicomotricidade utiliza-se bastante as mediações corporais, isto é, um mediador na relação entre o paciente e o terapeuta (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019; Joly, 2014), para promover o trabalho terapêutico (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019), podendo ser um objeto concreto (e.g. lápis, instrumento musical, brinquedo, plasticina), um objeto cultural (e.g. pintura, teatro, ouvir música), ou até, uma técnica corporal (e.g. dança, relaxação, yoga ou artes marciais) (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). Estas mediações pretendem incentivar a expressão e a estruturação psicocorporal do paciente, colocando em jogo o corpo físico e psíquico (Goyty, 2014). Ao se utilizar todas

as possibilidades expressivas do corpo, como a voz, o tocar, o olhar e o movimento, capacita-se o paciente no sentido de redescobrir as suas potencialidades imaginárias, tornando-as em representações por meio da expressividade (André et al., 2004).

Mais especificamente, no caso de pessoas que sofrem com esquizofrenia, deparam-se com fenómenos de despersonalização, colocando em causa a sua identidade. O corpo vai ser a sede da expressão do sofrimento mental, dando forma à doença (Goyty, 2014). Deste modo, o propósito da psicomotricidade é incentivar o indivíduo a reinvestir no seu corpo (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019; Goyty, 2014), percebendo-o como objeto permanente, relativamente controlável e como lugar de necessidades que o sujeito é capaz de satisfazer. Através desta redescoberta do corpo haverá uma tentativa de reapropriar limites corporais, sensações (Goyty, 2014), liberdade de movimento (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019; Goyty, 2014) e até dar sentido à identidade do sujeito. Neste sentido, o psicomotricista vai ter um papel fulcral para restaurar o equilíbrio psico-corporal da pessoa e oferecer experiências que possam ajudar o paciente a melhorar a sua unidade psico-corporal (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

Para averiguar o estado da arte sobre os efeitos de terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia, foi realizada uma pesquisa prévia das revisões sistemáticas, pois constituem a melhor evidência científica. Que seja do nosso conhecimento, existem apenas duas revisões sistemáticas com meta-análise que abordam: i) Efeitos das terapias *mind-body* baseadas na meditação nos sintomas negativos da esquizofrenia (Sabe, Sentissi & Kaiser, 2019). Esta revisão sistemática incluiu yoga, tai-chi, qi-gong e *mindfulness*, tendo concluído que existe um pequeno efeito no benefício das intervenções mente-corpo nos sintomas negativos em comparação ao tratamento usual (farmacológico). Quando analisados os subgrupos das intervenções, perceberam que, apesar da heterogeneidade, existiram efeitos positivos nos sintomas negativos com a intervenção de *mindfulness* e de yoga; ii) Efeito das terapias *mind-body* e do exercício físico aeróbico nos sintomas negativos da esquizofrenia (Vogel et al., 2019). Nesta revisão foram incluídos exercícios mente-corpo, exercícios aeróbicos e treino de resistência. Concluíram que qualquer intervenção de exercício físico tem efeitos positivos nos sintomas negativos em comparação a grupos de controlo. Foi possível concluir também que, apesar da heterogeneidade e da baixa qualidade dos estudos, há um efeito positivo nos sintomas negativos com exercícios mente-corpo e com exercícios aeróbicos.

Contudo, que seja do nosso conhecimento, até agora ainda não existem revisões sistemáticas que abordem os efeitos das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia. A pertinência da revisão prende-se com o facto de que ainda nenhuma revisão sistemática integrou todas as terapias de *embodiment*: artes criativas, intervenções *mind-body* e psicoterapia corporal. Assim, como objetivo geral pretende-se conhecer a força da evidência científica dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia.

Esta revisão sistemática reúne informação científica sobre o tema em estudo e pretende responder, de forma clara e concisa, aos seguintes objetivos específicos:

- ✓ Conhecer quais as intervenções das terapias orientadas pelo corpo utilizadas para intervir ao nível dos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia;
- ✓ Conhecer quais os sintomas negativos investigados nas intervenções das terapias orientadas pelo corpo em pessoas com esquizofrenia;
- ✓ Avaliar a força de evidência científica dos efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia;
- ✓ Avaliar a força de evidência científica dos efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia

Para tornar a revisão sistemática mais estruturada e para uma leitura organizada, esta revisão será dividida em oito capítulos: introdução, revisão da literatura, metodologia, apresentação de resultados, discussão dos resultados, limitações, conclusão e referências. No capítulo da *revisão da literatura* visa-se descrever os temas que estão por base nesta revisão sistemática, começando pela definição de psicose e de esquizofrenia. Seguidamente irá ser feita uma descrição dos sintomas negativos (embotamento afetivo, anedonia, avolição, alogia, lentificação psicomotora e planeamento de ação) e de todas as terapias orientadas pelo corpo que foram incluídas. Uma vez que as terapias orientadas pelo corpo são diversas foi realizado um agrupamento consoante o tipo de terapias. Assim, teremos a revisão de literatura sobre terapias de *embodiment*, artes criativas (que incluem terapia de dança/movimento, arteterapia, musicoterapia, dramaterapia), intervenções *mind-body* (compostas por tai-chi, mindfulness e yoga) e psicoterapia corporal. Relativamente à *metodologia*, pretende-se expor o procedimento da pesquisa, critérios de inclusão, seleção de estudos, extração de dados, avaliação da qualidade metodológica e a síntese de dados. No capítulo da

apresentação de resultados será apresentado o processo de seleção de artigos, as características dos estudos, a qualidade metodológica, programas de intervenção, os efeitos dos programas de terapias orientadas pelo corpo e, por fim, a força de evidência científica. No capítulo respeitante à *discussão de resultados*, pretende-se, tal o nome indica, discutir os resultados dos estudos, dando resposta aos objetivos específicos desta revisão sistemática. No sexto capítulo – *limitações* – pretende-se verificar quais as dificuldades encontradas ao longo da realização desta revisão sistemática. Por fim, serão apresentados os capítulos *conclusões* e as *referências*.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. PERTURBAÇÃO PSICÓTICA

As perturbações psicóticas são demarcadas por sintomas positivos e negativos. Nos sintomas positivos estão incluídos os seguintes sintomas:

- a) *Delírios* (APA, 2013; Arciniegas, 2015; Gaebel & Zielasek, 2015; NIMH, s.d.) - são crenças fixas numa ideia que não é real (APA, 2013; Arciniegas, 2015; NIMH, s.d.). Esta crença não é compreendida pelos pares da mesma cultura, sendo vista como bizarra. Existem vários tipos de delírio: persecutórios (crença de que alguém será prejudicado por outrem), de referência (crença de que comentários, estímulos ambientais e/ou gestos são dirigidos a si), de grandiosidade (crença de que tem habilidades superiores aos demais, fama e/ou fortuna), erotomaníacos (crença falsa de que alguém está apaixonado por si), niilísticos (crença de que grandes catástrofes ocorrerão) e somáticos (preocupações relacionadas com a saúde) (APA, 2013; Arciniegas, 2015). Para além dos referidos, podem ainda existir delírios de tipo religioso, de controlo, de inserção, retirada e transmissão de pensamentos, de leitura da mente, de ciúmes, de roubo, de intruso fantasma e parasitose (Arciniegas, 2015).
- b) *Alucinações* (APA, 2013; Arciniegas, 2015; Gaebel & Zielasek, 2015; NIMH, s.d.) - são experiências percetivas sem qualquer estímulo externo e sem controlo voluntário do sujeito (APA, 2013; Arciniegas, 2015). Apesar das alucinações auditivas serem as mais comuns, qualquer modalidade sensorial poderá ser incluída (APA, 2013).
- c) *Pensamento (Discurso) Desorganizado* (APA, 2013; Arciniegas, 2015; Gaebel & Zielasek, 2015; NIMH, s.d.) - podem existir diversos acontecimentos que se incluem neste tópico: descarrilamento de associações (mudar de um assunto para outro); tangencialidade (respostas não relacionadas com a pergunta); desorganização ligeira (afeta substancialmente a comunicação eficaz) (APA, 2013; Arciniegas, 2015); incoerência (desorganização da linguagem, tornando-a quase incompreensível) (APA, 2013); bloqueio de pensamento e criação de neologismos (Arciniegas, 2015).
- d) *Comportamento Motor Anormal ou Grosseiramente Desorganizado* (APA, 2013; Arciniegas, 2015; Gaebel & Zielasek, 2015; NIMH, s.d.) - relativamente a este sintoma existem diferentes formas de manifestação, desde a agitação imprevisível

(atividade motora excessiva e sem objetivo) até à catatonia (postura rígida, bizarra e imprópria, resistência a instruções, ou, até, ausência de respostas motoras e verbais). Estas mudanças no comportamento levam a que se comecem a verificar dificuldades nas atividades da vida quotidiana. Podem ainda encontrar-se outros sinais como: eco do discurso, olhar fixo, movimentos repetidos estereotipados e expressão facial por vezes contorcida (APA, 2013).

Para além destes, estão também incluídos sintomas negativos (APA, 2013; Arciniegas, 2015; Gaebel & Zielasek, 2015), tais como: embotamento afetivo (presença de diminuição da expressão emocional, como contacto ocular, emoções faciais, movimentos das mãos e da cabeça), avolição (diminuição de atividades com objetivo e com iniciativa própria), anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer em atividades), alogia (diminuição do discurso) e isolamento social (falta de interesse em interações sociais) (APA, 2013).

As perturbações psicóticas são muito distintas, sendo que o grau de défice cognitivo ou neurobiológico depende da gravidade dos sintomas (APA, 2013). Os próprios sintomas resultam das diferentes causas e vias etiopatogénicas (e.g. fatores sociais e ambientes) (Gaebel & Zielasek, 2015). Nomeadamente, os sintomas do humor não predizer o prognóstico da doença e o seu tratamento mais adequado (APA, 2013).

Em suma, para caraterizar uma psicose, para além dos critérios descritos anteriormente, verifica-se carência de consciência da morbilidade da perturbação, uma convicção no delírio inabalável, um mal-estar generalizado do sujeito (Tenório, 2016) e um comprometimento da funcionalidade (Tenório, 2016; Gaebel & Zielasek, 2015; NIMH, s.d.).

2.1.1. ESQUIZOFRENIA

A Esquizofrenia está classificada dentro das perturbações psicóticas (Arciniegas, 2015; Gaebel & Zielasek, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), a esquizofrenia é uma perturbação mental grave que afeta cerca de 21 milhões de pessoas no Mundo. Esta patologia tem maior prevalência no sexo masculino, com cerca de 12 milhões de afetados pela doença. Apesar da considerável prevalência da doença, mais de cinquenta por cento dos sujeitos com esquizofrenia não estão a receber os cuidados de saúde adequados (OMS, 2019).

Esta perturbação tende a emergir entre o início da vida adulta e o meio da quarta década de vida. Quanto mais precoce o início da perturbação, pior é o seu prognóstico (APA, 2013).

Para que a esquizofrenia seja diagnosticada é necessário a presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: 1) delírios; 2) alucinações; 3) Discurso desorganizado; 4) Comportamento desorganizado; 5) sintomas negativos, durante um mês. Pelo menos um dos sintomas 1), 2) ou 3), tem de estar presente obrigatoriamente. Durante, no mínimo, 6 meses têm de estar presentes sinais contínuos da perturbação, que se podem manifestar em apenas sintomas negativos ou algum sintoma positivo de forma atenuada. Outro sintoma é o funcionamento abaixo do nível previamente atingido em uma ou mais áreas principais, como o relacionamento interpessoal, trabalho ou autocuidado. Os sintomas não devem ser melhor explicados por outra perturbação (APA, 2013; Arciniegas, 2015).

A esquizofrenia é caracterizada por sintomas positivos, cognitivos e negativos (Bervoets et al., 2013; Ghoshal & Conn, 2015).

Os sintomas positivos englobam: delírios, alucinações, comportamento e pensamento desorganizados (APA, 2013).

Relativamente aos sintomas cognitivos, encontram-se alterações ao nível da função executiva, nomeadamente, memória de trabalho, atenção, aprendizagem verbal e visual, raciocínio e resolução de problemas, velocidade de processamento e cognição social (Carbon & Correll, 2014). O córtex pré-frontal é considerado a sede de várias funções cognitivas. Apesar de possuir diversas entradas de acesso, são os aferentes do hipocampo os responsáveis pela maioria da inervação desta estrutura, dando origem à via hipocampo-córtex pré-frontal. Esta via tem um papel fulcral tanto na função executiva, quanto na regulação emocional, na medida em que está relacionada com a aprendizagem, a memória, regulação do medo e até processos associados ao sono. Pensa-se que esta interação entre o hipocampo e o córtex pré-frontal se encontra em défice na esquizofrenia, impactando a nível dos sintomas negativos e cognitivos (Ghoshal & Conn, 2015). Note-se que a função cognitiva está intimamente relacionada ao funcionamento em comunidade, em que são necessárias habilidades expressivas e interativas, e, no caso da esquizofrenia, pensa-se existir um comprometimento desta função (Carbon & Correll, 2014).

Por fim, numa fase em que os surtos estão mais estabilizados e os sintomas positivos controlados, evidenciam-se os sintomas negativos, sendo estes: embotamento afetivo,

avolia, alogia, anedonia e isolamento (APA, 2013; Marder & Galderisi, 2017; Galderisi, Mucci, Buchanan & Arango, 2018).

Há alguns autores que se referem ainda a “sintomas motores” frequentes na esquizofrenia, onde se enquadram os seguintes sintomas: i) movimentos involuntários anormais (disquinésia); ii) sinais neurológicos leves, implicando dificuldades na coordenação motora, integração sensorial e sequenciação; iii) sintomas catatônicos; iv) parkinsonismo; v) lentidão psicomotora, que engloba a dificuldade no planeamento e execução de tarefas motoras finais; vi) hipoquinesia geral; vii) postura rígida (Abboud et al., 2017; Walther & Strik, 2012; Walther, 2015). Deste modo, a esquizofrenia envolve comprometimentos no processamento e controlo básico motor. Assim, pensa-se que regiões do cérebro como o córtex cingulado anterior, gânglios de base e cerebelo, córtex motor primário, córtex motor suplementar e pré-suplementar estão afetados (Abboud et al., 2017).

Note-se que os sintomas motores são prevalentes em pacientes que são medicados e em pacientes que não são medicados, desde o primeiro episódio e durante todo o curso da perturbação (Walther & Strik, 2012; Walther, 2015). Alguns sintomas como disquinésia, parkinsonismo e sinais neurológicos leves também estão presentes em parentes de primeiro grau que não possuem a doença. Pensa-se que estas anomalias motoras são anteriores ao início da psicose, podendo existir um atraso no desenvolvimento motor na infância como fator de risco para vir a desenvolver esquizofrenia (Abboud et al., 2017; Walther & Strik, 2012; Walther, 2015). Tal indica que os sintomas motores representam uma parte intrínseca da patobiologia da esquizofrenia (Walther & Strik, 2012; Walther, 2015).

Tanto as dificuldades cognitivas quanto as psicomotoras, que caracterizam a esquizofrenia, são sustentadas por défices ao nível do sistema pré-frontal e lobos frontais, córtices primários, área motora suplementar e pré-suplementar, alças límbico-pré-frontal e cortico-estrial, que, por sua vez conectam o córtex pré-frontal aos gânglios base, tálamo, hipotálamo, hipocampo e amígdala (Maes, Sirivichayakul, Kanchanatawan & Carvalho, 2020).

2.2. SINTOMAS NEGATIVOS

Neste ponto serão descritos mais detalhadamente os sintomas negativos que foram considerados para esta revisão sistemática, sendo estes: embotamento afetivo, anedonia, avolição, isolamento social, alogia, comprometimento do planeamento de ação e lentificação psicomotora.

2.2.1. EMBOTAMENTO AFETIVO

Uma dificuldade proeminente no processamento emocional é clinicamente evidente na esquizofrenia – o embotamento afetivo (Henry et al., 2007). O embotamento afetivo é um sintoma negativo caracterizado por expressividade emocional reduzida (Henry et al., 2007; Marder & Galderisi, 2017; Galderisi et al., 2018), quando o indivíduo relata uma experiência emocional normal ou até intensificada (Henry et al., 2007).

O embotamento afetivo é observado desde os primeiros estágios da doença e continua permanente, após a melhoria de sintomas psicóticos, mesmo com tratamento psicofarmacológico. Este sintoma é preditivo de um pior prognóstico (Henry et al., 2007). Este é um sintoma da esquizofrenia que é relativamente duradouro e a sua presença acarreta défices de funcionamento (Lee, Chun, Yoon, Park & Kim, 2014).

A nível de funcionamento social, o embotamento está associado a dificuldades no quotidiano social, incluindo menos contactos sociais, pior qualidade de trabalho, menor funcionamento global e menos capacidade de atender a necessidades (Aghevli, Blanchard & Horan, 2003).

Pondera-se que a base neuronal que está relacionada com o embotamento afetivo é o sistema de neurónios-espelho, que envolve a execução motora e a imitação (Marder & Galderisi, 2017; Lee et al., 2014). Entenda-se por sistema de neurónios-espelho, o conjunto de neurónios que se tornam ativos durante a ação motora, a observação da ação motora de outro indivíduo e na imitação (Lee et al., 2014).

Pacientes com esquizofrenia demonstraram correlações negativas associadas à gravidade do embotamento afetivo em atividades do sistema de neurónios-espelho, nomeadamente em zonas como o córtex pré-motor, córtex motor e lobo parietal inferior. Assim, a expressão emocional pode ser relacionada com uma hipoatividade do sistema dorsal e uma hiperatividade do sistema ventral. O sistema executivo dorsal é importante na regulação voluntária de estados afetivos, enquanto o sistema afetivo ventral é necessário para a identificação do significado emocional de um estímulo e a produção de estados

afetivos e de regulação emocional automática. Uma explicação para tudo estar relacionado pode ser pelo facto da hipoativação dorsal levar à desregulação da emoção voluntária e à predisposição para o embotamento afetivo. Portanto, o sistema ventral pode ser superativado para compensar a desregulação da emoção causada por hipoativação dorsal (Lee et al., 2014).

O comportamento de imitação é muito importante para diversas formas de aprendizagem social e, no caso da esquizofrenia, há um desempenho insatisfatório em tarefas de imitação. São os neurónios-espelho que medeiam a aprendizagem social, mas, uma vez que existem anomalias neste sistema, os sujeitos ficam impedidos de aprender as expressões emocionais apropriadas por meio de interações (Lee et al., 2014).

Desta forma, os défices sociais associados ao embotamento afetivo na esquizofrenia, podem dever-se ao desempenho da expressão facial na comunicação social. As expressões faciais servem como indicadores de emoção em situações sociais, qualquer disjunção entre expressão e a experiência pode causar dificuldades nas interações sociais, uma vez que irão existir imprecisões da percepção do observador sobre o estado emocional do indivíduo com esquizofrenia, podendo interpretar como uma reação hostil ou inapropriada (Aghevli et al., 2003). Assim, verifica-se a presença da desregulação da emoção (Henry et al., 2007).

As estratégias de regulação emocional ocorrem após a resposta da emoção ter sido acionada, exigindo uma gerência da experiência emocional, expressão e fisiológica da resposta. As estratégias podem ser do tipo de supressão, em que existe uma inibição consciente de emoções expressivas no curso do comportamento, ou, amplificação, onde existe um aumento comportamental da emoção. No caso da esquizofrenia, verifica-se uma dificuldade na amplificação. Tal disjunção entre a experiência e a expressão de afeto, pode refletir um deficit na regulação positiva de um comportamento expressivo da emoção, reduzindo substancialmente o potencial do funcionamento interpessoal eficaz (Henry et al., 2007).

Apesar de não ser consensual na literatura, existem vários autores que apoiam que apesar da expressividade emocional (exibições externas de emoção) em sujeitos com esquizofrenia ser marcadamente reduzida, as experiências emocionais/afetivas aparentam estar conservadas (Henry et al., 2007; Aghevli et al., 2003; Lee et al., 2014).

2.2.2. ANEDONIA

A anedonia é um dos principais sintomas negativos da esquizofrenia (Horan, Kring & Blanchard, 2005; Wang et al., 2015) e resistente ao tratamento (Horan et al., 2005). É definida pela capacidade diminuída de experienciar emoções agradáveis e sentir prazer perante as mesmas (Horan et al., 2005; Wang et al., 2015; Marder & Galderisi, 2017; Galderisi et al., 2018).

Este sintoma negativo é um indicador de vulnerabilidade genética para a esquizofrenia e um determinante crítico de défices sociais e interpessoais debilitantes associados a esta perturbação (Horan et al., 2005; Wolf, 2006). Deste modo, podemos considerar a anedonia um determinante da capacidade funcional e do desfecho da perturbação a longo prazo (Wolf, 2006).

Podemos classificar diferentes tipos de anedonia de acordo com a natureza do estímulo prazeroso e o seu grau de imediatismo (Wolf, 2006): o prazer consumado e o prazer antecipatório (Galderisi et al., 2018; Marder & Galderisi, 2017; Wang et al., 2015; Wolf, 2006). O chamado prazer consumado, ocorre no momento de uma experiência e envolve uma resposta de experiência emocional relativamente automática (Wolf, 2006). O prazer antecipatório está ligado a processos motivacionais que promovem comportamentos direcionados a objetivos, visando alcançar as recompensas desejadas. Pacientes com esquizofrenia podem ter dificuldades em antecipar que as coisas serão prazerosas, mas se um estímulo agradável estiver diante deles, experienciam prazer (Gard, Kring, Gard, Horan & Green, 2007).

As experiências hedónicas, quando ocorrem com alguma distância temporal do evento real, onde se inclui o prazer antecipado (“eu vou gostar”), o prazer recordado (“eu gostei”) e o prazer “traço” (“eu geralmente gosto”) acarretam processos cognitivos, que incluem a memória, visão, generalização e previsão. Normalmente, estes processos encontram-se prejudicados na esquizofrenia (Wolf, 2006).

A motivação de recompensa e a capacidade hedónica em pacientes com esquizofrenia, estão ligadas, principalmente, se os sintomas negativos forem proeminentes (Marder & Galderisi, 2017; Wang et al., 2015). Assim, os sintomas negativos são inversamente associados à tomada de decisão motivacional (Wang et al., 2015). Tal significa que, apesar dos sintomas negativos estarem correlacionados uns com os outros até certo ponto, a anedonia é o sintoma que está mais correlacionado com a avolição e pode ser secundária a défices motivacionais (Wolf, 2006).

Na fase de tomada de decisão, os pacientes com esquizofrenia exibem comprometimento na alocação de esforços para buscar uma recompensa potencial, mesmo que a probabilidade e magnitude da recompensa seja grande. Na fase de experiência de prazer antecipatório, experienciam menos prazer antecipatório, mesmo quando a recompensa é grande. Todavia, na fase de consumação em si, em que há a experiência de prazer, os indivíduos apresentam uma experiência de prazer consumada intacta (Marder & Galderisi, 2017; Wang et al., 2015). Deste modo, pode-se sugerir um déficit de alocação de esforço associado a problemas no cálculo de custo-benefício. A falha no cálculo de custo-benefício pode ser devido a uma superestimação do gasto de esforço ou uma subestimação do valor da recompensa, que impede o início do comportamento de busca de recompensa (Wang et al., 2015).

Se por um lado, existe um déficit na habilidade de experimentar prazer antecipatório, este contribui para a redução de relacionamentos interpessoais e envolvimento social limitado (Gard et al., 2007). Para além disto, se existir a presença de défices motivacionais, os estímulos prazerosos podem ser menos procurados, especialmente se houver necessidade de esforço (Wolf, 2006).

Quanto mais forem proeminentes os sintomas negativos, maiores são os défices na motivação de recompensa e na experiência de prazer antecipatório (Wang et al., 2015). Todavia, o prazer consumatório é preservado (Wolf, 2006; Gard et al., 2007).

Há ainda autores (Strauss & Gold, 2012; Marder & Galderisi, 2017) que propõem que a anedonia não deve ser vista como uma diminuição da capacidade de sentir prazer, mas, sim, como uma “crença de baixo prazer” ou “comportamentos de busca de prazer reduzidos”, uma vez que a esquizofrenia não apresenta um déficit hedónico experiencial. Para estes autores a anedonia é composta por uma elevação de emoções negativas, um conjunto de crenças relacionadas ao baixo prazer que surgem quando é solicitado ao paciente que relate emoções positivas não correntes e uma redução no comportamento na busca pelo prazer.

Tal como os outros sintomas que se tem vindo a descrever, também a anedonia é tratada de forma inadequada (Horan et al., 2005) e, embora os sintomas positivos tenham sido o foco tradicional de pesquisas e o principal alvo terapêutico dos antipsicóticos, os défices emocionais e cognitivos desempenham um papel fulcral na funcionalidade dos indivíduos e nos resultados a longo prazo da perturbação (Wolf, 2006).

2.2.3. AVOLIÇÃO

Define-se a volição por eventos mentais ou atividades que medeiam a tomada de decisão das pessoas entre a intenção e a decisão final, que resultam diretamente numa ação voluntária e intencional. Desta forma, existe a resolução de um estado de incerteza sobre o que fazer (Zhu, 2004).

Podemos dividir a volição em três conceitos base: i) volição como ato mental de tomada de decisão, ii) volição como o ato mental de iniciação de ação voluntária e iii) volição como a atividade mental de controle executivo. Pode-se considerar os dois primeiros conceitos como atos momentâneos da vontade e olhar para a volição como um processo contínuo, não meramente um evento único. A volição deve ser considerada a partir de uma perspectiva unificadora, que integre estes três conceitos. Se tivermos como exemplo um dedo a premir um botão, este movimento pode ser visto como um evento único. Porém, se formos a analisar, o movimento da mão será um processo contínuo. De igual forma, a volição mental pode englobar tanto atos de vontade momentâneos, de ação única, quanto processos mentais contínuos (Zhu, 2004).

Estes três tipos de volições contribuem para a conceção do *sense of agency*, pois as atividades mentais de uma pessoa, consciente e intencionalmente, preenchem as lacunas entre os seus pensamentos e as ações corporais reais, que são essenciais para gerar a sensação de fazer. Quando fazemos algo, experienciamos as ações como vindo do nosso pensamento (decisões e intenções) e consciência. Se a ocorrência real dos movimentos corporais não for de acordo com os nossos pensamentos, tendemos a experimentar uma sensação de alienação e involuntariedade, isto é, que não somos os autores das ações. O sentimento de querer implica não só tomar a decisão ou escolha, como também poder fazer o que se decidiu. Assim, para um indivíduo ter *sense of agency* necessita ser capaz de exercer e experimentar todos os tipos de volições (Zhu, 2004).

No caso da Esquizofrenia, verifica-se avolição, isto é, uma diminuição da capacidade de iniciar ou persistência em atividades direcionadas a um objetivo. Tal como foi referido no tópico da anedonia, a avolição pode estar relacionada com défices de motivação quando a pessoa é exposta a uma variedade de estímulos recompensadores, na medida em que exibem dificuldades no prazer antecipatório. Subjacente a este tipo de prazer, existem tarefas de tomada de decisão que medem a quantidade de esforço que o indivíduo está disposto a exercer para obter vários níveis de recompensa (DeRosse, Barber, Fales & Malhotra, 2019; Marder & Galderisi, 2017; Galderisi et al., 2018). Assim,

sugere-se que o prazer antecipatório está associado à persistência e não à iniciação de resposta dirigida. Tal facto deve-se porque a iniciação depende de um conjunto complexo de informações, que inclui instruções e dificuldade da tarefa, enquanto a persistência depende apenas do histórico de recompensas (DeRosse et al., 2019).

Se pensarmos em termos neuroanatómicos, o córtex cingulado anterior (CCA) desempenha um papel fulcral na sustentação dos três tipos de volição supracitados. As conexões com o córtex pré-frontal (CPF) têm importantes funções ao nível da cognição e da decisão. Por outro lado, o sistema límbico e os núcleos do tronco cerebral transmitem ao CCA importantes informações emocionais e motivacionais. Como o CCA tem projeções para o córtex motor e a medula espinal, também tem influência sobre o controlo motor (Zhu, 2004).

Sabe-se que o CPF é crucial para funções executivas, tais como tomada de decisão, planeamento, memória de trabalho, regulação emocional e controlo global do pensamento e do comportamento. Em conjunto com o CCA, algumas áreas do CPF fazem contribuições no que toca às atividades mentais volitivas. Por sua vez, a área motora suplementar (AMS) é o canal principal que liga, então, o CPF e o CCA ao sistema motor. A AMS é fundamental para a iniciação de ação voluntária, pois canaliza a motivação, a intenção e o ato de vontade na execução motora (Zhu, 2004).

Na esquizofrenia verifica-se uma redução da atividade motora volitiva e uma alteração na organização das vias motoras. As associações identificadas entre a quantidade de movimento e conectividade estrutural das vias motoras sugerem uma disfunção das vias dos gânglios cortico-basais que resultam na hipoquinésia da esquizofrenia. Teorias sobre a natureza da hipoquinésia sugerem uma ativação inadequada dos gânglios base das regiões corticais do cérebro, incluindo o pré-AMS e o córtex motor primário (CMP), porém, outros sintomas motores podem estar associados a estas alterações, tais como uma perturbação na sequenciação motora e défices de aprendizagem (Bracht et al., 2013).

2.2.4. ISOLAMENTO SOCIAL

Os humanos são seres sociais e têm uma "necessidade de pertencer", pois o apego social é uma necessidade biológica e afetiva. Quando essa necessidade biológica não é atendida, as pessoas experienciam a solidão. A solidão pode ser definida como a resposta emocional negativa a uma discrepância entre a qualidade desejada e alcançada de uma rede social (Trémeau, Antonius, Malaspina, Goff & Javitt, 2016).

A falta de relacionamentos pode contribuir para o sentimento de solidão. Algumas pessoas sentem-se sozinhas, mesmo quando estão perto de outrem. Assim, a solidão parece ser fortemente determinada pelas características de um indivíduo: genética, personalidade e cognição. Tem um grande efeito destrutivo na saúde mental e física e é um fator de risco para morbidade e mortalidade em toda a vida útil do adulto. Além disso, a solidão leva a menos comportamentos de promoção de saúde, depressão, doença de Alzheimer e perturbações por uso de substâncias (Trémeau et al., 2016).

No caso de pessoas com esquizofrenia, existe maior risco de solidão e de isolamento social (Michael & Park, 2016), sendo que este último se define pela redução na iniciativa social devido à diminuição do interesse em ter relacionamentos próximos com outras pessoas (Marder & Galderisi, 2017; Galderisi et al., 2018).

Tanto a propriocepção, quanto a exterocepção contribuem para uma sensação de limite corporal consistente que contém o eu através do tempo e do espaço, sendo este processo influenciado por interações self-outro (sociais). O eu corporal não existe no vácuo. O esquema corporal dos bebês e o self corporal desenvolvem-se a partir de vias multissensoriais dinâmicas, nomeadamente interações proprioceptivas e táteis, com o meio ambiente. Desta forma, a nossa percepção do self corporal e a consciência do self psicológico corporificado (*embodied*) são significativamente moldados pelas nossas interações com o mundo. São as interações sociais que nos fornecem uma estrutura para interpretar e eliminar a ambiguidade de sinais somáticos. Quando essas interações constantes com o mundo são removidas, resulta em isolamento social e solidão (Michael & Park, 2016).

Segundo a Hipótese de *Deafferentation* Social de Hoffman's (2007, cit in Michael & Park, 2016), sugere-se que uma perda de conexão social leva a uma tendência de criar agentes semelhantes aos humanos (alucinação) e aumento da crença no sobrenatural (ilusão) por meio da reorganização neural. Essas tendências podem ser ampliadas pela necessidade não atendida de apoio social e pela auto percepção perturbada. Além disso, existem consequências neuroanatômicas do isolamento social. A solidão exerce um impacto prejudicial no sulco temporal superior posterior esquerdo, que normalmente suporta a cognição social. Por norma, perturbações de função e volume reduzido desta zona, estão associados a alucinações, delírios e perturbações do pensamento na esquizofrenia. Assim, devemos atentar que os sintomas positivos tornam as interações sociais mais difíceis (Michael & Park, 2016).

Outros fatores importantes para o risco de isolamento social em indivíduos com esquizofrenia são o estigma internalizado e a insatisfação com as relações sociais, que podem piorar o curso da perturbação (Oliveira, Esteves & Carvalho, 2015).

Considerando que o estigma da doença mental reflete crenças estereotipadas negativas sustentadas pelo público sobre pessoas com perturbações mentais, o estigma internalizado é uma desaprovação que se refere ao processo de aceitação e aplicação de estereótipos a si mesmo. Muitas vezes, agrava sentimentos de alienação e promove o afastamento dos outros. Para além disso, o estigma internalizado influencia negativamente domínios da qualidade de vida, tais como a satisfação com relações familiares e sociais (Oliveira et al., 2015).

Doenças mentais como a esquizofrenia e determinados contextos ambientais de cuidados de saúde mental (e.g. hospitais psiquiátricos), podem ser gravemente estigmatizantes. Muito antes de se tornarem doentes psiquiátricos, estes sujeitos formam concepções negativas em torno da doença mental, que por sua vez, assumem uma relevância quando o indivíduo inicia um tratamento. A pessoa assimila essas crenças sobre desvalorização e transforma-as numa expectativa pessoal de rejeição a todos os níveis do seu papel social. Ao internalizar atitudes sociais negativas tende a antecipar a discriminação ou rejeição por outros e desenvolve estratégias de enfrentamento evitativas, como o afastamento da interação social. Ao utilizar tal estratégia para lidar com os sintomas, aumenta o isolamento social e a falta de envolvimento na reabilitação e tratamento, tentando evitar o status de ser um “paciente mental” e acarretar o rótulo que tal implica (Oliveira et al., 2015).

O estigma internalizado afeta não só a esperança dos indivíduos, como também a sua autoestima, levando a uma recuperação mais morosa e menos eficiente. Para além disso, está ainda associado a desmoralização, perda de apoio social, baixa qualidade de vida e dificuldade de obtenção habitação e emprego (Oliveira et al., 2015).

Pessoas com esquizofrenia experimentam, muitas vezes, discriminação ao fazer ou manter amigos, de membros da família e em relações íntimas ou sexuais (Oliveira et al., 2015).

Resumidamente, o isolamento social e as experiências pessoais conturbadas aparentam estar relacionados e têm consequências ao longo da vida do indivíduo (Michael & Park, 2016). Em pacientes com esquizofrenia verifica-se maior sentimento de solidão e maior insatisfação com a sua rede social. Esta rede social, por norma, é limitada aos

prestadores de cuidados de saúde e familiares (Trémeau et al., 2016). Sabe-se também que quanto mais sintomas tiverem, mais relatos de experiências de rejeição social e de auto-rejeição (Oliveira et al., 2015).

Assim, existe a necessidade de intervir sobre o isolamento social na esquizofrenia, de forma a melhorar o seu funcionamento social e a sua qualidade de vida social (Trémeau et al., 2016).

2.2.5. ALOGIA

Pessoas com esquizofrenia podem apresentar vários sintomas relacionados com a fala. Nesses sintomas encontra-se a alogia, que é caracterizada pela diminuição da produtividade verbal, aumento da latência da resposta verbal, diminuição da complexidade sintática e bloqueio (Docherty, Berenbaum & Kerns, 2011; Sumiyoshi et al., 2005; Becker, Cicero, Cowan & Kerns, 2012).

Sintomas negativos como a alogia e a fala desorganizada podem ser duradouros e prever piores resultados a longo prazo (Becker et al., 2012; Docherty et al., 2011). Sabe-se também que, mesmo em familiares de pessoas com esquizofrenia, se verifica uma complexidade da frase ligeiramente reduzida (Sumiyoshi et al., 2005).

Um objetivo importante da pesquisa atual da esquizofrenia é identificar relações entre sintomas refratários ao tratamento e défices nos mecanismos cognitivos e neuronais. Pensa-se que um controle cognitivo deficitário está associado aos sintomas de fala da esquizofrenia, nomeadamente à alogia. No entanto, o controle cognitivo é uma construção ampla que envolve diversos mecanismos. Por controle cognitivo entenda-se os processos envolvidos na realização de um comportamento direcionado a um objetivo (Becker et al., 2012).

Os três mecanismos cognitivos que frequentemente estão envolvidos em tarefas de controle executivo são (a) processamento de contexto (b) memória semântica e (c) recuperação controlada da memória semântica. O primeiro refere-se à representação e manutenção de informações importantes de tarefas críticas, como regras, objetivos, instruções ou intenções. O segundo, remete para componentes da memória a longo prazo, que contém representações armazenadas dos significados das palavras e do conhecimento sobre o mundo. O terceiro mecanismo, reflete a capacidade de recuperar informações da memória, quando as informações não são recuperadas automaticamente e quando há competição de outras informações ativadas (Docherty et al., 2011).

Relativamente às consequências de défices nestes mecanismos que influenciam a fluência verbal, sugere-se que (Docherty et al., 2011):

- Se for no processamento de contexto, pode resultar na diminuição de grupos de palavras semanticamente relacionadas;
- Se for na memória semântica, acredita-se resultar em menores latências entre palavras produzidas, diminuição de associações armazenadas entre conceitos e diminuição do número de grupos de palavras relacionados semanticamente;
- Se for na recuperação controlada, pensa-se que resulte numa latência mais longa entre palavras.

Pondera-se que perturbações nestes mecanismos são indícios de indivíduos que são suscetíveis de vir a desenvolver esquizofrenia (Sumiyoshi et al., 2005) e contribuintes para os sintomas da fala na esquizofrenia (Docherty et al., 2011).

Um paciente com diagnóstico de esquizofrenia apresenta comprometimento relacionado às funções da linguagem, como a fluência verbal, compreensão e produção de frases complexas. Recorrentemente, verifica-se uma estrutura semântica desorganizada (associação irregular de membros de categoria) e diminuindo da produção de palavras, contribuindo para o sintoma de alogia (Sumiyoshi et al., 2005).

A perturbação no desempenho da fluência verbal está associada a um prejuízo na função executiva, nomeadamente em processos de pesquisa e recuperação da memória semântica, pois para existir eficiência nas palavras, são necessárias redes semânticas bem formadas (Sumiyoshi et al., 2005). Deste modo, a alogia poderá ser associada a um aumento da latência de resposta entre cada palavra em tarefas de fluência de categoria, sugerindo uma relação entre o sintoma de alogia e uma pobre recuperação controlada. Esta sintomatologia não parece estar relacionada diretamente com a memória semântica em si, nem com o processamento de contexto, sugerindo que a diminuição da produção verbal e diminuição da complexidade sintática em pessoas com esquizofrenia está associada a problemas no uso de mecanismos de recuperação controlados para ter acesso a representações da memória semântica (Docherty et al., 2011).

Contudo, a literatura não é consensual e existem autores (Becker et al., 2012) que defendem que nesta patologia existem défice ao nível do processamento de contexto e na memória semântica e que parte da razão pela qual as pessoas com esquizofrenia produzem uma fala que é difícil de entender ou que se afasta do assunto, é devido à dificuldade em

manter um tópico de diálogo para coordenar o discurso contínuo, ou, no caso de existir bloqueio, as pessoas perderem o controlo do encadeamento do pensamento.

2.2.6. COMPROMETIMENTO DO PLANEAMENTO DE AÇÃO

Relativamente ao planeamento motor, este é referente a qualquer processo relacionado com a preparação de um movimento. Porém, devemos ter em atenção que esta definição é muito ampla e abrange diversos processos percetivos que não estão relacionados apenas a questões motoras (Wong, Haith & Krakauer, 2014).

Todas as ações estão em torno de um objetivo motor, que pode ser um objeto, uma localização ou até mesmo um padrão de movimento, será selecionado como resultado desejado do movimento. O tempo de reação é fulcral para todo este processo, pois compreende o tempo desde o início do estímulo até ao início da resposta motora. O tempo de reação ronda os 200 milissegundos, e, no decorrer deste breve período, uma série de processos permitem ao cérebro percecionar: o ambiente circundante, identificar um determinado objeto de interesse, determinar a ação necessária em resposta a esse objeto e, finalmente, emitir um comando motor para implementar a ação desejada (Wong et al., 2014).

Para melhor explicar todo o processo que está envolvido no movimento, Wolpert e Landy (2012) definiram o modelo *What and Who*:

- *What (motor goals)*, envolve três processos:
 - (i) a perceção do objeto e o que se vai fazer. Implica tomada de decisão sobre o objeto e percecionar a sua localização no ambiente, sendo que nesta fase vai estar também implicada a atenção;
 - (ii) aplicações restritas de tarefa para identificar o objetivo motor (regras);
 - (iii) iniciar ou não a ação. O objetivo motor compreende decisões percetivas que são necessárias para produzir a resposta motora, mas elas apenas definem o objetivo e não a ação.
- *Who (motor planning)*, durante o planeamento motor são necessários processos adicionais para se atingir o movimento específico para o objetivo motor: representação cinemática, seleção da ação e especificação do movimento. Estes processos vão reduzir a ambiguidade do objetivo motor e especificar todos os detalhes do movimento, como por exemplo a sua velocidade e trajetória. É o planeamento motor que irá tornar o objetivo motor numa ação concreta.

Estes autores defendem que o controlo dos movimentos é fundamentalmente sobre tomadas de decisão, ou seja, decidir sobre um objetivo motor e decidir como alcançá-lo.

Em suma, o planeamento motor pode ser considerado, segundo esta perspetiva, como o conjunto de processos que descrevem como um objetivo motor será alcançado. Os três processos principais residem no domínio da tomada de decisão sensorial e perceptual, tendo a função de identificar o objetivo do movimento através da seleção de um objeto apropriado no ambiente (com a ajuda de processos atencionais) e da aplicação de regras de tarefa sobre o que fazer com esse objeto. Estes processos podem ser vistos como etapas de tomada de decisão sobre o movimento que se deve atingir e consomem maior parte do tempo de reação. Os restantes três (representação cinemática, seleção da ação e movimento específico) são o denominado planeamento motor, pois determinam como o objetivo será alcançado, reduzindo a ambiguidade do objetivo motor em curso de ação. Note-se que estes processos podem ocorrer em paralelo e que o próprio planeamento motor é realizado através de processos de tempo de reação mínimos, com políticas de controlo previamente armazenadas (Wong et al., 2014).

Assim, o planeamento motor envolve a especificação da trajetória de movimento, descrição de como se irá produzir a ação e a descrição de todo o conjunto de trajetórias articulares/ativações musculares necessárias à realização do movimento. Desta forma, o planeamento motor pode ser visto como um conjunto de processos que começa na junção entre a tomada de decisão perceptiva e a tomada de decisão relacionada ao movimento (Wong et al., 2014).

Para Ganesh e Burdet (2013) o controlo motor é hierárquico e a informação sensorial leva a uma ação motora através do processo de planeamento, sendo este último a tradução de um esboço geral do comportamento para uma resposta motora concreta. Os autores defendem que o planeamento se inicia nas áreas pré-frontais do cérebro, antes de convergir numa resposta motora na área motora primária, através da área pré-motora e da área suplementar motora.

Os neurónios motores no córtex motor primário são ativados antes e durante o movimento. Codificam a ativação muscular e até características cinemáticas do movimento. Porém, são as áreas associadas ao planeamento, como a área pré-motora e a área motora suplementar, que iniciam a ativação antes do córtex motor primário e codificam características mais gerais sobre o movimento. Por exemplo, sabe-se que o córtex pré-motor dorsal é responsável pela representação espacial do objetivo da tarefa e

da ativação recíproca dos músculos, enquanto o pré-motor ventral é conhecido por ser especificamente ativo durante a *precision grip* (manipulação fina com a ponta dos dedos e polegar, eg. chave de fendas) e controlar a co-contração muscular (associado ao controlo de movimento, é a contração de dois ou mais músculos em simultâneo em volta de uma articulação) (Ganesh & Burdet, 2013).

Cada tarefa da vida diária é caracterizada por grande redundância, isto é, podem ser resolvidas por distintas formas através do Sistema Nervoso Central, tanto a nível do plano a ser utilizado (e.g. trajetória do movimento), como a nível dos músculos para executar esse plano. Assim, a fase de planeamento de movimento é efetuada com diversos planos e um mecanismo de memória que atua nesses mesmos planos, bem como a nível muscular, de forma a que seja encontrada a melhor solução (Ganesh & Burdet, 2013).

Um dos sintomas da esquizofrenia é a redução da quantidade de comportamento voluntários direcionados a objetivos (avolição). Os autores Liemburg et al. (2015) consideram a relação em que quanto maior for o nível deste sintoma, maior a diminuição da ativação de regiões do cérebro envolvidas no planeamento e no comportamento direcionado a objetivos. Níveis mais elevados de avolição foram associados a uma menor ativação de regiões pré-frontais laterais, áreas parietais e motoras e a uma maior ativação de áreas frontais mediais, quando solicitadas tarefas que envolvem planeamento. O caso do aumento da ativação frontal medial pode estar relacionado ao aumento de esforço para realizar tarefas que envolvem a procura de soluções dado um conflito (Liemburg et al., 2015).

Os autores acreditam que esta avolição, surge devido a problemas de planeamento e de memória de trabalho, através de dificuldades tais como sequenciar ideias, mantendo a representação mental de objetivos e manipulá-los, de modo a elaborar um comportamento direcionado a esse mesmo objetivo. Estas dificuldades refletem-se, então, na redução de comportamentos direcionados a um objetivo (Liemburg et al., 2015). De facto, indivíduos com esquizofrenia revelam défices ao nível do planeamento e da execução da ação motora, sendo que estes défices já estão presentes mesmo em estágios iniciais de esquizofrenia (Grootens et al., 2009). Sabe-se também que o desempenho no planeamento de ação nada tem a ver nem com a duração da doença, nem com a dosagem de antipsicóticos (Huang et al., 2020).

Sugere-se que pessoas com esquizofrenia tendem a planear menos as suas ações (Jogems-Kosterman, Zitman, Van Hoof & Hulstijn, 2001) e, no caso de tarefas mais

complexas (e.g. sequências motoras) ou desconhecidas, a estratégia de planeamento é menos sofisticada e apresentam dificuldades em transformar um plano em ação (Grootens et al., 2009; Jogems-Kosterman et al., 2001). Tal deve-se ao facto de tarefas de planeamento psicomotor mais complexas, requerem não só processamento sensório-motor eficiente, como funcionamento executivo, memória de trabalho e atenção sustentada (Grootens et al., 2009). Pessoas com esquizofrenia tendem a demonstrar uma resposta mais lenta a sinais auditivos e visuais, e em movimentos auto-iniciados, em comparação com indivíduos sem patologia. Em tarefas de alcance, sujeitos com esquizofrenia tendem a ter um aumento do tempo de movimento, um movimento menos vigoroso e pouco coordenado (Huang et al., 2020).

2.2.7. LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA

A lentidão dos movimentos foi observada na esquizofrenia desde o início do século XX (Morrens, Hulstijn & Sabbe, 2007). A lentificação psicomotora foi caracterizada pela lentificação no planeamento, iniciação e execução de movimentos (Bervoets et al., 2013) e por uma diminuição da quantidade de movimentos espontâneos dos indivíduos (Walther & Strik, 2012). Os movimentos nestas pessoas tendem a ser rígidos, lentos e forçados, como se uma certa resistência tivesse de ser superada. Assim, os movimentos espontâneos estão claramente afetados e são executados de forma lenta e fraca (Morrens et al., 2007).

Há autores que defendem que a lentificação psicomotora resulta de um déficite em funções executivas, tal como o planeamento (Grootens et al., 2009; Maes et al., 2020) e a memória (Maes et al., 2020; Jogems-Kosterman et al., 2001). Ao longo do tempo, percebeu-se que a velocidade motora está afetada em pacientes com esquizofrenia (Maes et al., 2020; Jogems-Kosterman et al., 2001) e que apresentam tempos de reação mais lentos (Morrens et al., 2007). Apesar de se verificar uma lentificação da psicomotricidade em geral nestes sujeitos, conota-se uma maior lentificação no tempo de iniciação e no tempo de movimento em si (Jogems-Kosterman et al., 2001).

Pensa-se que a redução da velocidade psicomotora e do aumento da latência de resposta, se deve a défices sensoriomotores e não propriamente a imprecisão de movimento (Maes et al., 2020; Jogems-Kosterman et al., 2001).

Uma vez que o planeamento é uma previsão do controlo motor, sugere-se que ao existir dificuldades no planeamento, se verifica também dificuldades no controlo motor

(Maes et al., 2020). O controlo motor envolve mais do que um ajuste de tempo e força de inervações musculares (Morrens et al., 2007). Os processos de controlo executivo de ordem superior implicam o planeamento do movimento (definição do objetivo e quantidade de movimento), sequências, coordenação, troca de tarefas, inibição de respostas, monitorização de desempenho e deteção de erros (Walther & Strik, 2012; Grootens et al., 2009; Huang et al., 2020; Morrens et al., 2007; Jogems-Kosterman et al., 2001). Todos estes processos são altamente determinantes para a atividade psicomotora e, no caso da esquizofrenia, como estes processos estão afetados, verifica-se consequências na velocidade psicomotora (Morrens et al., 2007).

O facto de sujeitos com esquizofrenia terem movimentos que parecem ser menos fluentes e coerentes, pode dever-se à conexão entre áreas pré-motoras estar afetada (Walther, 2015; Walther & Strik, 2012). Para que exista planeamento motor, estão envolvidas as áreas pré-motora, pré-motora suplementar e motora suplementar, enquanto que para se iniciar e organizar ações estão envolvidos o córtex pré-frontal e gânglios de base (Maes et al., 2020). Tal explica o facto de perturbações ao nível dos córtices pré-motores estarem associados a dificuldades na iniciação de movimentos. (Walther 2012).

Relativamente ao adjetivo psicomotor, este serve para descrever todas as atividades e sintomas nos quais o movimento, ou, a ação é o componente principal (Morrens et al., 2007; Huang et al., 2020). O termo psicomotor serve caracterizar a ampla variedade de ações humanas envolventes, tanto cognitivas, quanto processos sensório-motores e perceptivas (Jogems-Kosterman et al., 2001; Morrens et al., 2007; Huang et al., 2020). Assim, o planeamento, a programação e a execução dos movimentos desempenham um papel dominante (Morrens et al., 2007).

As atividades psicomotoras podem ser discretas, como acender uma luz, ou contínua, como caminhar, andar de bicicleta ou nadar. Elas podem exigir pouca variabilidade, ou exigir uma variação considerável para se conseguir adequar à situação. Podemos ainda perceber se a atividade psicomotora consiste num único momento, ou numa sequência de movimentos. Todas são atividades cognitivas, seja de que tipo for, são essenciais para as nossas atividades do dia a dia (e.g. vestir, cozinhar, limpar algo). Desta forma, as atividades psicomotoras são um elemento-chave na determinação da funcionalidade na esquizofrenia (Morrens et al., 2007). No caso desta perturbação verifica-se hipoquinésia, ou seja, uma lentificação geral dos movimentos (Walther, 2015).

As taxas de prevalência de sintomas motores na esquizofrenia são surpreendentemente altas, e, alguns estudos, indicam uma possível patobiologia da esquizofrenia (Walther & Strik, 2012; Walther, 2015).

Embora a lentificação psicomotora pareça ser um grupo de sintomas que reflete défices que se encontram na interseção entre sintomas motor, negativo e cognitivo, há uma associação elevada a sintomas negativos (Walther & Strik, 2012; Huang et al., 2020; Morrens et al., 2007), nomeadamente à avolição (Bervoets et al., 2013; Maes et al., 2020; Jogems-Kosterman et al., 2001). Porém, há autores que associam também a lentificação psicomotora ao planeamento deficitário (Maes et al., 2020; Jogems-Kosterman et al., 2001).

Em suma, quanto maior a presença de sintomas negativos, maior o aumento de latência de resposta psicomotora, na medida em que os sujeitos se tornam mais lentos na iniciação da ação (Jogems-Kosterman et al., 2001; Maes et al., 2020).

Sabe-se também que estes défices não são devido à medicação (Huang et al., 2020; Jogems-Kosterman et al., 2001; Morrens et al., 2007; Walther & Strik, 2012), sendo encontrados, inclusive, em pessoas nunca antes medicadas (Walther & Strik, 2012; Huang et al., 2020; Morrens et al., 2007; Walther, 2015), em parentes dos indivíduos com esquizofrenia (Morrens et al., 2007; Walther, 2015) e em sujeitos em risco de vir a desenvolver psicose (Walther, 2015). Sintomas motores são encontrados desde o primeiro episódio até ao longo do curso da perturbação (Walther, 2015).

Por fim, os sintomas motores são muito importantes para o tratamento do paciente e para a sua reabilitação (Walther & Strik, 2012). São ainda um fator prognóstico (Grootens et al., 2009; Walther, 2015), pois o desempenho de tarefas psicomotoras está relacionado a aspetos sociais, clínicos e funcionais do paciente (Morrens et al., 2007). Foi relatado que pelo menos um sinal motor é prevalente em 66% dos indivíduos nunca medicados, num primeiro episódio e 80% em pacientes crónicos medicados (Walther & Strik, 2012).

2.3. ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DE SINTOMAS NEGATIVOS

Tendo em conta os estudos que foram incluídos nesta revisão sistemática, iremos focalizar-nos nas três escalas utilizadas pelos mesmos. Contudo, existem outras escalas para avaliar os sintomas negativos.

2.3.1. ESCALA DE SÍNDROME POSITIVA E NEGATIVA (PANSS)

A Escala de Síndrome Positiva e Negativa (*Positive and Negative Syndrome Scale*– PANSS) é um instrumento de avaliação que foi adaptado da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) e da Tabela de Classificação de Psicopatologia (PRS). A partir de 18 itens da BPRS e de 12 itens da PRS, resultou a PANSS, com 30 itens para classificação (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987; Kay, Opler, & Lindenmayer, 1989)

Dos 30 parâmetros psiquiátricos avaliados pelo PANSS, foi possível dividi-los em três subescalas: i) Escala Positiva– constituída por sete itens (delírios, desorganização conceitual, comportamento alucinatório, excitação, grandiosidade, desconfiança e hostilidade); ii) Escala Negativa– composta por sete itens (embotamento afetivo, afastamento emocional, relacionamento pobre, afastamento social passivo/apático, dificuldade no pensamento abstrato, falta de espontaneidade e fluência, pensamento estereotipado); iii) Escala de Psicopatologia Geral– inclui 16 itens (preocupação somática, ansiedade, sentimento de culpa, tensão, maneirismo e postura, depressão, lentificação psicomotora, falta de cooperação, conteúdo do pensamento incomum, desorientação, atenção pobre, perda do julgamento e insight, perturbação de volição, pobre controlo de impulsos, preocupação e evitamento social ativo) (Kay et al., 1987; Kay et al., 1989).

Cada item pode ser classificado de um a sete pontos (Kay et al., 1987; Kay et al., 1989), sendo que cada ponto representa um nível de psicopatologia: 1= ausente, 2= mínimo, 3=leve, 4= moderado, 5= moderado-grave, 6= grave e 7= extremo (Kay et al., 1987). Esta avaliação pode ser feita numa entrevista clínica formal, através de informações dos familiares ou da equipe que esteja a fornecer cuidados ao indivíduo (Kay et al., 1989).

O PANSS é pontuado precisamente pela soma das classificações dos itens, em que nas Escalas Positiva e Negativa, os intervalos de potencial variam entre 7 a 49 e, na Escala de Psicopatologia Geral, varia de 16 a 112 pontos (Kay et al., 1987).

2.3.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS NEGATIVOS (SANS)

A Escala de Avaliação de Sintomas Negativos (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*– SANS) foi um dos primeiros instrumentos desenvolvidos a fim de avaliar os sintomas negativos exclusivamente (Marder & Kirkpatrick, 2014; Andreasen, 1982).

A SANS foi concebida para avaliar inicialmente 25 itens que estão divididos em cinco subescalas (Marder & Kirkpatrick, 2014), sendo estas:

- i) Embotamento Afetivo– inclui oito itens, sendo estes: expressão facial imutável, diminuição dos movimentos espontâneos, pobreza de gestos expressivos, pobre contacto visual, não responsividade afetiva, falta de flexões vocais, classificação global do embotamento afetivo (Andreasen, 1982; Andreasen, Flaum, Arndt, Alliger, & Swayze, 1991) e afeto impróprio (Andreasen, 1982). Entretanto, percebeu-se que não fazia sentido incluir nos sintomas negativos o afeto impróprio, uma vez que é um exagero ou distorção de uma função (sintoma positivo) e, não, uma perda de função, como os demais sintomas negativos (Andreasen et al., 1991).
- ii) Alogia– é constituída por cinco itens, sendo estes: pobreza de discurso, pobreza de conteúdo do discurso, bloqueio, maior latência de resposta e classificação global da alogia (Andreasen, 1982; Andreasen et al., 1991).
- iii) Avolição/Apatia– é composta por quatro itens, sendo estes tratamento e higiene, falta de persistência no trabalho ou escola, anergia física e classificação global da avolição/apatia (Andreasen, 1982; Andreasen et al., 1991).
- iv) Anedonia/Isolamento Social– inclui cinco itens, sendo estes atividades e interesses recreativos, atividade e interesse sexual, capacidade de sentir intimidade e proximidade, relação com amigos e colegas, e, por fim, classificação global da anedonia/isolamento social (Andreasen, 1982; Andreasen et al., 1991). Na SANS a anedonia e o isolamento social são classificados juntos, ao contrário de outras escalas (Marder & Galderisi, 2017).
- v) Atenção– esta subescala é composta por três itens, sendo estes desatenção no trabalho, desatenção durante o teste de estado mental e classificação global da atenção (Andreasen, 1982; Andreasen et al., 1991).

Como podemos ver, a SANS oferece uma classificação global para cada subescala (Marder & Kirkpatrick, 2014; Andreasen, 1982), fornecendo-nos, assim, um índice de gravidade de cada sintoma, mas também nos confere a soma das classificações globais que nos indica a gravidade da síndrome dos sintomas negativos como um todo (Andreasen, 1982).

Cada item é classificado numa escala de zero a cinco (Marder & Kirkpatrick, 2014), sendo que as pontuações das subescalas são obtidas a partir da soma das pontuações de cada um dos itens individuais (Andreasen, 1982). Quanto mais alta for a pontuação, maior a gravidade da psicopatologia (Marder & Kirkpatrick, 2014).

Tendo em conta que esta escala coloca a ênfase nos comportamentos observáveis, a avaliação é realizada a partir da informação recolhida através de uma entrevista inicial com o paciente e a observação do seu comportamento. Porém, também pode ser baseada em relatos da família e de outros profissionais. De forma a comparar a informação recolhida, é feita ainda uma avaliação subjetiva de auto-relato do paciente (Andreasen, 1982).

2.3.3. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA SINTOMAS NEGATIVOS (CAINS)

A Entrevista de Avaliação Clínica para Sintomas Negativos (*Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms*– CAINS) foi desenvolvido pela Colaboração para a Avaliação de Sintomas Negativos da Esquizofrenia (CANSAS), através de um programa do Instituto Nacional de Saúde Mental (Marder & Kirkpatrick, 2014). Este instrumento foi projetado para abordar as limitações dos instrumentos até então existentes (Horan, Kring, Gur, Reise, & Blanchard, 2011; Kring, Gur, Blanchard, Horan, & Reise, 2013).

CAINS avalia cinco subdomínios dos sintomas negativos do consenso comum: isolamento social, avolição, anedonia, embotamento afetivo e alogia. Os três primeiros são baseados nas experiências subjetivas de motivação e emoção, bem como a frequência do envolvimento real em atividades recreativas, sociais e vocacionais. Contrariamente, os últimos dois estão alicerçados nos comportamentos observáveis. Desta forma, podemos agrupar estes sintomas em duas escalas distintas: a escala de expressão e a escala de motivação. A escala de expressão é composta por quatro itens que refletem diminuição da expressão externa e do discurso (Kring et al., 2013; Blanchard, Gur, Horan, & Kring, 2012). Esta escala inclui a expressão facial, a expressão vocal, gestos expressivos e quantidade da fala (Blanchard et al., 2012); a escala de motivação e prazer é constituída por nove itens que enfocam na diminuição da motivação, prazer e envolvimento social (Kring et al., 2013; Blanchard et al., 2012). Nesta escala estão incluídas a) motivação para relações com familiares/cônjuges/parceiros próximos; b) motivação para amizades próximas e relacionamentos românticos; c) frequência de atividade social agradável–

semana anterior; d) frequência de prazer esperado nas atividades sociais– próxima semana; e) motivação para o trabalho e atividades escolares; f) frequência do prazer esperado no trabalho e atividades escolares– próxima semana; g) motivação para atividades recreativas; h) frequência de prazer em atividades recreativas– semana anterior; i) frequência de prazer esperado em atividades recreativas– próxima semana (Blanchard et al., 2012).

Posto isto, CAINS é composto por um total de 13 itens classificáveis (Marder & Kirkpatrick, 2014; Kring et al., 2013). Estes itens são avaliados numa escala de zero a quatro (Horan et al., 2011; Kring et al., 2013; Blanchard et al., 2012), onde o zero representa ausência de sintoma e quatro sintomatologia grave (Blanchard et al., 2012). Note-se que uma pontuação alta reflete maior prejuízo a nível psicopatológico (Horan et al., 2011; Kring et al., 2013).

2.4. TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO

Para melhor sistematização das terapias orientadas pelo corpo que foram utilizadas nesta revisão sistemática, foram incluídos os seguintes tópicos: terapias de *embodiment* (base teórica que engloba todas as terapias), artes criativas (composto pelas terapias de dança/movimento, arte, música e drama), intervenções *mind-body* (constituído pelas terapias de tai-chi, *mindfulness* e yoga) e psicoterapia corporal.

2.4.1. TERAPIAS DE EMBODIMENT

Nas últimas décadas, o *embodiment* tem vindo a ser um conceito influente na psicologia e na neurociência cognitiva (Tschacher et al., 2017) e cada vez mais se verifica a consideração deste conceito para o estudo dos processos cognitivos, sociais e emocionais (Marshall, 2016). Aos poucos, surgiu uma nova perspetiva sobre a pessoa, desatualizando a visão do sujeito como mero processador de informação (Koch & Fuchs, 2011; Marshall, 2016), uma visão cognitivista (Koch & Fuchs, 2011). Em contraste a esta conceção medicalizada e objetiva do corpo, as abordagens com base no *embodiment* fazem uma importante distinção entre o corpo objetivo e o corpo vivido (subjetivo) (Gallagher & Payne, 2014; Marshall, 2016), dando real destaque a este último, à cinestesia e ao movimento (Koch & Fuchs, 2011).

O conceito de *embodiment* é referente à relação recíproca entre a mente e o corpo, na medida em que ambos se influenciam mutuamente (Tschacher et al., 2017). O corpo é

visto como um ser vivo, em movimento, com cognição, emoção, percepção e ação (Koch & Fuchs, 2011). Deste modo, os nossos pensamentos e sentimentos são profundamente enraizados no corpo (Weineck & Messner, 2018), implicando processos motores e cognitivo-emocionais (Tschacher et al., 2017). À luz desta teoria, os processos mentais têm impacto no corpo e nas configurações corporais expressas na mente (Tschacher et al., 2017; Weineck & Messner, 2018), denominado de efeito *top-down*. Porém, também se verifica o efeito *bottom-up* (Weineck & Messner, 2018), ou seja, manipulações corporais têm impacto sob estados mentais (Tschacher et al., 2017; Weineck & Messner, 2018). Esta reciprocidade é designada de bidirecionalidade (Tschacher et al., 2017; Koch & Fuchs, 2011; Weineck & Messner, 2018).

Tendo em conta que há uma ênfase na unidade corpo-mente e na experiência do movimento, como um feedback corporal dinâmico, podemos definir quatro tipos de *embodiment*, segundo Koch e Fuchs (2011): estímulos sociais percebidos causam estados corporais; os próprios estados corporais causam estados afetivos; a percepção dos estados corporais de outras pessoas causa a própria imitação corporal; e a congruência dos estados corporais e cognitivos modula a eficácia do desempenho.

Relativamente ao primeiro tipo, devemos ter sempre em conta que os processos de *embodiment* estão envolvidos em qualquer contexto onde existam duas pessoas a comunicar-se, mesmo que sem se tocarem, através de processos sensório-motores (posturas, posições, gestos, expressões faciais, entoação verbal, movimento), que, por sua vez, provocam respostas no outro (Gallagher & Payne, 2014). Cada emoção, afeto e cognição tem um componente sensório-motor (Tschacher et al., 2017).

Quanto aos estados corporais que causam estados afetivos, sabe-se que a sensação corporal e o comportamento influenciam fortemente a reação emocional de uma pessoa em relação a certas situações ou objetos. Neste contexto sugere-se que as emoções são resultado da interação circular entre qualidades afetivas ou possibilidades no ambiente e a ressonância corporal do sujeito. Assim, o movimento e a emoção estão intrinsecamente conectados (Fuchs & Koch, 2014), na medida em que até as posturas corporais tendem a mudar a forma como nos sentimos (Weineck & Messner, 2018). Note-se que a própria qualidade e o ritmo do movimento são um determinante para as reações afetivas, por exemplo, um ritmo suave num aperto de mão gera um afeto mais positivo e uma percepção de personalidade mais aberta e agradável (Koch & Fuchs, 2011).

Se os processos emocionais podem ser causados por ativações musculares, o *embodiment* deve ter implicações na interação social e na comunicação. Para Merleau-Ponty (cit in Tschacher et al., 2017), a base da comunicação é a ressonância intercorpórea, na medida em que um parceiro de interação, através da sua expressão corporal, irá ter um impacto em mim, antes das minhas reflexões cognitivas. Muitas vezes, as respostas de expressão corporal entre dois indivíduos acabam por se contagiar mutuamente, demonstrando assim, o braço da bidirecionalidade do *embodiment* (Tschacher et al., 2017).

Por fim, a congruência entre a expressão corporal de uma emoção e a emoção em si parece aumentar a experiência emocional (Weineck & Messner, 2018).

Embora o *embodiment* influencie a interação pessoa-pessoa, também se verifica a interação pessoa-ambiente (Koch & Fuchs, 2011), atentando os aspetos culturais e individuais de cada pessoa, pois estes tornam-se memória corporal, afetando também as relações entre as possibilidades afetivas, a ressonância corporal e a resposta emocional numa determinada situação (Fuchs & Koch, 2014). Para além disso, no próprio seio da intervenção terapêutica, o design do ambiente terapêutico, como o tipo de objetos facilitadores e as possibilidades dentro da sala, são muito importantes, uma vez que conferem ao sujeito uma forma de resolução de problemas e de estruturar o raciocínio, sem ser puramente mental. A solução é descoberta através do movimento e dos recursos disponíveis no ambiente local (Gallagher & Payne, 2014).

É precisamente a bidirecionalidade e a estreita ligação entre mente e corpo que abre oportunidades para possíveis terapias (Tschacher et al., 2017). São cada vez mais as terapias baseadas no *embodiment*, enquadradas numa abordagem de sistema dinâmico, para dar conta da complexidade dos processos motores e do seu enlace com as funções cerebrais, socioculturais e fatores ambientais (Fuchs & Koch, 2014). Um dos desafios na pesquisa e prática deste conceito é que não existe uma nomenclatura unitária para descrever este tipo de intervenções, por isso, temos denominações tais como “intervenções orientadas pelo corpo” (Weineck & Messner, 2018), que foi a designação eleita para esta revisão sistemática.

As intervenções orientadas pelo corpo têm a capacidade de estender o foco da cognição social ao comportamento social real e de integrar abordagens que permitem o paciente reconhecer emoções (Tschacher et al., 2017). No caso deste tipo de terapias, a ideia base é melhorar as emoções usando o corpo como instrumento (Weineck & Messner, 2018), onde o movimento corporal é orientado para a ação, de forma a moldar os processos

cognitivos (Gallagher & Payne, 2014), permitindo a mudança terapêutica (Weineck & Messner, 2018). Assim, as intervenções orientadas pelo corpo atuam na melhoria da consciência corporal, promovem a expressão emocional e a capacidade de resposta interpessoal (Tschacher et al., 2017). São os processos interpessoais que ocorrem ao nível não-verbal e que ativam memórias, que iniciam os processos de mudança na terapia (Fuchs & Koch, 2014).

Mais especificamente, na Esquizofrenia, pensa-se que o processamento sensorial se encontre fragmentado, incapacitando os pacientes de sentir o Mundo como entidade única e contínua. Tal poderá levar a perturbações corporais e do self, como se verifica em pacientes prodrômicos. Visto que os estados emocionais são ligados ao movimento físico, verifica-se que os pacientes com esquizofrenia tendem a ter níveis de atividade e de movimentos reduzidos, associados a sintomas negativos. Conota-se uma coordenação não-verbal dos movimentos da cabeça reduzido durante conversas didáticas e menor velocidade de movimentos corporais. Esta desorganização de comportamento desempenha um papel significativo nos déficits sociais destes pacientes (Tschacher et al., 2017). Deste modo, as intervenções de embodiment são promissoras para o alívio dos sintomas negativos desta patologia (Weineck & Messner, 2018; Tschacher et al., 2017).

2.4.2. ARTES CRIATIVAS

A utilização das terapias de artes criativas teve origem há mais de meio século. Desde então, a literatura tem vindo a crescer sobre o seu potencial (Chiang, Reid-Varley, & Fan, 2019). A maioria deste tipo de terapia utiliza técnicas de expressão não-verbais (Chiang et al., 2019; Patterson, Debate, Waller, & Crawford, 2011), potencializando a cura (Chiang et al., 2019) e o bem-estar (Anzacata, 2021; Patterson et al., 2011) do indivíduo, através dos efeitos terapêuticos da criatividade (Chiang et al., 2019; Anzacata, 2021). A criatividade, para além de envolver questões do inconsciente, é considerada um fator significativo de proteção face à dificuldades e traumas da vida de uma pessoa (Ahessy, 2013).

As terapias de artes criativas incluem a música, o drama, a dança e movimento e a arte (Ahessy, 2013; Chiang et al., 2019; Anzacata, 2021; Patterson et al., 2011), e, serão descritas com maior detalhe nos pontos que se irão seguir. Um princípio central destas terapias é que qualquer indivíduo, independentemente da sua patologia, pode utilizar estas artes (Ahessy, 2013), não precisando de possuir habilidades artísticas específicas

(Anzacata, 2021; Ahessy, 2013) ou conhecimento das mesmas (Anzacata, 2021), para participar e se beneficiar da terapia (Ahessy, 2013).

Ao serem terapias holísticas (Chiang et al., 2019; Anzacata, 2021) atendem ao bem-estar emocional, cognitivo, físico (Anzacata, 2021; Ahessy, 2013) e psicossocial (Ahessy, 2013), melhorando a qualidade de vida do indivíduo (Chiang et al., 2019; Ahessy, 2013). O grande objetivo das terapias de artes criativas, é, precisamente, permitir que o sujeito se experiencie a si mesmo de forma diferente da usual, desenvolva novas maneiras de se relacionar com os outros (Ahessy, 2013; Anzacata, 2021) e fortaleça a sua resiliência (Ahessy, 2013). São valiosas opções de tratamento, uma vez que permitem aos indivíduos expressarem-se e trabalharem as suas emoções, num ambiente seguro e de suporte. Com o auxílio de processos criativos, fomenta-se a exploração de material inconsciente, melhorando a capacidade de expressão por meio do simbólico (Anzacata, 2021). Deste modo, facilita-se e encoraja-se autoexpressão, autoconsciência, comunicação e desenvolvimento pessoal (Ahessy, 2013).

Apesar de serem necessárias mais evidências científicas e de ainda se verificar alguma falta de rigor metodológico e inconsistência de métodos, na área de saúde mental, cada vez mais se conota a adesão da psiquiatria a abordagens mais holísticas, com métodos psicoterapêuticos, como as artes criativas. Estas intervenções parecem ser de baixo risco para pessoas com problemas do foro psiquiátrico e de alto benefício para minimizar sintomas e maximizar o funcionamento de sujeitos (Chiang et al., 2019). As artes criativas são particularmente eficazes para pessoas que têm dificuldade em se comunicar verbalmente sobre as suas experiências e sentimentos (Ahessy, 2013). Assim, conseguem, não só, aprender e desenvolver novas habilidades artísticas, como aumentam a sua confiança, autoestima, melhoram o humor, o seu funcionamento cognitivo e social, e, reduzem os sintomas adjacentes ao seu diagnóstico (Chiang et al., 2019).

No caso da esquizofrenia, a recomendação deste tipo de terapias tem vindo a ser considerada (Ahessy, 2013), uma vez que se tem vindo a considerar uma prática eficaz neste tipo de patologia (Butler, 2012), nomeadamente ao nível dos sintomas negativos (Butler, 2012; Ahessy, 2013).

2.4.2.1. TERAPIA DE DANÇA/MOVIMENTO

A terapia de dança/movimento surgiu na década de 40, com dançarinos talentosos, que se aperceberam dos benefícios de utilizar a dança e o movimento como forma de

terapia (ADTA, 2020). Esta terapia é definida pelo uso psicoterapêutico do movimento para promover a integração emocional, social, cognitiva e física do indivíduo, com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar (ADTA, 2020; Acolin, 2016). Assim, o foco da terapia é o movimento como expressão não verbal (ADTA, 2020; Koch & Fischman, 2011; André et al., 2004) utilizando o corpo como mediador, resultando em expressões faciais, gestos, posturas e interações (Koch & Fischman, 2011; André et al., 2004). Esta é uma abordagem holística de cura, baseada na ideologia de que mente, corpo e espírito são inseparáveis e estão interconectados, na medida em que modificações a nível corporal vão influenciar a mente e vice-versa (ADTA, 2020; Koch & Fischman, 2011; Acolin, 2016).

Na dança existe o reconhecimento tanto de habilidades motoras, como de expressividade emocional, uma vez que o corpo expressa emoções que são controladas por modelagem consciente e socializada e as representações de palavras são substituídas por gestos vinculados por habilidades motoras. Ao se propor, por exemplo, tarefas sobre a imagem corporal, através de manifestações corporais, sensações proprioceptivas e cinestésicas, posturas e gestos, estamos a abrir espaço para expressões afetivo-emocionais, evidenciando o propósito expressivo da atividade motora (André et al., 2004).

Ao se falar de expressividade pressupõem-se espacialidade e temporalidade. A dança coloca o corpo em ação para este sentir, viver, se apropriar e reapropriar. O próprio movimento faz parte de uma dimensão temporal, estruturante e organizadora. Envolve o desdobramento do corpo ao longo de um determinado período de tempo, sucessões e sequencias de movimentos que podem ser prolongados ou encurtados. A experiência de temporalidade pode introduzir a ritmicidade a partir de ritmos internos ou externos (e.g. ritmo do grupo, música). Assim, o paciente experiencia diferentes possibilidades motoras, explorando a aceleração, lentificação, pausas e os seus próprios obstáculos temporais, proporcionando à pessoa novas formas de funcionamento e um despertar de emoções e ressonâncias afetivas. Por outro lado, em termos espaciais, o paciente reforça o espaço corporal pessoal, vivencia limites, diferencia self de não self e a individualização dentro/fora. Perceciona ainda pontos de deslocamento de referências externas (direções) e internas (orientação) (Giromini et al., 2015). Em suma, permite-se ao indivíduo a aquisição de novos conhecimentos sensoriais e motores a partir da observação de

movimentos, análise das suas repercussões no próprio corpo e a sua inscrição no tempo e espaço (André et al., 2004).

Devemos também atentar que o contacto, a respiração e a voz são moduladores tónicos, que nos fornece acesso à qualidade expressiva do corpo em movimento, precisão de formas, orientações e ritmos. Deste modo, a modulação tónica torna cada movimento novo e único. Como terapeutas, deve-se estimular os indivíduos a diversificar os seus estados tónicos pela ação e, possivelmente, propondo verbalização do sentimento, abrindo espaço para a simbolização que constitui um movimento físico e psíquico (Giromini et al., 2015).

Esta terapia faz uso do movimento e da dança como meio de comunicação, avaliando quais são os bloqueios do indivíduo (Koch & Fischman, 2011), e, uma vez que não são voltadas para a performance, mas sim, configuradas para permitir a mediação corporal, oferecem estimulação em toda a experiência corporal do paciente, fortalecendo a coesão interna (André et al., 2004). A terapia de dança/movimento trabalha, portanto, sobre a imagem corporal e a experiência corporal (André et al., 2004), colocando as pessoas em movimento de forma adaptável e lúdica (Giromini et al., 2015). O próprio movimento apoia a integração das partes do corpo, melhora a consciência corporal e a unificação corpo-mente, promovendo uma interação harmoniosa. Acredita-se que, por consequente, quanto maior o repertório de movimento e a capacidade motora, maior será a flexibilidade psicológica (Acolin, 2016).

A terapia de dança/movimento vai contribuir para: canalizar agressividade (André et al., 2004), para o autodesenvolvimento (André et al., 2004; Koch & Fischman, 2011; Pohlmann, Koch & Fuchs, 2017), modificar a imagem corporal sem quebrar os limites do indivíduo (André et al., 2004) e melhorar a mesma (Pohlmann et al., 2017). Promove ainda o bem-estar (Koch & Fischman, 2011; Pohlmann et al., 2017), melhor qualidade de vida e estimula humor e afeto positivos (Pohlmann et al., 2017).

O psicomovimento corporal é possível para todo o tipo de paciente (Giromini et al., 2015) e o efeito desta terapia tem vindo a mostrar-se positivo na redução de sintomatologia numa variedade de populações (Pohlmann et al., 2017). Mais especificamente, no caso da esquizofrenia, privilegiar a dança e mediações que ajudem o sujeito a perceber o seu corpo como contínuo e unificado, reestruturando ou estabelecendo a sensação de continuidade interna, é muito importante (Albaret, Scialom, & Giromini,

2018). A sincronicidade não verbal no corpo em interação é um potencial fator para que existam resultados na terapia com pacientes com esquizofrenia. Cada vez mais se tem vindo a perceber que terapias orientadas pelo corpo ajudam a atender às necessidades de pessoas com esta perturbação, verificando-se uma redução na sintomatologia negativa e aumento do bem-estar (Pohlmann et al., 2017).

2.4.2.2. ARTETERAPIA

A arteterapia teve origem em meados do século 20 (Patterson et al., 2011), porém a sua definição universal é, até aos dias de hoje, pouco consensual, visto que existem diversas abordagens teóricas e definições, não ficando claro qual a mais aceite (Attard, & Larkin, 2016). Esta terapia tem aplicação não só na área médica e de saúde, como também em áreas sociais (EFAT, 2018; Patterson et al., 2011) e educacionais, podendo ser realizada com todas as faixas etárias, individualmente, ou, em contexto de grupo (EFAT, 2018). Com o ambiente e estímulo adequados, qualquer pessoa pode usufruir das suas habilidades criativas (McAlevy, 2016).

Esta intervenção é caracterizada por recorrer à arte como principal forma de expressão e comunicação, tendo um papel facilitador quando a interação verbal é difícil (Attard, & Larkin, 2016). Sendo a arte um mediador, oferece uma forma segura e indireta para o indivíduo contactar consigo mesmo (Attard, & Larkin, 2016) e manifestar as suas necessidades psicológicas mais profundas e ocultas, acessando à sua história pessoal e cultural (Van Lith, 2015).

A arteterapia baseia-se na premissa de que o processo criativo com recurso a materiais de arte visuais e táteis, como o desenho, a pintura, a escultura (EFAT, 2018; McAlevy, 2016), a cerâmica e os têxteis (McAlevy, 2016), gerados na autoexpressão (EFAT, 2018; Patterson et al., 2011), aprimora a conexão mente-corpo, promovendo desenvolvimento pessoal e melhorando o bem-estar psicológico, cognitivo e relacional dos indivíduos (EFAT, 2018). As imagens obtidas (produções artísticas criadas pelo paciente) podem ser vistas como fragmentos do eu interno de quem as produziu. À medida que refletem sobre as suas obras, tornam-se cientes das qualidades emotivas das mesmas, que ressoam as suas experiências pessoais, tornando-se, assim, mais conscientes de si mesmo (Van Lith, 2015).

Através deste ambiente terapêutico seguro, sem julgamentos, (EFAT, 2018; Attard, & Larkin, 2016) a arteterapia tem como principais objetivos ajudar a reduzir ansiedade, depressão, melhorar relacionamentos, regular o afeto, aumentar a consciência e autorreflexão (EFAT, 2018) e lidar com conflitos internos (Van Lith, 2015; EFAT, 2018). Para além de aumentar a criatividade do indivíduo, aumenta a expressão emocional, comunicação, percepção e capacidade de se relacionar consigo (Attard, & Larkin, 2016) e com outrem (Attard, & Larkin, 2016; McAlevey, 2016).

Cada vez mais as práticas baseadas na arte têm atraído o interesse na área da saúde mental, uma vez que oferecem uma abordagem centrada na pessoa e orientada para a recuperação (Van Lith, Schofield, & Fenner, 2012; Van Lith, 2015). Contudo, são necessárias mais evidências da eficácia da arteterapia em pessoas com doenças mentais (Patterson et al., 2011; McAlevey, 2016). No caso de sujeitos com psicose, (Attard, & Larkin, 2016), alguns autores relatam benefícios que abrangem aspetos emocionais (Van Lith et al., 2012), psicológicos (Van Lith, 2015) e sociais (Van Lith et al., 2012; Van Lith, 2015). Attard e Larkin (2016) consideram até que, fisicamente, a terapia acalma os pacientes e os distrai dos seus sintomas (Attard, & Larkin, 2016; Van Lith et al., 2012).

As contribuições encontradas para a esquizofrenia foram ao nível da melhoria da qualidade de vida (Attard, & Larkin, 2016), autoexpressão (Patterson et al., 2011; Van Lith, 2015) e autodescoberta (Van Lith, 2015). Verificou-se que também podem ter melhorias ao nível do funcionamento psicossocial (relações sociais e identidade social) (Van Lith, 2015; Attard, & Larkin, 2016; Van Lith et al., 2012) e um aumento de autoestima e autoconfiança (Attard, & Larkin, 2016; Van Lith et al., 2012), podendo dever-se ao facto da terapia ser realizada em ambiente de grupo (Van Lith et al., 2012). Especificamente quanto aos sintomas negativos, a arteterapia pode ser um tratamento adjuvante ao usual para os reduzir (Van Lith et al., 2012; Attard, & Larkin, 2016; McAlevey, 2016; Patterson et al., 2011). Uma vez que as pessoas com esquizofrenia têm, frequentemente, dificuldades em identificar os seus próprios estados e os dos outros, isolando-se socialmente, recorrer a este tipo de terapia em grupo, poderá ser benéfico para aumentar o senso de pertença a um grupo, melhorando assim a interação social e a autoestima. Ao comunicarem e confiarem nos membros do grupo, compartilhando experiências semelhantes, faz com que se sintam mais valorizados, respeitados e aceites, diminuindo o isolamento social e a sensação de estar sozinho (Attard, & Larkin, 2016).

Assim, a arteterapia poderá reduzir a estigmatização e fazer os pacientes recuperarem a sua identidade (Van Lith, 2015).

2.4.2.3. MUSICOTERAPIA

A história está repleta da crença curativa da música, desde a antiguidade grega até às civilizações orientais. A musicoterapia surgiu como um ramo da medicina alternativa (Solanki, Zafar, & Rastogi, 2013) e define-se pelo uso da música e dos seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) (WFMT, 2011; Solanki et al., 2013) como intervenção em ambientes médicos, educacionais, quotidianos (WFMT, 2011) e terapêuticos (CAMT, 2020), com o intuito de otimizar a qualidade de vida (WFMT, 2011) e bem-estar (WFMT, 2011; CAMT, 2020), melhorar os domínios cognitivo, emocional (Solanki et al., 2013; CAMT, 2020), físico, social e comunicativo (WFMT, 2011; Solanki et al., 2013; CAMT, 2020). A musicoterapia visa desenvolver e/ou restaurar funções do indivíduo, para que este possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal (Solanki et al., 2013). Esta terapia pode ser utilizada em diversas faixas etárias (CAMT, 2020), bem como em variadas patologias mentais (CAMT, 2020; Giromini et al., 2015; Solanki et al., 2013), tais como a esquizofrenia (Solanki et al., 2013). Pode ainda ser utilizada em contexto individual ou de grupo (Solanki et al., 2013; Giromini et al., 2015; WFMT, 2011).

A musicoterapia abrange todas as formas de expressão sonora do ser humano numa dimensão simultaneamente temporal, melódica, rítmica, vocal, corporal e instrumental (Giromini et al., 2015). Promove uma interação estruturada em que os pacientes podem gerir alguns dos seus sintomas e expressar os seus sentimentos (McCaffrey, Edwards, & Fannon, 2011), uma vez que se evidencia o potencial dinâmico, expressivo e criativo das pessoas, respeitando a sua singularidade (Giromini et al., 2015).

O ritmo, o corpo, a linguagem, a voz e instrumentos são componente fundamentais nesta terapia. O aprofundamento de um ritmo e de certos aspetos melódicos via imitação, repetição, exploração e manipulação permitem apropriar gradualmente as diferentes noções musicais. Por exemplo, exercícios auditivo-motores permitem estabelecer uma representação do ritmo, ao mesmo tempo que se procura progressivamente o domínio do gesto e a conjugação entre pensamento e ação. Outra forma de apropriação de novas noções é através da produção sonora de ritmos ternários, isto é, sons idênticos aos ritmos

biológicos cardíacos e respiratórios, uma vez que se gera uma dinâmica rítmica amplificada que provoca uma rutura no equilíbrio rítmico individual, em torno do qual se articula cada sensibilidade humana (Giromini et al., 2015).

Existem técnicas utilizadas na musicoterapia que podem ser classificadas como ativas (CAMT, 2020; Solanki et al., 2013), onde as pessoas recriam, improvisam ou compõem música (Solanki et al., 2013), ou, pode ser do tipo recetivo (CAMT, 2020, Solanki et al., 2013), onde se ouve música (Solanki et al., 2013). Tudo depende das necessidades e preferências do paciente (CAMT, 2020). Estas técnicas podem incluir ainda canto, tocar instrumentos, atividades rítmicas, improvisação, composição musical e experiências baseadas na imagem (CAMT, 2020).

Fisiologicamente, a música aparenta afetar apenas a percepção auditiva, porém, as manifestações sensoriais vão muito além da audição. A experiência musical, ao estar carregada de associações com elevada emoção podem evocar e alterar respostas emocionais (Solanki et al., 2013). O próprio ritmo da música pode estruturar o comportamento ao influenciar diretamente as emoções (Solanki et al., 2013) e, por sua vez, alterar o funcionamento fisiológico, tais como a frequência cardíaca (Barcelos et al., 2018; Solanki et al., 2013), tónus muscular, pressão arterial e respiração. Quando tocamos música, todas as áreas em rede do sistema límbico são estimuladas, tornando-se um veículo perfeito para a expressão emocional (Solanki et al., 2013). A própria música e os sons instrumentais induzem movimento corporal e despertam emoções através do aspeto dinâmico das estruturas rítmicas e melódicas (Giromini et al., 2015), proporcionando uma interação espontânea e a expressão de sentimentos (Barcelos et al., 2018).

Para além disso, mediações como a música favorecem a percepção do corpo como contínuo e unificado, restaurando/estabelecendo a sensação de continuidade interna (Giromini et al., 2015), melhorando as habilidades motoras (Barcelos et al. 2018; Solanki et al., 2013; Giromini et al., 2015). A musicoterapia favorece também trocas relacionais e de linguagem (Solanki et al., 2013), melhorando a socialização e comunicação (Solanki et al., 2013; Giromini et al., 2015; Barcelos et al., 2018), diminui o stress (Solanki et al., 2013) e aumenta a qualidade de vida, bem-estar e autoestima (Barcelos et al., 2018). Conota-se ainda que ouvir música promove melhorias ao nível cognitivo-atenção e memória (CAMT, 2020; Giromini et al., 2015; Solanki et al., 2013).

Especificamente na esquizofrenia, sabe-se que a musicoterapia pode ser um bom complemento ao tratamento padrão (Solanki et al., 2013). É também uma terapia benéfica para melhorias do estado global do paciente, melhorias do funcionamento social e redução de sintomas negativos (McCaffrey et al., 2011; Solanki et al., 2013), nomeadamente aumentando a capacidade de comunicação com outrem, reduzindo o isolamento social (McCaffrey et al., 2011) e aumento dos níveis de interesse em atividades sociais (CAMT, 2020; McCaffrey et al., 2011).

2.4.2.4. DRAMATERAPIA

Durante milénios, rituais de cura com recurso ao drama foram conduzidos por xamãs, porém, a dramaterapia foi internacionalmente desenvolvida apenas na década de 1940 (Casson, 2001). Esta terapia tem as suas raízes com influência no teatro grego (ideias de ritual e catarse), na teoria de Winnicott (sobreposição entre o jogo e a terapia), e o conceito de drama de Boal (como ação social) (Mele et al., 2018). A base teórica da dramaterapia reside, portanto, no drama, teatro, psicologia, psicoterapia, antropologia, jogo e processos criativos e interativos (NADTA, 2021).

A dramaterapia é considerada uma prática de *embodiment* ativa e com base na experiência (NADTA, 2021), facilitando a mundança (Cassidy, Turnbull, & Gumley, 2014). Esta prática visa obter resultados terapêuticos através do uso intencional de processos dramáticos e/ou teatrais (NADTA, 2021; Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018; Mele et al., 2018; Casson, 2001; Cassidy et al., 2014; Bourne, Andersen-Warren, & Hackett, 2018), uma vez que o drama explora a profundidade e a amplitude da experiência interior e aprimora as habilidades de relacionamento interpessoal (NADTA, 2021). Esta terapia pode ser realizada individualmente ou em grupo (NADTA, 2021) e é direcionada a todo o tipo de população (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018; NADTA, 2021), não sendo necessário ser “bom” na área da atuação para se poder beneficiar de drama terapia (NADTA, 2021).

A forma mais básica de dramaterapia é conhecida por “modo criativo-expressivo”, que consiste na atividade com recurso ao jogo dramático e exercícios de improvisação para estimular a espontaneidade e criatividade dentro de uma estrutura segura (Mele et al., 2018). Contudo, para além do jogo e da improvisação (NADTA, 2021; Bourne et al., 2018; Cassidy et al., 2014), existem outras técnicas utilizadas nesta terapia, tais como: desempenho de papéis e personificação, empatia, distanciamento, testemunho (NADTA,

2021; Cassidy et al., 2014), performance (NADTA, 2021; Bourne et al., 2018; Cassidy et al., 2014), metáfora (NADTA, 2021), dramatização (Bourne et al., 2018; Cassidy et al., 2014) e projeção (Cassidy et al., 2014).

Em termos de benefícios desta prática, verificam-se resultados ao nível da aprendizagem, do desenvolvimento e da comunicação (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018), sendo que através das suas técnicas se facilita a criatividade (Mele et al., 2018; Cassidy et al., 2014; Bourne et al., 2018; Casson, 2001), imaginação, perceção (Mele et al., 2018; Cassidy et al., 2014; Bourne et al., 2018), espontaneidade (Casson, 2001), expressividade física e clareza de discurso (Mele et al., 2018).

A dramaterapia aparenta ser adjuvante no caso de o sujeito estar a sofrer de perda, estigmatização social, isolamento, transições e conflitos (NADTA, 2021). Os programas desta prática visam desenvolver hábitos saudáveis, melhorando as habilidades e qualidade de vida perante as diferentes doenças, para prevenir a deterioração ou até o seu início (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018). Para além de promover mudanças positivas de humor (NADTA, 2021), aumenta o autoconhecimento, a confiança e a autoestima (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018).

Visto que esta terapia é especialmente útil e uma forma alternativa para interagir com indivíduos na qual a comunicação verbal é limitada ou desafiante (Bourne et al., 2018), uma vez que é orientada para a ação (Mele et al., 2018), a esquizofrenia é uma das patologias que se podem beneficiar de dramaterapia (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018; Bourne et al., 2018).

Esta terapia é uma ferramenta eficaz no combate ao isolamento social e facilitadora da reintegração do indivíduo com esquizofrenia à comunidade, com a criação de vínculos com os demais participantes, num ambiente protegido e num contexto motivador (Mele et al., 2018). O grupo, ao oferecer suporte emocional (Bourne et al., 2018), incentiva à expressão de emoções que podem ser ameaçadoras, pois podem ser tratadas dentro da segurança do grupo (Mele et al., 2018). Em termos de desenvolvimento emocional, incentiva-se a expressão, a criatividade e o reconhecimento das emoções de outem (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018). Proporciona-se também a capacidade de o indivíduo personificar personagens e representar emoções, criando possibilidade de experienciar esses sentimentos. Desta forma, o sujeito torna-se mais consciente das suas

próprias emoções, pois é incentivado e auxiliado a usar expressões faciais, gestos, expressão geral do corpo, e a própria modulação de voz (Mele et al., 2018).

Sugere-se que esta terapia fornece aos participantes meios de regulação para que possam distinguir realidade e fantasia. Num espaço de segurança, permite-se que o material psicológico da pessoa seja trabalhado, subjacente à ideia de que “é apenas uma história”. Apesar de existir receio sobre esta questão do limiar da realidade e da fantasia, poder entrar e sair de um personagem é potencialmente auxiliador na diferenciação, uma vez que a expressão é contida num espaço de jogo com limites (Butler, 2012).

Em suma, uma vez que os indivíduos sofrem de perda de papéis sociais, através do drama existe a oportunidade de satisfazer o ato de desempenhar, numa realidade adicional, papéis que o mundo exterior não lhes permite (Butler, 2012). É permitido ao sujeito recodificar a sua vida com as novas experiências, em que assume riscos e lhe traz mudança, gerando uma sensação de realização e bem-estar (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018). Nenhum agravamento de sintomas foi referido com a intervenção dramática (Bourne et al., 2018), porém as evidências são limitadas (Cassidy et al., 2014) e são necessárias mais pesquisas (Bourne et al., 2018), sobre a eficácia das técnicas utilizadas (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018; Cassidy et al., 2014). Que seja do nosso conhecimento, ainda não existe nenhuma evidência que especifique concretamente o efeito da dramaterapia nos sintomas negativos.

2.4.3. INTERVENÇÕES *MIND-BODY*

As intervenções *mind-body* são caracterizadas por movimentos físicos lentos, em que se alongam e relaxam os músculos esqueléticos, enquanto se coordena com respiração abdominal profunda e um estado meditativo da mente (Wei et al., 2020). Este tipo de prática enfoca a comunicação e a conexão entre a mente e o corpo, onde a capacidade da mente e a fisiologia do corpo se influenciam, de forma dinâmica e mútua (Lin, Lee, Tong, Lee, & Chen, 2014). O movimento do corpo com foco mental visa explorar os recursos internos do indivíduo (Lin et al., 2014; Wang, Beauchemin, Liu, & Lee, 2019) a nível emocional, mental e espiritual, de forma a alcançar a saúde física (Lin et al., 2014). Nesta definição estão incluídos programas tais como Mindfulness (Lin et al., 2014; Wang et al., 2019), Tai-Chi e Yoga (Lin et al., 2014; Wang et al., 2019; Wei et al., 2020), que serão descritos com mais detalhe seguidamente.

Cada vez mais as práticas integrativas e alternativas estão a ganhar espaço na área da saúde (Wang et al., 2019), pois a sua prática provoca uma resposta básica de relaxamento (Lin et al., 2014) e promove o equilíbrio dinâmico entre a mente, o corpo e o espírito, resultando na melhoria da saúde mental e bem-estar dos indivíduos (Wang et al., 2019). Assim sendo, as intervenções *mind-body* têm vindo a ser enfatizadas para perturbações mentais, como a esquizofrenia (Wei et al., 2020; Wang et al., 2019), tendo resultados ao nível da função cognitiva, psicossocial (Lin et al., 2014), sintomas depressivos, sintomas positivos e sintomas negativos (Wei et al., 2020; Lin et al., 2014). Apesar dos efeitos das intervenções *mind-body* diferirem consoante os diferentes estágios da doença, não aparenta existir nenhum efeito adverso (Lin et al., 2014).

Este tipo de intervenção é considerada viável e promissora como tratamento complementar (Wei et al., 2020; Lin et al., 2014; Wang et al., 2019), contudo, são necessárias mais evidências (Wang et al., 2019; Lin et al., 2014) da sua eficácia nesta patologia e de como podem ser adjuvantes ao tratamento farmacológico tradicional (Wang et al., 2019).

2.4.3.1. TAI-CHI

O Tai-Chi foi desenvolvido a partir de uma antiga arte marcial chinesa (Solloway et al., 2016), sendo hoje em dia uma intervenção tradicional chinesa (Kang et al. 2016; Lin et al., 2014). É considerado um exercício aeróbico de intensidade leve a moderada com base na filosofia de saúde oriental (Kang et al. 2016).

Dentro das intervenções de Tai-Chi existem estilos muito variados (Solloway et al., 2016; Huston & McFarlane, 2016), porém, podemos caracterizar esta prática como uma série de movimentos lentos (Zou et al., 2020; Solloway et al., 2016) e suaves (Huston & McFarlane, 2016; Solloway et al., 2016; Lin et al., 2014), que são coordenados com a respiração diafragmática, alongamento musculoesquelético, relaxamento e consciência corporal (Zou et al., 2020). Assim, o movimento meditativo (Huston & McFarlane, 2016; Solloway et al., 2016) é um movimento contínuo (Li et al., 2014) projetado para fortalecer e relaxar o corpo (Huston & McFarlane, 2016; Solloway et al., 2016) e a mente (Huston & McFarlane, 2016), melhorar o fluxo sanguíneo, o equilíbrio, a proprioção e consciência de como o corpo se move através do espaço. Pode ser praticada em grupo ou individualmente e cada vez mais é praticada pelos seus benefícios na saúde (Solloway et al., 2016).

Pode-se considerar o Tai-Chi uma intervenção corpo-mente (Kang et al. 2016; Huston & McFarlane, 2016; Lin et al., 2014), uma vez que integram o movimento do corpo com propósito mental. Há um foco mental interno, concentração nos movimentos do corpo, respiração controlada e atenção ao alinhamento. Verifica-se uma conexão e comunicação entre a mente e o corpo, na medida em que se afetam dinamicamente (Lin et al., 2014).

Alguns autores relatam benefícios desta intervenção ao nível fisiológico e psicológico, mais especificamente, melhorias em termos de equilíbrio, estabilidade postural, força (Huston & McFarlane, 2016; Solloway et al., 2016; Lin et al., 2014), flexibilidade, qualidade do sono, bem-estar (Huston & McFarlane, 2016; Solloway et al., 2016), relaxamento (Huston & McFarlane, 2016; Lin et al., 2014), apoio social (Huston & McFarlane, 2016) e qualidade de vida (Solloway et al., 2016).

No caso de indivíduos que sofrem de psicose, os exercícios corpo-mente são um complemento viável ao tratamento habitual (Lin et al., 2014) e uma mais-valia para melhorar sintomas psicopatológicos (Kang et al. 2016) e sintomas negativos (Kang et al. 2016; Lin et al., 2014), nomeadamente a anedonia, alogia, avolição, embotamento afetivo e isolamento social (Wang et al., 2019). Melhora ainda o funcionamento psicossocial e a função cognitiva (Lin et al., 2014), aumentando a qualidade de vida dos indivíduos (Kang et al. 2016). O Tai-Chi apresentou resultados promissores para pessoas com esquizofrenia ao nível da memória, atenção a curto prazo, na coordenação do movimento e sequenciação, (Wang et al., 2019), podendo ter um efeito preventivo na deterioração do movimento (Wang et al., 2019; Lin et al., 2014).

Apesar de já existirem vários relatos dos benefícios do Tai-chi, ainda falta avaliar mais detalhadamente os ganhos que esta terapia pode trazer nas diversas populações e nas variadas condições físicas e mentais (Zou et al., 2020).

2.4.3.2. MINDFULNESS

Diferentes estilos e formas de meditação são encontrados em quase todas as culturas e religiões (Tang, Hölzel, & Posner, 2015; Mindfulness, 2020). Porém, a meditação *mindfulness* deriva das tradições de meditação budista (Tang et al., 2015; Böge et al., 2020a; Lin et al., 2014). Aos poucos foi ganhando popularidade no mundo ocidental e, hoje em dia, é um exercício terapêutico (Böge et al., 2020a).

O *mindfulness* é uma intervenção mente-corpo (Li et al., 2014) que foca a atenção no momento presente (Mindfulness, 2020; Tang et al., 2015; Creswell, 2017; Lin et al., 2014; Jansen, Gleeson, Bendall, Rice, & Alvarez-Jimenez, 2019), sem julgamentos (Mindfulness, 2020; Chadwick, 2014; Tang et al., 2015; Lin et al., 2014; Böge et al., 2020a).

Esta prática confere a tomada de consciência de sensações físicas (OMC, 2020; Mindfulness, 2020; Creswell, 2017; Böge et al., 2020), emoções (Mindfulness, 2020; Creswell, 2017), sentimentos (OMC, 2020; Böge et al., 2020a) e pensamentos (OMC, 2020; Mindfulness, 2020; Böge et al., 2020a), tal como eles são no momento presente (OMC, 2020) e sem reagir de forma automatizada (Mindfulness, 2020), contrastando com a maior parte da nossa experiência de vida (Creswell, 2017). À medida que vamos prestando atenção a como nos estamos a sentir e ao que estamos a pensar, tornamo-nos melhores detetores de emoções e pensamentos difíceis (OMC, 2020) e tomamos consciência de quais são os nossos padrões negativos (Mindfulness, 2020). Assim, podemos lidar com eles com maior facilidade (OMC, 2020), uma vez que aumentamos a possibilidade de escolha para responder a situações árduas (Mindfulness, 2020) e estimulamos a mudança na forma como reagimos (OMC, 2020).

As práticas baseadas em *mindfulness* costumam utilizar exercícios de scan corporal, respiração e movimentos que auxiliam a consciencialização das sensações corporais, pensamentos e sentimentos, no exato momento em que estão a ser experienciados (OMC, 2020; Lin et al., 2014). Deste modo, desenvolvemos uma atenção mais consciente para as atividades da vida diária (OMC, 2020). Apesar de todos os exercícios anteriormente descritos serem importantes, neste tipo de intervenção a respiração é fulcral, pois é uma constante e quando a mente divaga durante a prática, é através da respiração que se consegue trazer de novo o foco ao momento presente (OMC, 2020). Apesar da heterogeneidade das aplicações desta terapia, todas as intervenções baseadas no *mindfulness* compartilham os mesmos componentes básicos: autorregulação da atenção (Lin et al., 2014; Tang et al., 2015; Tabak, Horan, & Green, 2015), autorregulação emocional (Tang et al., 2015; Tabak et al., 2015) e capacidade de abordar as próprias experiências com abertura, aceitação (Lin et al., 2014; Tang et al., 2015; Tabak et al., 2015; Creswell, 2017) e compaixão (Lin et al., 2014; Jansen et al., 2019; Böge et al., 2020a).

Nos últimos anos, esta intervenção proliferou numa ampla gama da área de saúde física e mental (Chadwick, 2014), sendo que qualquer pessoa pode beneficiar desta prática, independentemente do diagnóstico (Ting, Tam, & Jacobsen, 2020). Para além de promover a autorregulação (Creswell, 2017), aumenta o bem-estar (Ting et al., 2020; Tang et al., 2015; Creswell, 2017), a capacidade de resiliência, memória (Mindfulness, 2020) e concentração (Mindfulness, 2020; Tang et al., 2015). Reduz ainda o stress (Mindfulness, 2020; Tang et al., 2015) e a reatividade fisiológica a estímulos desagradáveis (Tang et al., 2015). Contudo, existe ainda pouca pesquisa sobre esta prática em perturbações mentais, pairando uma preocupação se estas intervenções poderão ser prejudiciais e causar exacerbação dos sintomas psicóticos em indivíduos vulneráveis à psicose (Böge et al., 2020a; Chadwick, 2014; Tabak et al., 2015).

Apesar das preocupações, o *mindfulness* tem vindo a ser demonstrado como uma intervenção promissora em perturbações do espectro da esquizofrenia (Böge et al., 2020a; Böge, Thomas, & Jacobsen, 2020). Hoje sabe-se que a privação sensorial, isolamento social, jejum e privação do sono são fatores de risco para recaída psicótica (Böge et al., 2020b) e que, por isso, esta prática deve ter uma aplicação cautelosa (Lin et al., 2014). Assim, foi adaptada para poder ser aplicada com sucesso, segurança e eficácia na esquizofrenia (Böge et al., 2020a; Chadwick, 2014). Estas adaptações passam por: diminuir a duração da prática (Böge et al., 2020a, 2020b), limitando-a a dez minutos (Chadwick, 2014; Tabak et al., 2015); minimizar os períodos de silêncio (Böge et al., 2020a, 2020b; Tabak et al., 2015), para evitar que os sujeitos se percam em vozes ou rumações características do seu quadro clínico. A orientação durante a meditação é fulcral a cada 30 a 60 segundos e deve referir-se às sensações psicóticas, fazendo parecer algo natural, sem dar nenhuma especial relevância acima das outras sensações que surjam (Chadwick, 2014). Deve-se também reduzir o grupo (Böge et al., 2020a, 2020b) e utilizar linguagem acessível e simples (Böge et al., 2020b).

O principal objetivo no caso da esquizofrenia não é eliminar sintomatologia (Chadwick, 2014; Ting et al., 2020), mas, sim, aprender a responder a ela de forma diferente, menos angustiante (Chadwick, 2014). Pretende-se reduzir o sofrimento e o comprometimento funcional (Ting et al., 2020). Ao se modificar a relação com os sintomas, estimula-se uma melhor aceitação da psicose e recupera-se o poder do eu (Lin et al., 2014). As intervenções com base no *mindfulness* vão ser uma forma alternativa das pessoas conseguirem relacionar-se com os seus sintomas e experiências internas adversas

(Ting et al., 2020), levando à dessensibilização das mesmas (Böge et al., 2020a), à sua aceitação (Böge et al., 2020a; Jansen et al., 2019) e, conseqüentemente, ao declínio de sintomas (Böge et al., 2020a).

Embora sejam necessárias mais pesquisas neste âmbito (Tabak et al., 2015; Böge et al., 2020a; Chadwick, 2014; Ting et al., 2020), existem relatos de que o *mindfulness* melhora a regulação emocional (Tabak et al., 2015; Creswell, 2017), sintomas ansiosos e depressivos (Tabak et al., 2015; Creswell, 2017; Jansen et al., 2019; Böge et al., 2020a), aumenta a motivação (Tabak et al., 2015), auto-estima (Böge et al., 2020a), memória, atenção (Creswell, 2017; Böge et al., 2020a) e resolução de problemas (Creswell, 2017). Reduz também as taxas de reinternação (Tabak et al., 2015; Böge et al., 2020a, 2020b; Lin et al., 2014; Wang et al., 2019) e duração da mesma (Wang et al., 2019).

Para além disso, a meditação oferece o alívio de sintomas positivos (Ting et al., 2020; Chadwick, 2014; Böge et al., 2020a; Lin et al., 2014; Wang et al., 2019) e negativos (Ting et al., 2020; Tabak et al., 2015; Böge et al., 2020a; Jansen et al., 2019; Lin et al., 2014; Wang et al., 2019), melhorando a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia (Jansen et al., 2019; Lin et al., 2014; Böge et al., 2020a) e o seu nível de funcionamento social (Böge et al., 2020a; Jansen et al., 2019; Lin et al., 2014).

2.4.3.3. YOGA

A prática do Yoga surgiu na Índia, onde reconhecem o ser humano como ser multidimensional. Com a dispersão do Yoga pelo Mundo, também a sua prática foi evoluindo e se foi adaptando ao contexto cultural onde é praticado (IAYT, 2016). A própria palavra – Yoga – significa “unir” (Mehta, Keshavan, & Gangadhar, 2016; Shroff & Asgarpour, 2017; Govindaraj, Varambally, Rao, Venkatasubramanian, & Gangadhar, 2020) e é considerada uma prática holística (Shroff & Asgarpour, 2017; Govindaraj et al., 2020), na medida em que se enfoca na mente, no corpo (Govindaraj et al., 2020; IAYT, 2016) e na interação recíproca entre ambos (Shroff & Asgarpour, 2017; IAYT, 2016; Tiwari, 2016; Lin et al., 2014). Tal facto, faz o Yoga ser enquadrado na categoria das intervenções mente-corpo (Tiwari, 2016).

Esta prática é fundamentada na crença de que existe uma influência positiva entre a mente e o corpo em prol da mudança (IAYT, 2016), na medida em que utiliza a mente para modificar o funcionamento físico e promover a saúde (Tiwari, 2016). Assim, a

terapia de Yoga tem como grande objetivo eliminar, reduzir ou controlar sintomas que causem sofrimento ao indivíduo e melhorar a sua funcionalidade (IAYT, 2016), tentando alcançar a integridade do sujeito em todas as suas esferas de funcionamento humano (Tiwari, 2016).

Na ideologia do Yoga acredita-se que através de um corpo flexível, também a mente se torna (Shroff & Asgarpour, 2017). Desta forma, a prática é baseada em exercícios mentais e corporais (Lin et al., 2014) que incluem: *asana*– manutenção de posturas físicas; *pranayama*– prática de regulação da respiração (IAYT, 2016; Mehta et al., 2016; Varambally & Gangadhar, 2016; Lin et al., 2014; Shroff & Asgarpour, 2017); *dhyana*– meditação (IAYT, 2016; Mehta et al., 2016; Lin et al., 2014; Shroff & Asgarpour, 2017), ou, um estado de atenção durante as posturas (Mehta et al., 2016). A respiração sincronizada com os movimentos, é uma constante enfatizada (Mehta et al., 2016) e o tipo mais utilizado é a respiração diafragmática lenta, acabando por ser a ponte entre a mente e o corpo (Shroff & Asgarpour, 2017). Através do foco mental, da concentração nos movimentos do corpo e da respiração profunda controlada, origina-se um equilíbrio interno, físico e emocional (Lin et al., 2014).

Tendo em conta o supracitado, o Yoga tem benefícios físicos e mentais (Lin et al., 2014). Alguns deles são os seguintes:

Benefícios Físicos– existe um forte consenso de que há um impacto positivo no funcionamento e desempenho humano (Tiwari, 2016). O corpo adquire mais força, melhora a flexibilidade, a postura, a qualidade do sono e aumenta os seus níveis de energia. Existe uma diminuição dos níveis de dor, da pressão arterial (Lamb, 2004; Tiwari, 2016) e das frequências respiratória (Lamb, 2004) e cardíaca (Tiwari, 2016). No Yoga o sistema nervoso parassimpático é dominante (Lamb, 2004; Shroff & Asgarpour, 2017), na medida em que os movimentos estáticos e dinâmicos são lentos (Lamb, 2004; Tiwari, 2016), ocorrendo a estabilização do tônus muscular (Lamb, 2004) através do processo de consciencialização interna, com foco na respiração (Lamb, 2004). Promove-se ainda a redução da tensão física (Lin et al., 2014; Tiwari, 2016), a melhoria do equilíbrio (Tiwari, 2016) e um aumento da consciência corporal e das suas capacidades (Lin et al., 2014);

Benefícios Mentais– está comprovado que o Yoga ajuda a reduzir a ansiedade e os níveis de stress (Lin et al., 2014; Tiwari, 2016), melhora a capacidade de concentração (Lin et

al., 2014; Tiwari, 2016; Mehta et al., 2016) e de memória (Lin et al., 2014). Aumenta também a sensação de bem-estar (Tiwari, 2016; Varambally & Gangadhar, 2016; Lamb, 2004; Shroff & Asgarpour, 2017), regula o humor (Tiwari, 2016; Varambally & Gangadhar, 2016; Lamb, 2004) e promove a flexibilidade mental e resiliência (Tiwari, 2016). Por fim, pode ainda ter benefícios ao nível da autoconsciência (Tiwari, 2016; IAYT, 2016; Lin et al., 2014), autoconfiança e autoimagem, encorajando pensamentos positivos e de autoaceitação (Tiwari, 2016).

O Yoga é considerado uma boa forma de promover a saúde mental (Tiwari, 2016; Shroff & Asgarpour, 2017), nomeadamente como terapia complementar para a esquizofrenia (Mehta et al., 2016; Govindaraj et al., 2020; Shroff & Asgarpour, 2017), aparentando ter efeitos positivos ao nível da qualidade de vida (Mehta et al., 2016; Lin et al., 2014; Govindaraj et al., 2020), do bem-estar (Lin et al., 2014; Govindaraj et al., 2020), dos sintomas psicóticos, depressivos (Lin et al., 2014) e ansiosos (Govindaraj et al., 2020). Verificam-se melhorias na cognição social (Govindaraj et al., 2020; Varambally & Gangadhar, 2016) e no funcionamento sócio-ocupacional dos indivíduos (Lin et al., 2014; Govindaraj et al., 2020). Para além de todos os benefícios descritos, vários estudos têm vindo a apontar o Yoga como uma prática promissora para a redução de sintomas negativos (Lin et al., 2014; Govindaraj et al., 2020; Mehta et al., 2016; Wang et al., 2019). Em suma, esta intervenção pode ser realizada por qualquer pessoa sem efeitos adversos (Tiwari, 2016; Shroff & Asgarpour, 2017). Contudo, vários estudos optaram por excluir a meditação desta prática (Lin et al., 2014; Govindaraj et al., 2020). Govindaraj et al. (2020) defendem que, apesar de tudo, se se utilizarem técnicas simples de meditação, que não requerem um foco intenso, nem de longa duração (e.g. *mindfulness*), esta pode auxiliar a reduzir sintomatologia.

2.4.4. PSICOTERAPIA CORPORAL

A psicoterapia corporal é um termo abrangente e heterogéneo, com uma ampla variedade de terapias corporais (Galbusera et al., 2016; Röhricht, 2009). Apesar da literatura carecer de uma definição universalmente aceite e coerente, podemos defini-la como uma estrutura terapêutica que utiliza técnicas não-verbais orientadas para o corpo, visando aumentar a autoconsciência do mesmo (Röhricht, 2009).

Esta terapia é um ramo distinto da psicoterapia, envolvendo crenças centradas no *embodiment* (Röhricht, 2009), sendo fulcral olhar para as interações mente-corpo dos pacientes (Galbusera et al., 2016). O movimento e as experiências emocionais estão interligados, na medida em que modificações ao nível de gestos e de, por exemplo, músculos mímicos da face, podem modificam subjetivamente o humor. Deste modo, a psicoterapia corporal atua, essencialmente, em sintomas de processamento emocional e do comportamento motor e expressivo (Röhricht, 2009).

Esta terapia é considerada mais eficaz do que as terapias baseadas na fala, nomeadamente para pessoas com experiências corporais conturbadas (Röhricht, 2009). Tal facto deve-se à promoção da autoexpressão através da comunicação não-verbal, ajudando os pacientes a experienciarem-se a si mesmos de forma diferente e a explorar diversas maneiras de se relacionarem com outrem (Röhricht, Papadopoulos, Holden, Clarke, & Priebe, 2011). Através do diálogo corporal é muito mais fácil estabelecer um contacto social não ameaçador (Röhricht, 2014). O facto de estarem num ambiente de grupo também é um fator adjuvante para o relacionamento com outros (Röhricht et al., 2011).

Embora o corpo seja o local de experiência percetiva e afetiva, não serve apenas de base para relacionamento com o mundo, mas também como espaço experiencial de traumas, ameaças e conflitos (Röhricht, 2014; Fuchs & Röhricht, 2017).

Tendo em conta o supracitado, o processo terapêutico vai abranger processamento emocional, regulação afetiva e autoconsciência corporal, de modo a impactar nos problemas psicológicos dos indivíduos (Röhricht, 2009). Desta forma, os sujeitos obtêm novas experiências e informações, que envolvendo domínios da cognição, emoção, perceção e ação motora, uma vez que se centram em experiências do imediatismo, processos de auto-experiência, atenção e consciência corporal (Fuchs & Röhricht, 2017; Röhricht, 2009).

A psicoterapia corporal ao proporcionar atividades com movimento e com estimulação à expansão do mesmo, fortalece a autonomia de ação, trabalha sobre o esquema corporal (Röhricht, 2014) e aumenta a flexibilidade do padrão de movimento (Röhricht et al., 2011). Além disso, os indivíduos melhoram comportamentos expressivos, tais como comportamentos comunicativos e expressão emocional (Röhricht et al., 2011).

As intervenções predominantemente não-verbais foram desenvolvidas especialmente para psicopatologias relacionadas com o corpo, como a esquizofrenia (Fuchs & Röhrich, 2017; Galbusera et al., 2016), que não correspondem tanto a terapias baseadas na fala, por não serem o meio terapêutico mais adequado (Galbusera et al., 2016). Neste tipo de perturbação, a maior estratégia de intervenção é utilizar o corpo como ponto de ancoragem para conexão com o mundo (Röhrich, 2014) e reconstruir a estrutura egóica (Röhrich, 2014; Fuchs & Röhrich, 2017; Röhrich et al., 2011).

A psicoterapia corporal é recomendada para esta patologia especialmente para a redução da sintomatologia geral (Galbusera et al., 2016) e dos sintomas negativos (Galbusera et al., 2016; Röhrich et al., 2011; Fuchs & Röhrich, 2017; Röhrich, 2009). Porém, quando há uma destruturação muito grave do ego e um comportamento muito desorganizado, esta terapia não é recomendada (Röhrich, 2014).

Relativamente aos sintomas negativos, a psicoterapia corporal tem como principais objetivos fortalecer limites corporais fomentando a autoconsciência corporal, ampliar a gama de respostas emocionais a estímulos ambientais, explorar comportamentos expressivos e comunicativos (Röhrich, 2014; Fuchs & Röhrich, 2017), a fim de reduzir o embotamento afetivo (Röhrich, 2009, 2014; Fuchs & Röhrich, 2017) e melhorar as capacidades sociais (Fuchs & Röhrich, 2017; Röhrich, 2009). Esta terapia promove melhorias na capacidade de identificar e expressar emoções (Fuchs & Röhrich, 2017) e melhora a lentificação psicomotora (Röhrich, 2009, 2014).

3. METODOLOGIA

Para que a revisão sistemática seja bem estruturada foi previamente elaborado um protocolo, que foi registado na PROSPERO com o ID: CRD42020201795 com o seguinte link de acesso: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=201795.

Recorreu-se também às indicações do PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009), que é uma *checklist* com o intuito de orientar os investigadores que pretendem realizar uma revisão sistemática qualitativa ou meta-análise. Inúmeros autores têm vindo a aderir a este documento para orientar a redação de artigos de revisão, pois é um instrumento que auxilia na metodologia da investigação na identificação, seleção e avaliação de estudos que sejam relevantes para a resposta à pergunta inicial da revisão. A *checklist* inclui 27 itens divididos por tópicos: título, resumo, introdução, metodologia, resultados, discussão e financiamento. Para além da *checklist*, existe também um fluxograma de quatro etapas relativas à recolha de artigos: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão (Moher et al., 2009).

De modo a evitar erros por parte dos investigadores em todo o processo da revisão sistemática, foi utilizado ainda o *software State of the Art through Systematic Review* (StArt). O StArt foi criado pelo Laboratório de Pesquisa em Engenharia de Software da Universidade Federal de São Carlos e auxilia à organização da informação para que os resultados sejam replicáveis. Esta ferramenta adota a estratégia de dividir o processo da elaboração da revisão sistemática em três etapas: i) planeamento— nesta etapa é onde se define o protocolo que dará suporte às restantes etapas. Neste campo terá de se fornecer a seguinte informação: lista de fontes, palavras-chave, critérios de inclusão e exclusão, e, campos de formulário referente à extração de dados; ii) execução— é composto pela identificação, seleção e extração dos estudos a serem incluídos na revisão sistemática; iii) sumarização— etapa em que se descreve o estado da arte do tema a ser investigado através de estruturas auxiliares gráficas e estatísticas. Em suma, o recurso ao StArt permite que os investigadores mantenham as informações consistentes e atualizadas (Hernandes, Zamboni, Fabbri, & Thommazo, 2012).

3.1. PESQUISA

No dia 11 de agosto de 2020 foram pesquisados todos os estudos pertinentes à realização da revisão sistemática, nas seguintes bases de dados: Pubmed, Cochrane, Web of Science, APAPsycNet, Science Direct, Scopus e Portal Regional da BVS.

De forma a conseguir o máximo de estudos sobre o tema foram referidas palavras-chave que englobem a população a estudar (esquizofrenia), as variáveis (sintomas negativos) e o tipo de terapias que poderão ter efeito nas variáveis (terapias orientadas pelo corpo). Foram consideradas todas as terapias orientadas pelo corpo que atuam na esquizofrenia encontradas ao longo da pesquisa. Para captar mais artigos foram tidos em conta sinónimos das palavras que foram ponderados após uma pesquisa previa sobre o tema. Assim, para a pesquisa foram utilizados os termos: Esquizofrenia; Psicose; Sintomas Negativos; Avolição; Alogia; Anedonia; Isolamento; Embotamento afetivo; Lentificação psicomotora; Retardamento motor; Planeamento de movimento; Psicoterapia corporal; Yoga, Tai-chi; Terapia de Dança e Movimento; Terapias de embodiment; Dramaterapia; Pilates; Relaxação muscular progressiva; Arteterapia; Musicoterapia; Mindfulness; Terapias mente-corpo; Fisioterapia; Terapia Psicomotora; Terapia de consciência corporal; Terapias orientadas pelo corpo; Schizophrenia; Psychosis; Negative Symptoms; Avolition; Alogia; Anhedonia; Isolation; Affective Blunting; Psychomotor slowing; Motor retardation; Movement planning; Body Psychotherapy; Yoga; Tai-chi; Dance Movement Therapy; Embodied Therapies; Drama Therapy; Pilates; Progressive Muscular Relaxation; Art Therapy; Music Therapy; Mindfulness; Mind-body Therapy; Physiotherapy; Psychomotor Therapy; Body Awareness Therapy; Body-oriented Therapies

Na Tabela 1 estão apresentadas as bases de dados, termos utilizados em cada uma, filtros aplicados e número de artigos resultante da pesquisa.

Tabela 1: Estratégias de pesquisa

Bases de dados	Termos utilizados (String)	Filtros aplicados	Número de artigos
Pubmed	((Schizophrenia* OR Psychosis*) AND (Negative Symptoms* OR Avolition* OR Alogia* OR Anhedonia* OR Isolation* OR Affective Blunting* OR Psychomotor slowing* OR Motor retardation* OR Movement planning*) AND (Body Psychotherapy* OR Yoga* OR Tai-chi* OR Dance Movement Therapy* OR Embodied Therapies* OR Drama Therapy* OR Pilates* OR Progressive Muscular Relaxation* OR Art Therapy* OR Music Therapy* OR Mindfulness* OR Mind-body Therapy* OR Physiotherapy* OR Psychomotor Therapy* OR Body Awareness Therapy* OR Body-oriented Therapies*))	<ul style="list-style-type: none"> • Língua: Inglês, Português • Ano: 2000-2020 • <i>Randomized controlled trial</i> • Adulto: +19 years 	65
Cochrane	(Schizophrenia* OR Psychosis*) in Title Abstract Keyword AND (Negative Symptoms* OR Avolition* OR Alogia* OR Anhedonia* OR Isolation* OR Affective Blunting* OR Psychomotor slowing* OR Motor retardation* OR Movement planning*) in Title Abstract Keyword AND (Body Psychotherapy* OR Yoga* OR Tai-chi* OR Dance Movement Therapy* OR Embodied Therapies* OR Drama Therapy* OR Pilates* OR Progressive Muscular Relaxation* OR Art Therapy* OR Music Therapy* OR Mindfulness* OR Mind-body Therapy* OR Physiotherapy* OR Psychomotor Therapy* OR Body Awareness Therapy* OR Body-oriented Therapies*) in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)	<ul style="list-style-type: none"> • Ano: 2000-2020 • Tipo de artigo: <i>Trials</i> • Pesquisa por: Título, resumo e palavras-chave 	160
Web of Science	TÓPICO: ((Schizophrenia* OR Psychosis*)) AND TÓPICO: ((Negative Symptoms* OR Avolition* OR Alogia* OR Anhedonia* OR Isolation* OR Affective Blunting* OR Psychomotor slowing* OR Motor retardation* OR Movement planning*)) AND TÓPICO: ((Body Psychotherapy* OR Yoga* OR Tai-chi* OR Dance Movement Therapy* OR Embodied Therapies* OR Drama	<ul style="list-style-type: none"> • Ano: 2000-2020 • Pesquisa por: Tópico 	174

	Therapy* OR Pilates* OR Progressive Muscular Relaxation* OR Art Therapy* OR Music Therapy* OR Mindfulness* OR Mind-body Therapy* OR Physiotherapy* OR Psychomotor Therapy* OR Body Awareness Therapy* OR Body-oriented Therapies*))		
Science Direct	<p>1ª combinação: (Schizophrenia OR Psychosis) AND ("Negative Symptoms" OR "Psychomotor slowing" OR "Movement planning") AND ("Mind-body therapies" OR "Body Psychotherapy" OR "Body-oriented therapies" OR "Dance Movement Therapy")</p> <p>2ª combinação: (Schizophrenia OR Psychosis) AND ("Negative Symptoms" OR "Psychomotor slowing" OR "Movement planning") AND ("Body awareness therapy" OR "Music Therapy" OR "Drama Therapy" OR "Art therapy")</p> <p>3ª combinação: (Schizophrenia OR Psychosis) AND ("Negative Symptoms" OR "Psychomotor slowing" OR "Movement planning") AND (Mindfulness OR Physiotherapy OR "Psychomotor Therapy" OR "Embodied therapy")</p> <p>4ª combinação: (Schizophrenia OR Psychosis) AND ("Negative Symptoms" OR "Psychomotor slowing" OR "Movement planning") AND ("Progressive Muscular Relaxation" OR Pilates OR “tai chi” OR yoga)</p> <p>5ª combinação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ano: 2000-2020 Tipo de documento: Artigo de pesquisa 	868

<p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Alogia OR Avolition OR Anhedonia) AND ("Mind-body therapies" OR "Body Psychotherapy" OR "Body-oriented therapies" OR "Dance Movement Therapy")</p> <p>6ª combinação:</p> <p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Alogia OR Avolition OR Anhedonia) AND ("Body awareness therapy" OR "Music Therapy" OR "Drama Therapy" OR "Art therapy")</p> <p>7ª combinação:</p> <p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Alogia OR Avolition OR Anhedonia) AND (Mindfulness OR Physiotherapy OR "Psychomotor Therapy" OR "Embodied therapy")</p> <p>8ª combinação:</p> <p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Alogia OR Avolition OR Anhedonia) AND ("Progressive Muscular Relaxation" OR Pilates OR "tai chi" OR yoga)</p> <p>9ª combinação:</p> <p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Isolation OR "Affective Blunting" OR "motor retardation") AND ("Mind-body therapies" OR "Body Psychotherapy" OR "Body-oriented therapies" OR "Dance Movement Therapy")</p> <p>10ª combinação:</p> <p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Isolation OR "Affective Blunting" OR "motor retardation") AND ("Body awareness therapy" OR "Music Therapy" OR "Drama Therapy" OR "Art therapy")</p> <p>11ª combinação:</p>		
---	--	--

	<p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Isolation OR "Affective Blunting" OR "motor retardation") AND (Mindfulness OR Physiotherapy OR "Psychomotor Therapy" OR "Embodied therapy")</p> <p>12ª combinação:</p> <p>(Schizophrenia OR Psychosis) AND (Isolation OR "Affective Blunting" OR "motor retardation") AND ("Progressive Muscular Relaxation" OR Pilates OR "tai chi" OR yoga)</p>		
Scopus	<p>TITLE-ABS-KEY ((schizophrenia OR psychosis)) AND TITLE-ABS-KEY (: ({Negative Symptoms} OR avolition OR alogia OR anhedonia OR isolation OR {Affective Blunting} OR {Psychomotor slowing} OR {Motor retardation} OR {Movement planning})) AND TITLE-ABS-KEY ({Body Psychotherapy} OR yoga OR {Tai chi} OR {Dance Movement Therapy} OR {Embodied Therapies} OR {Drama Therapy} OR pilates OR {Progressive Muscular Relaxation}) OR TITLE-ABS-KEY ({Art Therapy} OR {Music Therapy} OR mindfulness OR {Mind-body Therapy} OR physiotherapy OR {Psychomotor Therapy} OR {Body Awareness Therapy} OR {Body oriented Therapies}) AND DOCTYPE (ar) AND PUBYEAR > 1999 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English"))</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Língua: Inglês • Ano: 2000-2020 • Tipo de documento: Artigo • Pesquisa por: Título, resumo e palavras-chave 	65
Portal Regional da BVS	<p>(tw:(Schizophrenia* OR Psychosis*)) AND (tw:(Negative Symptoms* OR Avolition* OR Alogia* OR Anhedonia* OR Isolation* OR Affective Blunting* OR Psychomotor slowing* OR Motor retardation* OR Movement planning*)) AND (tw:(Body Psychotherapy* OR Yoga* OR Tai-chi* OR Dance Movement Therapy* OR Embodied Therapies* OR Drama Therapy* OR Pilates* OR Progressive Muscular Relaxation* OR Art Therapy* OR Music Therapy* OR Mindfulness* OR Mind-body Therapy* OR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa por: Título, resumo e assunto 	0

	Physiotherapy* OR Psychomotor Therapy* OR Body Awareness Therapy* OR Body-oriented Therapies*))		
APAPsycNet	((Any Field: Schizophrenia* OR Any Field: Psychosis*) AND (Any Field: Negative Symptoms* OR Any Field: Avolition* OR Any Field: Alogia* OR Any Field: Anhedonia* OR Any Field: Isolation* OR Any Field: Affective Blunting* OR Any Field: Psychomotor slowing* OR Any Field: Motor retardation* OR Any Field: Movement planning*) AND (Any Field: Body Psychotherapy* OR Any Field: Yoga* OR Any Field: Tai-chi* OR Any Field: Dance Movement Therapy* OR Any Field: Embodied Therapies* OR Any Field: Drama Therapy* OR Any Field: Pilates* OR Any Field: Progressive Muscular Relaxation* OR Any Field: Art Therapy* OR Any Field: Music Therapy* OR Any Field: Mindfulness* OR Any Field: Mind-body Therapy* OR Any Field: Physiotherapy* OR Any Field: Psychomotor Therapy* OR Any Field: Body Awareness Therapy* OR Any Field: Body-oriented Therapies*))	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa por: Qualquer área 	6

3.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para selecionar os estudos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos em inglês e português;
- Estudos publicados entre 2000 e 2020;
- Estudos científicos revistos por pares;
- Estudos cujo diagnóstico dos indivíduos seja Esquizofrenia;
- Estudos em que a amostra de indivíduos tenha idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos;
- Estudos em que a amostra tenha ambos os géneros ou apenas um, mas que não faça comparação entre géneros;
- Estudos em que os indivíduos tenham experienciado o seu primeiro surto psicótico há mais de 6 meses, os sintomas positivos estejam em remissão e estejam em evidência os sintomas negativos;
- Estudos que investiguem como variáveis dependentes os sintomas negativos;
- Estudos que tenham pelo menos um grupo com uma intervenção de terapias orientadas pelo corpo;
- Estudos que investiguem os efeitos de terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos;
- Estudos experimentais, aleatórios e controlados - *Randomized Controlled Trial* (RCT), estudos quasi-RCT e estudos piloto experimentais, aleatórios e controlados - *Pilot Randomized Controlled Trial*;
- Estudos com grupo de controlo inativo (sem prática de qualquer tipo de terapia) e/ou grupo(s) de terapia.

3.3. SELEÇÃO DE ESTUDOS

Após se ter realizado a pesquisa, a seleção de estudos para a revisão sistemática foi efetuada em duas fases. Numa primeira fase, foram lidos os títulos e resumos dos estudos, excluindo todos os artigos que não se enquadravam nos critérios definidos. Na segunda fase, procedeu-se à leitura na íntegra dos potenciais artigos a serem incluídos, tendo em conta os critérios de inclusão.

Durante todo este processo, dois revisores (Bruna Isabelinha e Gabriela Almeida) leram os artigos de forma independente, sendo que foi solicitada a análise de um terceiro revisor (Ana Cruz Ferreira) sempre que não existiu concordância entre os dois primeiros, tal como é recomendado pelo PRISMA.

3.4. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Dos estudos que preencheram os critérios de inclusão, foi extraída a seguinte informação: estudo, tipo de estudo/desenho do estudo, participantes, intervenção, variáveis e instrumentos de avaliação, e resultados. Mais uma vez, tal como recomendado pelo PRISMA, foi solicitada a análise de um terceiro revisor (Gabriela Almeida) sempre que não existiu concordância entre os dois primeiros revisores (Bruna Isabelinha e Ana Cruz Ferreira).

3.5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Após a leitura de todos os artigos incluídos, foi averiguado na base de dados do site da escala PEDro (<https://pedro.org.au/>) se alguns dos artigos incluídos já estariam classificados, excluindo a necessidade dos revisores avaliarem metodologicamente os mesmos.

Todos os estudos científicos que ainda não estavam classificados foram avaliados por dois revisores (Bruna Isabelinha e Ana Cruz Ferreira), sendo que um terceiro revisor (Gabriela Almeida) analisou os mesmos, sempre que não existiu um consenso entre os dois primeiros.

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos recorreu-se à escala de PEDro. A investigadora Bruna Isabelinha realizou um programa de treino certificado, ficando apta para utilizar esta escala na avaliação dos estudos.

A escala da *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro), foi criada com base na Lista de Delphi, com o objetivo de auxiliar profissionais da área da fisioterapia nas suas investigações, de forma a quantificar e hierarquizar a qualidade metodológica dos estudos. Esta escala avalia RCT ou quasi-RCT, através de 11 itens, dos quais 10 são pontuáveis (Maher, Sherrington, Herbert, Moseley, & Elkins, 2003). Quando um critério é cumprido na sua totalidade é pontuado com um ponto, caso contrário, será pontuado com zero. Quanto maior a pontuação total, maior será a qualidade metodológica dos artigos. Uma pontuação inferior a cinco pontos significa baixa qualidade, enquanto que

uma pontuação igual ou superior a cinco pontos representa uma qualidade elevada (Shiwa, Costa, Moser, Aguiar, & Oliveira, 2011; Armijo-Olivo et al., 2015).

Os 11 critérios avaliados são: i) critérios de elegibilidade dos participantes; ii) distribuição aleatória dos participantes pelos grupos; iii) distribuição cega; iv) similaridade dos grupos na fase inicial; v) participação no estudo de forma cega; vi) terapeutas aplicam a terapia de forma cega; vii) avaliadores realizam as medições de forma cega; viii) resultados de 85% dos participantes que iniciaram a terapia; ix) análise da intenção de tratamento; x) comparações estatísticas entre grupos foram descritos pelo menos para um dos resultados; xi) o estudo apresenta tanto medidas de precisão, quanto medidas de variabilidade para pelo menos um dos resultados (Shiwa et al., 2011). Estes critérios estão apresentados na Tabela 2.

Os itens supracitados podem ser agrupados em três categorias: validade externa, validade interna e análise estatística. O primeiro critério é o único de avaliação externa, não entrando no cálculo do valor da escala de PEDro (Shiwa et al., 2011; Armijo-Olivo et al., 2015). Os itens 2-9 pertencem à validade interna, enquanto que os restantes dois (item 10 e 11) fazem parte da análise estatística (Shiwa, 2011).

Em suma, a pontuação final é o resultado da soma do número de critérios que foram satisfeitos. Quanto maior for a qualidade metodológica, maior impacto científico terá no resultado da revisão.

Tabela 2: Escala de PEDro - Versão Portuguesa (<http://www.pedro.org.au>)

Critérios da escala de PEDro	Utilizado no somatório
1. Os critérios de elegibilidade foram especificados.	Não
2. Os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupos (num estudo crossover, os sujeitos foram colocados em grupos de forma aleatória de acordo com o tratamento recebido).	Sim
3. A distribuição dos sujeitos foi cega.	Sim
4. Inicialmente, os grupos eram semelhantes no que diz respeito aos indicadores de prognóstico mais importantes	Sim
5. Todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo.	Sim
6. Todos os fisioterapeutas que administraram a terapia fizeram-no de forma cega.	Sim
7. Todos os avaliadores que mediram pelo menos um resultado-chave, fizeram-no de forma cega.	Sim
8. Medições de pelo menos um resultado-chave foram obtidas em mais de 85% dos sujeitos inicialmente distribuídos pelos grupos.	Sim
9. Todos os sujeitos a partir dos quais se apresentaram medições de resultados receberam o tratamento ou a condição de controlo conforme a distribuição ou, quando não foi esse o caso, fez-se a análise dos dados para pelo menos um dos resultados-chave por “intenção de tratamento”.	Sim
10. Os resultados das comparações estatísticas inter-grupos foram descritos para pelo menos um resultado-chave.	Sim
11. O estudo apresenta tanto medidas de precisão como medidas de variabilidade para pelo menos um resultado-chave.	Sim

3.6. SÍNTESE DE DADOS

Para se medir a força de evidência científica recorreu-se ao método *Best Evidence Synthesis* (BES). Este método é utilizado como alternativa à meta-análise, quando não é exequível uma análise quantitativa. Assim, quando as características dos estudos diferem uns dos outros, realiza-se uma análise qualitativa (Slavin, 1995).

A força de evidência é classificada em: i) Evidência forte - quando existem vários RCT's de elevada qualidade; ii) Evidência moderada - quando existe um RCT de elevada qualidade e um ou mais RCT's de baixa qualidade; iii) Evidência limitada - quando existe um RCT de elevada qualidade ou diversos RCT's de baixa qualidade; iv) Sem evidência - quando existe um RCT de baixa qualidade ou resultados contraditórios.

Esta classificação é baseada na consistência da evidência, na qualidade dos estudos e no número de estudos (Tulder, Koes, & Bouter, 1997).

Esta escala foi utilizada com o intuito de medir a força da evidência científica dos efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia. Avaliou-se também a força da evidência científica efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para tornar a leitura clara e de fácil compreensão, os resultados foram sistematizados da seguinte forma: seleção de resultados, qualidade metodológica, características dos estudos, intervenção, efeitos das intervenções e força da evidência científica. Os efeitos das intervenções serão divididos em dois subtópicos— efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo e efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo.

4.1. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Na Figura 1 pode-se observar um fluxograma do processo de seleção. Verificou-se que a pesquisa teve um total de 1342 artigos, resultado da pesquisa efetuada através das bases de dados científicas selecionadas (n=1338) (ver Tabela 1) e da técnica *snowballing* (n=4). Posteriormente, excluíram-se 421 artigos que estavam duplicados. Dos 921 restantes, procedeu-se à pré-seleção dos artigos, onde se realizou a leitura do título e do resumo dos mesmos. Deste processo, 850 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Resultaram 71 estudos potenciais a serem incluídos para a revisão sistemática. Seguidamente, foi realizada a leitura integral de cada um deles, onde os revisores verificaram que desses, apenas 18 cumpriam os critérios de inclusão. Os 18 artigos pertencem às seguintes bases de dados: 4 provêm da Pubmed, 10 da Web of Science, 1 da Science Direct e 3 extraídos através da técnica *snowballing*.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

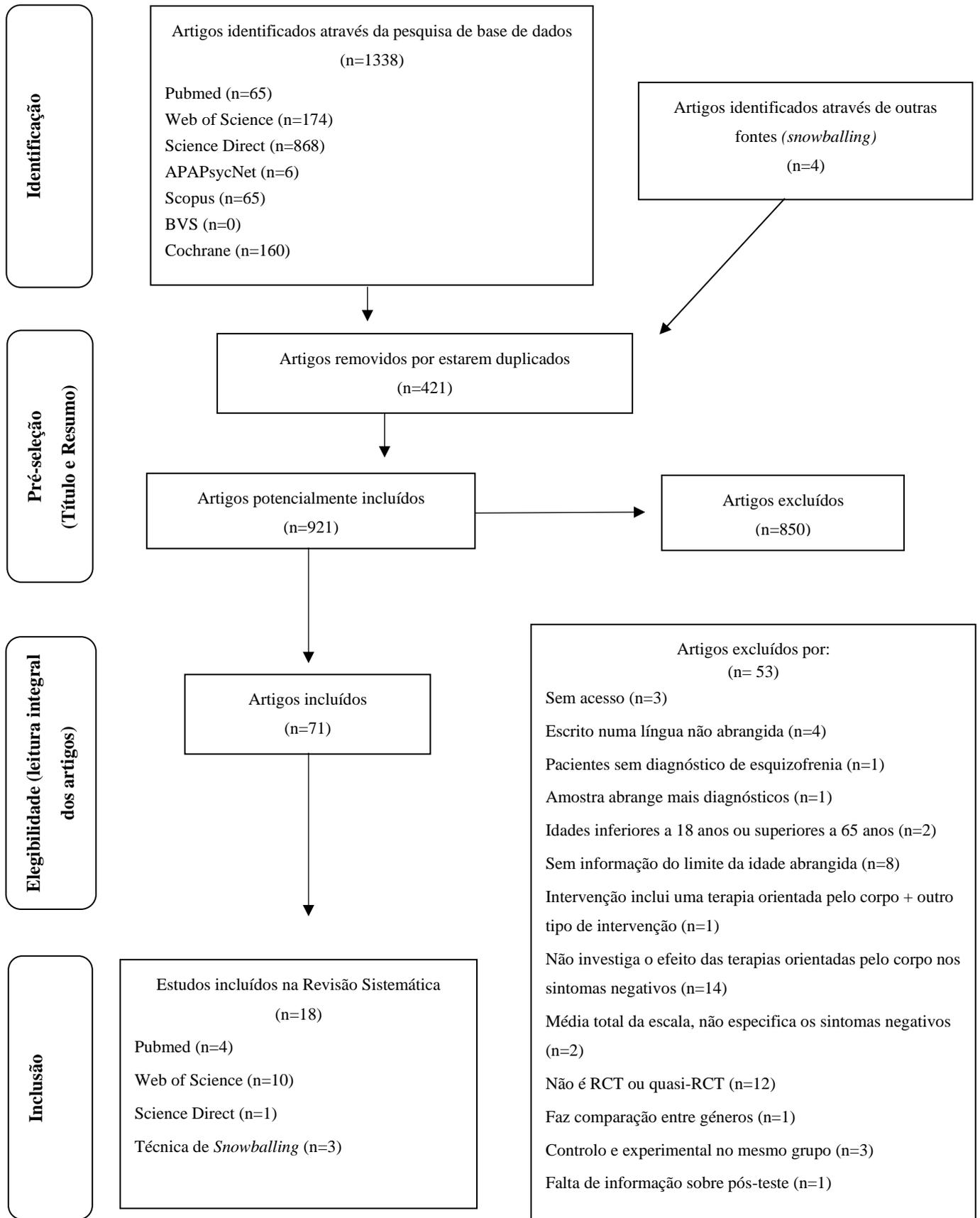


Figura 1- Diagrama do Processo de Seleção

4.2. QUALIDADE METODOLÓGICA

Quando se averiguou na base de dados de PEDro se dos 18 artigos já existiam alguns classificados, verificou-se que 10 deles já tinham sido avaliados. Assim sendo, não foi necessário analisar a sua qualidade metodológica.

Ao se classificar os estudos de acordo com a escala de PEDro verificou-se que os estudos variam entre três e oito pontos (média=5.5, moda=5 e mediana= 5.5). A pontuação mais alta (oito) foi obtida pelo estudo de Priebe et al. (2016). Para além deste, obtivemos mais treze artigos (Tan et al., 2016; Qiu et al., 2017; Lee, 2019; Visceglia & Lewis, 2011; Lu et al., 2013; Ho et al., 2012; Behere et al., 2010; Ulrich, Houtmans, & Gold, 2007; Rohricht & Priebe, 2006; Ho et al., 2016; Gökçen, Ekici, Abaoğlu, & Tiryaki Şen, 2020; Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; Wang, Chien, Yip, & Karatzias, 2016) com pontuação igual ou superior a cinco, considerados, portanto, estudos com qualidade elevada. Os restantes quatro estudos (Cho & Lee, 2018; Paikkatt, Singh, Singh, Jahan, & Ranjan, 2015; Gangadhar et al., 2013; Isuru & Dahanayake, 2015) obtiveram uma pontuação inferior a cinco, sendo considerados estudos de baixa qualidade. O estudo com menor pontuação foi o Cho & Lee (2018), com uma pontuação de três pontos.

Na Tabela 3 é possível observar a classificação de todos os estudos, com as respetivas pontuações em cada um dos critérios da escala PEDro. Para além disso, é possível ver quantos artigos satisfizeram cada critério (total). Tendo em conta estas classificações percebemos que todos os estudos satisfizeram os itens de validade externa e de análise estatística. Quanto à validade interna, observamos que nenhum artigo cumpriu o critério do terapeuta cego (item 6) e que apenas o estudo de Ulrich e colaboradores (2007) cumpriu o critério do participante cego (item 5), significando que tanto os terapeutas, quanto os participantes, conheciam o objetivo do estudo e em qual grupo iriam integrar os participantes. Outro aspeto que se pode verificar prende-se com a distribuição aleatória (item 2), em que apenas um estudo não cumpriu o critério (Cho & Lee, 2018), significando que não é um RCT.

Tabela 3: *Qualidade metodológica dos estudos experimentais segundo a escala de PEDro*

Estudo	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	(0/10)*
Visceglia & Lewis (2011)	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	5
Priebe et al. (2016)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Paikkatt et al. (2015)	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4
Gangadhar et al. (2013)	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4
Ho et al. (2012)	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	6
Behere et al. (2010)	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	5
Rohricht & Priebe (2006)	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7
Ho et al. (2016)	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	6
Duraiswamy et al. (2007)	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	5
Isuru & Dahanayake (2015)	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4
Tan et al. (2016)	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	7
Qiu et al. (2017)	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5
Lee (2019)	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	5
Cho & Lee (2018)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3
Wang et al. (2016)	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7
Lu et al. (2013)	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7
Ulrich et al. (2007)	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	6
Gökçen et al. (2020)	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	6
Total	18	17	3	17	1	0	12	7	7	18	18	-

* O item 1 não entra no cálculo do valor da escala de PEDro, uma vez que é um critério de avaliação externa.

4.3. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Ao observar a Tabela 4, podemos retirar várias informações sobre os estudos. Começando pelo ano dos artigos, podemos verificar que o mais antigo tem 15 anos (Rohricht & Priebe, 2006) e o mais atual tem cerca de um ano (Gökçen et al., 2020). No que concerne ao país dos autores dos estudos, cinco deles (Ho et al., 2012; Ho et al., 2016; Qiu et al., 2017; Tan et al., 2015; Wang et al., 2016) pertencem à China, quatro (Behere et al., 2010; Duraiswamy et al., 2007; Gangadhar et al., 2013; Paikkatt et al., 2015) à Índia, dois (Lee, 2019; Lu et al., 2013) a Taiwan e outros dois (Rohricht & Priebe, 2006; Priebe et al., 2016) ao Reino Unido. Dos restantes cinco estudos, um (Gökçen et al., 2020) pertence à Turquia, um (Cho & Lee, 2018) à Coreia do Sul, um (Visceglia & Lewis, 2011) aos Estados Unidos, um (Ulrich et al., 2007) à Alemanha e um (Isuru & Dahanayake, 2015) ao Sri Lanka.

Relativamente ao desenho de estudo, todos eles têm um pré e pós teste. Apenas dois estudos (Behere et al., 2010; Ho et al., 2012) realizaram uma avaliação intermédia entre a primeira e última avaliações. O artigo Qiu e colaboradores (2017) foi dividido em fases I, II e III, de forma a facilitar a compreensão da intervenção e a isolar o resultado que pretendemos. Esta divisão será melhor explicada no ponto 3.4. Por fim, oito artigos (Qiu et al., 2017; Priebe et al., 2016; Lee, 2019; Cho & Lee, 2018; Lu et al., 2013; Rohricht & Priebe, 2006; Ho et al., 2016; Wang et al., 2016) têm follow-up, porém, os seus resultados não foram incluídos. Esta exclusão deve-se ao facto de os dados serem muito heterogéneos e ao facto de pretendermos conhecer os efeitos das intervenções e não os efeitos após as mesmas.

No que diz respeito aos participantes, podemos conferir que todos os artigos trabalharam com população adulta, corroborando os critérios de inclusão, e têm uma média de idades entre 23,8 e 55 anos. O número de participantes varia entre 18 e 275, pertencendo aos estudos de Visceglia e Lewis (2011) e Priebe e colegas (2016), respetivamente. Relativamente ao diagnóstico, maior parte dos estudos são pacientes com esquizofrenia, sendo que apenas dois deles (Wang et al., 2016; Ulrich et al., 2007) são com pacientes com diagnóstico do espectro da esquizofrenia.

4.4. CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO

Se averiguarmos as intervenções de um modo geral, percebemos que tiveram uma duração entre três semanas (Isuru & Dahanayake, 2015) e 48 semanas (Qiu et al., 2017). Por norma, as terapias orientadas pelo corpo foram comparadas com um grupo de controlo (ativo ou em lista de espera). No estudo de Duraiswamy e colaboradores (2007), as terapias orientadas pelo corpo foram comparadas com um grupo de exercício físico. No estudo de Tan et al. (2016), as terapias orientadas pelo corpo foram comparadas com um grupo de remediação cognitiva. Wang et al. (2016) optou por utilizar um grupo de controlo e um de psicoeducação. No caso dos estudos Ho e colaboradores (2016) e Behere e colegas (2010), a comparação foi feita com um grupo de controlo e um grupo de exercício físico.

Ao analisar os estudos mais detalhadamente, deparamo-nos com dois estudos sobre Musicoterapia, dois sobre Arteterapia, um de Terapia de Dança/Movimento, dois sobre Psicoterapia Corporal, dois de *Mindfulness*, cinco sobre Yoga, dois de Tai-Chi e, finalmente, dois que fizeram uma combinação de terapias— um estudo utilizou música e dança terapia e o outro oficinas de drama, yoga, dança e música.

Relativamente aos estudos de Musicoterapia (Lu et al., 2013; Ulrich et al., 2007), percebemos que tiveram uma duração de cinco semanas e oito meses, respetivamente. Enquanto que no estudo de Lu e colaboradores (2013) as sessões foram realizadas duas vezes por semana com duração de uma hora, no estudo de Ulrich e colegas (2007), foram realizadas uma média de 1,6 sessões por semana com a duração de 45 minutos.

Os artigos de Cho e Lee (2018) e Qiu e colaboradores (2017) são estudos sobre Arteterapia. O primeiro durou seis semanas, com uma frequência de 50 minutos, duas vezes por semana. O segundo teve uma duração total de 48 semanas, sendo que para melhor compreensão, o dividimos por fases. Na Fase I formaram um grupo de Arteterapia e um grupo de controlo. Esta fase da intervenção foi realizada pelo primeiro grupo durante 16 semanas, com uma sessão por semana, de duas horas. A segunda fase durou 32 semanas e ambos os grupos beneficiaram de Arteterapia, deixando de existir grupo de controlo. Também esta fase foi demarcada por uma sessão semanal de duas horas.

No estudo de Terapia de Dança/movimento (Gökçen et al., 2020) cada grupo tinha sessões de oito participantes, que usufruíram da intervenção durante oito semanas, com sessões bissemanais de 45 minutos.

Quanto à Psicoterapia Corporal, identificámos dois estudos. Um é de Priebe e colaboradores (2016), onde participaram em cada grupo sete a dez participantes que

beneficiaram de dez semanas de intervenção, com sessões bissemanais de uma hora e meia. O outro estudo é de Rohricht e Priebe (2006) com um máximo de oito participantes por sessão. Esta intervenção durou também dez semanas, com sessões de uma hora e meia, duas vezes por semana.

Relativamente aos estudos sobre *Mindfulness*, é observável que, em 2019, Lee realizou um estudo com uma intervenção que teve a duração de oito semanas, com sessões uma vez por semana de uma hora e meia. Por outro lado, Wang e colaboradores (2016), realizaram uma intervenção de 24 semanas, em grupos de 12 a 15 participantes, com sessões quinzenais de duas horas, sob supervisão presencial. Como complemento, os participantes eram incentivados a realizar a mesma intervenção 20 minutos, duas vezes por dia.

Na intervenção de Yoga podemos encontrar o estudo de Visceglia e Lewis (2018), que durou oito semanas, com sessões bissemanais de 45 minutos. Neste tipo de intervenção está incluído também o estudo de Paikkatt e colaboradores (2015), que utilizou uma intervenção de um mês, com sessões realizadas todos os dias, exceto feriados, durante uma hora e meia. Gangadhar e colegas (2013) optaram igualmente por uma intervenção com duração de um mês, mas, as sessões realizaram-se uma vez por semana, durante uma hora. O artigo de Duraiswamy e colaboradores (2007) é um estudo que durou quatro meses, com sessões realizadas cinco vezes por semana, durante cinquenta minutos. Neste estudo em particular, a intervenção foi sob supervisão presencial durante as primeiras três semanas, sendo que as restantes, foram sem supervisão presencial, havendo apenas supervisão mensal à distância. Por fim, ainda na categoria de intervenções de Yoga, temos o estudo de Behere e colegas (2010), que excluiu da sua intervenção a componente de meditação e teve uma duração total de quatro meses, com sessões de uma hora. Para melhor compreensão dividimo-lo em duas fases. Na fase I, com duração de um mês, os grupos realizavam a sua intervenção com supervisão presencial, enquanto que na fase II, que teve a duração de dois meses, cada indivíduo realizava sozinho a sua respetiva intervenção, sem supervisão presencial.

Quanto ao Tai-Chi, Ho e colaboradores (2012) realizaram sessões com 15 participantes, em que durante seis semanas a intervenção era realizada duas vezes por semana, com sessões de uma hora. Como complemento, era realizada a mesma intervenção durante meia hora por semana. Após estas semanas, durante mais seis semanas, foram mantidas apenas as sessões de meia hora por semana. Ainda nesta categoria de intervenção, Ho e

colegas (2016) realizaram um estudo de 12 semanas, com sessões semanais de uma hora, sendo que esta intervenção era complementada com mais 45 minutos bissemanais.

Por fim, temos dois artigos com combinações de intervenções. Em 2015, Isuru e Dahanayake realizaram um grupo de oficinas onde os participantes usufruíam de drama, yoga, dança e música terapia, duas a três vezes por semana, durante uma hora e meia. As oficinas tiveram a duração de três semanas. Também Tan e colaboradores (2016) realizaram uma intervenção de Música e Dança Terapia, com grupos de três a quatro participantes, durante dez semanas. Estas sessões duravam uma hora e eram realizadas quatro vezes por semana.

Tendo em conta que foram incluídas diversas terapias orientadas pelo corpo, podemos ainda agrupar os estudos por tipo de intervenção:

Artes Criativas (n=6) – inclui os estudos de Musicoterapia (Lu et al., 2013; Ulrich et al., 2007), Terapia de Dança/Movimento (Gökçen et al., 2020), Arteterapia (Qiu et al., 2017; Cho & Lee, 2018) e o estudo que combina Música e Dança Terapia (Tan et al., 2016);

Intervenções *Mind-Body* (n=9) – nesta categoria incluem-se os estudos de Yoga (Visceglia & Lewis, 2011; Paikkatt et al., 2015; Gangadhar et al., 2013; Behere et al. 2010; Duraiswamy et al., 2007), de Tai-Chi (Ho et al., 2012; Ho et al., 2016) e de *Mindfulness* (Lee, 2019; Wang et al., 2016);

Psicoterapia Corporal (n=2) – inclui os estudos de Priebe e colaboradores (2016) e o de Rohricht e Priebe (2006);

Artes Criativas + Intervenções *Mind-body* (n=1) – esta categoria é composta por apenas um artigo (Isuru & Dahanayake, 2015), que inclui um combinado de intervenções: yoga, drama, dança terapia e musicoterapia, não podendo ser enquadrado em nenhuma das categorias anteriores.

Tabela 4: Descrição dos estudos científicos

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
Tan et al. (2016)	RCT Pré-pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=90 Grupo de Música e Dança Terapia n=46; Média de idades=46,09 anos Grupo de Remediação Cognitiva n=44; Média de idades=46,77 anos	Duração: 10 semanas. Frequência: 4 x 60' por semana. Grupo de Música e Dança Terapia e Grupo de Remediação Cognitiva: sessões de 3 a 4 participantes.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Música e Dança Terapia: melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Remediação Cognitiva: melhorou os sintomas negativos (valor total).
Qiu et al. (2017)	RCT Fase I: pré, intermédio (8 semanas) e pós teste (16 semanas) Fase II: pré (16 semanas) e pós (48 semanas) Fase III: follow-up; 8, 16 e 32 semanas, 12 meses.	Pacientes com esquizofrenia; n=105; Média de idades=37,8 anos Fase I: Grupo de Arteterapia n=54 Grupo de Controlo n=51 Fase II e III: Grupo de Arteterapia n=105	Grupo de Arteterapia: sessões de 3 a 4 participantes. Duração total: 48 semanas. Fase I: Duração: 16 semanas. Frequência: 1 x 120' por semana. Fase II: Duração: 32 semanas. Frequência: 1 x 120' por semana.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Fase I: Grupo de Arteterapia: melhorou sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
Priebe et al. (2016)	RCT Pré-Pós teste Follow-up: 6 meses.	Pacientes com esquizofrenia; n=275; Média de idades=42,2 anos Grupo de Psicoterapia Corporal n=140 Grupo de Controlo Ativo n=135	Duração: 10 semanas. Frequência: 2 x 90' por semana. Grupo de Psicoterapia Corporal e Grupo de Controlo Ativo (Pilates): sessões de 7 a 10 participantes.	Sintomas Negativos (valor total): PANSS negative subscale; Anedonia, Avolição e Isolamento Social: Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) - expression and experience subscales.	Grupo de Psicoterapia Corporal: Melhorou a anedonia, avolição e isolamento social. Não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo Ativo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total), isolamento social, anedonia e avolição.
Lee (2019)	RCT Pré-pós teste Follow-up: 3 meses	Pacientes com esquizofrenia; n=50; Grupo de Mindfulness n=20; Média de idades=54,43 anos Grupo de Controlo n=30; Média de idades=51,15 anos	Duração: 8 semanas. Frequência: 1 x 90' por semana. Grupo de Controlo: tratamento usual.	Sintomas Negativos (valor total): Chinese Mandarin version of the positive and negative syndrome scale (CMV-PANSS); Scale for assessment of negative symptoms (SANS).	Grupo de Mindfulness: melhorou os sintomas negativos (valor total), na escala SANS. Não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total), na escala PANSS. Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total), em ambas as escalas.
Cho & Lee (2018)	Quasi-RCT Pré-pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=35; Grupo de Arteterapia n=17	Duração: 6 semanas. Frequência: 2 x 50' por semana.	Sintomas Negativos (valor total): Scale for the Assessment of	Grupo de Arteterapia: melhorou os sintomas negativos (valor total).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
	Follow-up: 2 semanas	Grupo de Controlo n=18	Grupo de Controlo: tratamento usual.	Negative Symptoms (SANS).	Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).
Visceglia & Lewis (2011)	RCT Pré-pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=18; Média de idades=42 anos Grupo de Yoga n=10 Grupo de Controlo n=8	Duração: 8 semanas. Frequência: 2 x 45' por semana. Grupo de Yoga: sessões de 5 participantes. Grupo de Controlo: em lista de espera.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Yoga: melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).
Paikkatt et al. (2015)	RCT Pré-pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=30 Grupo de Yoga n=15 Grupo de Controlo n=15	Duração: 1 mês. Frequência: 7 x 90' por semana (exceto feriados). Grupo Controlo: tratamento usual.	Embotamento Afetivo, Avolição e Lentificação Psicomotora: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Yoga: melhorou embotamento afetivo, avolição e lentificação psicomotora. Grupo de Controlo: melhorou embotamento afetivo e avolição. Não houve diferenças significativas na lentificação psicomotora.
Lu et al. (2013)	RCT Pré-pós teste Follow-up: 3 meses	Pacientes com esquizofrenia; n=75; Média de idades=52,02 anos	Duração: 5 semanas. Frequência: 2 x 60' por semana.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative	Grupo de Musicoterapia: melhorou os sintomas negativos (valor total).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
		Grupo de Musicoterapia n=35 Grupo de Controlo n=40	Grupo de Controlo: tratamento usual.	Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).
Gangadhar et al. (2013)	RCT Pré-pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=27; Grupo de Yoga n=15; Média de idades=28,3 anos Grupo de Controlo n=12; Média de idades=29,5 anos	Duração: 1 mês. Frequência: 60' por sessão Grupo de Controlo: tratamento usual.	Sintomas Negativos (valor total): Scale for assessment of negative symptoms (SANS).	Grupo de Yoga: melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo: melhorou os sintomas negativos (valor total).
Ho et al. (2012)	RCT Pré, intermédio (6 semanas) e pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=30; Grupo de Tai-Chi n=15; Média de idades=51,87 anos Grupo de Controlo n=15; Média de idades=53,47 anos	Duração total: 12 semanas. Fase I: Duração: 6 semanas. Frequência: 2 x 60' por semana + 1 x 30' por semana. Fase II: Duração: 6 semanas. Frequência: 1 x 30' por semana. Grupo de Tai-chi: sessões de 15 participantes; Grupo Controlo: tratamento usual.	Embotamento Afetivo, Anedonia, Avolição e Alogia: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).	Grupo de Tai-Chi: não houve diferenças significativas no embotamento afetivo, anedonia, avolição e alogia. Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas no embotamento afetivo, anedonia, avolição e alogia.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
Behere et al. (2010)	RCT Pré, intermédio (2 meses) e pós teste.	Pacientes com esquizofrenia; n=66; Grupo de Yoga n=27; Média de idades=31,3 anos Grupo de Exercício n=17; Média de idades=30,2 anos Grupo de Controlo n=22; Média de idades=33,6 anos	Duração total: 4 meses. Frequência: 60' por sessão Fase I: Duração: 1 mês Grupo de Yoga e Grupo de Exercício: em grupo, com supervisão presencial Fase II: Duração: 2 meses Grupo de Yoga e Grupo de Exercício: individual, sem supervisão presencial. Grupo de Exercício: exercícios de meditação excluídos. Grupo de Controlo: tratamento usual.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Yoga: melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Exercício: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).
Ulrich et al. (2007)	RCT Pré-pós teste	Pacientes com diagnóstico do espectro da esquizofrenia (CID-10, código F20-29); n=27;	Duração: 8 meses. Frequência: 1,6 x 45' por semana.	Sintomas Negativos (valor total), Embotamento Afetivo, Anedonia, Avolição e Alogia:	Grupo de Musicoterapia: melhorou os sintomas negativos (valor total), embotamento afetivo, anedonia e alogia. Não houve diferenças significativas na avolição.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
		Grupo de Musicoterapia n=16; Média de idades=36,33 anos Grupo de Controlo n=11; Média de idades=39,81 anos		Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).	Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total), embotamento afetivo, anedonia, avolição e alogia.
Rohricht & Priebe (2006)	RCT Pré e pós teste Follow-up: 4 meses	Pacientes com esquizofrenia; n=43; Grupo de Psicoterapia Corporal n=24; Média de idades=38,8 anos Grupo de Controlo n=19; Média de idades=37,7 anos	Duração: 10 semanas. Frequência: 2 x 60-90' por semana. Grupo de Psicoterapia Corporal e Grupo de Controlo: sessões com máximo 8 participantes. Grupo de Controlo: aconselhamento de suporte.	Sintomas Negativos (valor total), Embotamento Afetivo e Lentificação Psicomotora: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Psicoterapia Corporal: melhorou os sintomas negativos (valor total), embotamento afetivo e lentificação psicomotora. Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total), embotamento afetivo e lentificação psicomotora.
Ho et al. (2016)	RCT Pré-pós teste Follow-up: 6 meses	Pacientes com esquizofrenia; n=151; Grupo de Tai-Chi n=51; Média de idades=52,4 anos Grupo de Exercício n=51; Média de idades=55 anos Grupo de Controlo n=49; Média de idades=54,7 anos	Duração: 12 semanas. Frequência: 1 x 60' por semana + 2 x 45' por semana. Grupo controlo: tratamento usual.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Tai-chi: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total). Grupo de Exercício: melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
Gökçen et al. (2020)	RCT Pré-pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=32; Grupo de Terapia de Dança/Movimento n=16; Média de idades=40,25 anos Grupo de Controlo n=16; Média de idades=46,87 anos	Duração: 8 semanas. Frequência: 2 x 40-50' por semana. Grupo de Terapia de Dança/Movimento: sessões de 8 participantes. Grupo de controlo: tratamento usual.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Dança/Movimento: melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).
Duraiswamy et al. (2007)	RCT Pré-post teste	Pacientes com esquizofrenia; n=41; Média de idades=30,41 anos Grupo de Yoga n=21 Grupo de Exercício n=20	Duração: 4 meses. Frequência: 5x60' por semana. Grupo de Exercício e Grupo de Yoga: 3 semanas de intervenção com supervisão presencial + restantes semanas sem supervisão presencial, com supervisão mensal à distância.	Sintomas Negativos (valor total): Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Yoga: melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Exercício: melhorou os sintomas negativos (valor total).
Isuru & Dahanayake (2015)	RCT Pré-pós teste	Pacientes com esquizofrenia; n=73; Grupo de Oficinas n=33; Média de idades=38,79 anos	Duração: 3 semanas. Frequência: 2-3 x 90' por semana, cada oficina.	Sintomas Negativos (valor total): Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo de Oficinas: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo	Tipo de estudo/ Desenho de estudo	Participantes	Intervenção	Variáveis e Instrumentos de avaliação	Resultados
		Grupo de Controlo n=40; Média de idades=41,92 anos	Grupo de Oficinas: Drama, Dança, Yoga e Música Terapia.		Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).
Wang et al. (2016)	RCT Pré-pós teste Follow-up: 6 meses	Pacientes com diagnóstico do espectro da esquizofrenia; n=131 Grupo baseado em Mindfulness n=44; Média de idades=23,8 anos Grupo de Psicoeducação n=44; Média de idades=24,1 anos Grupo de Controlo n=43; Média de idades=25 anos	Duração: 24 semanas. Frequência: 120' quinzenais (com supervisão presencial) + 2 x 20' por dia (sem supervisão presencial). Grupo baseado em Mindfulness e Grupo de Psicoeducação: sessões de 12 a 15 participantes. Grupo de Controlo: tratamento usual.	Sintomas Negativos (valor total): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).	Grupo baseado em Mindfulness: Melhorou os sintomas negativos (valor total). Grupo de Psicoeducação: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total). Grupo de Controlo: não houve diferenças significativas nos sintomas negativos (valor total).

RCT – *Randomized Controlled Trial*;

4.5. EFEITOS DAS TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO

Uma vez que existe uma vasta lista de terapias orientadas pelo corpo incluídas nesta revisão sistemática, os efeitos das suas intervenções serão analisados em duas formas: primeiro, irão ser descritos os efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos da esquizofrenia e, seguidamente, serão apresentados os efeitos de cada tipo intervenção das terapias orientadas pelo corpo, agrupados anteriormente.

Aquando da investigação das escalas que avaliam os sintomas negativos, constatámos que estas possuem um conjunto de subvariáveis comuns que, de acordo com a literatura, são os sintomas negativos principais (embotamento afetivo, anedonia, avolição, alogia, isolamento social e lentificação psicomotora). Por esta razão optámos por não incluir todas as outras subvariáveis que, embora estejam relacionadas com os sintomas negativos, são secundárias e não são comuns a todas as escalas. Contudo, decidimos incluir o valor total dos sintomas negativos, independentemente da escala utilizada. Assim sendo, ao analisar os resultados dos estudos, conseguimos retirar dois tipos de informação: os efeitos das intervenções na variável dos sintomas negativos, como valor total, e, nas subvariáveis dos sintomas negativos.

Para a realização das tabelas 5 e 7, deparámo-nos de que um estudo (Lee, 2019) avalia os sintomas negativos (valor total) através de duas escalas (PANSS e SANS) obtendo resultados diferentes. Tal facto levou-nos a optar por conhecer os efeitos das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos quando é avaliado por cada uma das escalas. Também na construção das tabelas 6 e 8, nos demos conta de que teríamos de analisar as subvariáveis avaliadas por cada escala, uma vez que a escala SANS coloca a anedonia e o isolamento social na mesma subescala, ao contrário das demais escalas para sintomas negativos incluídas nesta revisão sistemática.

4.5.1. EFEITOS DE TODAS AS TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO NOS SINTOMAS NEGATIVOS

Relativamente aos efeitos das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos (valor total) quando avaliado com a escala **PANSS**, verificámos que existem resultados contraditórios. Nove estudos encontraram melhorias (Tan et al., 2016; Qiu et al., 2017; Visceglia & Lewis, 2011; Lu et al., 2013; Behere et al., 2010; Rohricht & Priebe, 2006; Gökçen et al., 2020; Duraiswamy et al., 2007; Wang et al., 2016), enquanto que quatro não encontraram diferenças significativas (Priebe et al., 2016; Lee, 2019; Ho

et al., 2016; Isuru & Dahanayake, 2015). Quanto à escala **SANS**, os quatro estudos que utilizaram esta escala (Lee, 2019; Cho & Lee, 2018; Gangadhar et al., 2013; Ulrich et al., 2007) encontraram melhorias.

No que toca às subvariáveis dos sintomas negativos averiguou-se que foram utilizadas três escalas para as avaliar— PANSS, SANS e CAINS. Dois estudos (Paikkatt et al., 2015; Rohricht & Priebe, 2006) utilizaram a escala PANSS para avaliar o efeito das terapias orientadas pelo corpo no embotamento afetivo e na lentificação psicomotora, sendo que ambos encontraram melhorias nestas subvariáveis. Para além destas, Paikkatt e colaboradores (2015) avaliaram ainda a avolição, revelando também melhorias. Ao nível da escala SANS, dois estudos (Ulrich et al., 2007; Ho et al., 2012) avaliaram o efeito das terapias orientadas pelo corpo no embotamento afetivo, anedonia/isolamento social, alogia e avolição. Nas três primeiras subvariáveis foram encontrados resultados contraditórios entre os dois estudos. Todavia, ambos consideraram que a avolição não apresenta diferenças significativas. A escala CAINS foi apenas utilizada por um estudo, o de Priebe e colaboradores (2016), que avaliou os efeitos das terapias orientadas pelo corpo na anedonia, avolição e no isolamento social, encontrando melhorias em todas elas.

4.5.2. EFEITOS DE CADA TIPO DE INTERVENÇÃO DAS TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO NOS SINTOMAS NEGATIVOS

Nas **Artes Criativas**, tanto a nível da PANSS, quanto da SANS, os estudos revelaram que houve melhorias nos sintomas negativos (valor total). Ao nível das subvariáveis, neste grupo apenas o estudo de Ulrich e colaboradores (2007) avaliou os efeitos das artes criativas nas mesmas, com a escala SANS, sendo que encontrou melhorias no embotamento afetivo, anedonia/isolamento social e alogia. Segundo este estudo, não houve diferenças ao nível da avolição.

Os estudos do grupo **Intervenções *Mind-Body*** revelam que os efeitos deste tipo de intervenções nos sintomas negativos (valor total), quando avaliados com a PANSS, possuem resultados contraditórios. Os estudos Visceglia e Lewis (2011), Behere et al. (2010) e Duraiswamy et al. (2007) referem melhorias, enquanto que Lee (2019) e Ho et al. (2016) revelam que não houve melhorias significativas. Relativamente à escala SANS, os estudos incluídos referem melhorias. Quanto às subvariáveis, Ho e colaboradores (2012) não encontraram diferenças significativas do efeito das intervenções *mind-body* no embotamento afetivo, anedonia/isolamento social, avolição e alogia,

quando avaliadas com a escala SANS. Contudo, Paikkatt e colegas (2015) utilizaram a PANSS para avaliar o embotamento afetivo, a avolição e a lentificação psicomotora, verificando melhorias.

Os estudos do grupo de **Psicoterapia Corporal** apenas utilizaram a escala PANSS como avaliação dos efeitos desta terapia nos sintomas negativos (valor total). Um dos artigos (Rohricht & Priebe (2006) apresentou melhorias, contrariamente ao de Priebe et al. (2016) que não refere diferenças significativas. Quanto às subvariáveis, apenas o Priebe et al. (2016) avaliou os efeitos da psicoterapia corporal na anedonia, avolição e isolamento social, revelando melhorias, com a utilização da escala CAINS.

No caso do estudo das intervenções combinadas (**Artes Criativas + *Mind-Body***), foram avaliados os seus efeitos apenas com a escala PANSS ao nível dos sintomas negativos (valor total), revelando não existir diferenças significativas.

É de referir que nenhum dos artigos fez referência ao planeamento de ação.

4.6. FORÇA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Para avaliar a força da evidência científica foi utilizado o método BES. Inicialmente, verificámos a força da evidência científica dos sintomas negativos (valor total) (Tabela 5) e das subvariáveis (Tabela 6) para todas as terapias orientadas pelo corpo. Posteriormente, analisámos a força da evidência científica dos sintomas negativos (valor total) (Tabela 7) e das subvariáveis (Tabela 8), segundo cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo— artes criativas, intervenções *mind-body*, psicoterapia corporal e artes criativas + *mind-body*.

Relativamente a todas as terapias orientadas pelo corpo, verificámos que quando aos sintomas negativos (valor total) foram avaliados com a escala PANSS, não existiram evidências dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo, uma vez que os resultados são contraditórios. No entanto, com a escala SANS foi encontrada evidência moderada, onde todos os estudos incluídos referem melhorias ao nível desta variável. Quando se verifica a força da evidência científica ao nível das subvariáveis, percebeu-se que quando avaliadas pela escala PANSS, existe evidência moderada de que os efeitos das terapias orientadas pelo corpo melhoram o embotamento afetivo e a lentificação psicomotora. Não existe evidência para a avolição. Quando avaliados com a escala SANS, o embotamento afetivo, a anedonia/isolamento social e a alogia não têm evidência dos efeitos deste tipo

de intervenções, devido aos resultados conflitantes. Porém, existe evidência forte de que a avolição não tem diferenças significativas. Percebemos que há uma evidência limitada dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo na melhoria da anedonia, avolição e isolamento social, quando foram avaliados com a CAINS.

Ao se avaliar a força da evidência científica dos efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo foi possível concluir o seguinte:

Nas artes criativas existe uma evidência forte dos efeitos deste tipo de intervenção, com a escala PANSS e uma evidência moderada com a escala SANS, sendo que, em ambas, os artigos relatam melhorias para os sintomas negativos (valor total). No caso das subvariáveis, apenas o estudo de Ulrich et al. (2007) avaliou o efeito das artes criativas no embotamento afetivo, na anedonia/isolamento social, na avolição e na alogia, com a escala de SANS. Deste modo, a evidência foi considerada limitada para estas quatro subvariáveis.

Relativamente aos sintomas negativos (valor total) das intervenções *mind-body* percebeu-se que não existem evidências dos efeitos das intervenções *mind-body*, quando avaliados pela escala PANSS, visto que os resultados são contraditórios. Com a escala SANS é que é relatada uma evidência moderada dos efeitos destas intervenções, com resultados a apontar para a melhoria. Quanto às subvariáveis é observável que não existe evidência do efeito das intervenções *mind-body* para o embotamento afetivo, avolição e lentificação psicomotora, quando avaliados com a escala PANSS. Porém, com a escala SANS, há uma evidência limitada para o embotamento afetivo, anedonia/isolamento social, avolição e alogia, em como não existem diferenças significativas.

Quanto ao grupo da psicoterapia corporal, foi avaliado com a PANSS os sintomas negativos (valor total), não apresentando nenhuma evidência do efeito desta terapia, uma vez que os resultados são contrastantes. As subvariáveis anedonia, avolição e isolamento social foram avaliadas com a escala CAINS que revelou uma evidência limitada do efeito da psicoterapia corporal, apontando para a melhoria.

Por fim, o grupo artes criativas + *mind-body* foi avaliado apenas ao nível dos sintomas negativos (valor total), com a escala PANSS, sendo classificado sem evidência.

Tabela 5: Força de evidência dos sintomas negativos (valor total) de todas as terapias orientadas pelo corpo

Variável	Instrumento de avaliação	Estudo	Resultado	Escala PEDro	Escala BES
Sintomas Negativos (valor total)	PANSS	Tan et al. (2016)	Melhorou	7	Sem Evidência
		Qiu et al. (2017)	Melhorou	5	
		Priebe et al. (2016)	Não houve diferenças	8	
		Lee (2019)	Não houve diferenças	5	
		Visceglia & Lewis (2011)	Melhorou	5	
		Lu et al. (2013)	Melhorou	7	
		Behere et al. (2010)	Melhorou	5	
		Rohricht & Priebe (2006)	Melhorou	7	
		Ho et al. (2016)	Não houve diferenças	6	
		Gökçen et al. (2020)	Melhorou	6	
		Duraiswamy et al. (2007)	Melhorou	5	
		Isuru & Dahanayake (2015)	Não houve diferenças	4	
		Wang et al. (2016)	Melhorou	7	
	Lee (2019)	Melhorou	5	Evidência Moderada	
	Cho & Lee (2018)	Melhorou	3		
	Gangadhar et al. (2013)	Melhorou	4		
	Ulrich et al. (2007)	Melhorou	6		

Tabela 6: Força de evidência dos sintomas negativos (subvariáveis) de todas as terapias orientadas pelo corpo

Instrumento de Avaliação	Subvariáveis	Estudo	Resultado	Escala PEDro	Escala BES
PANSS	Embotamento Afetivo	Paikkatt et al. (2015)	Melhorou	4	Evidência Moderada
		Rohricht & Priebe (2006)	Melhorou	7	
	Avolição	Paikkatt et al. (2015)	Melhorou	4	Sem Evidência
	Lentificação Psicomotora	Paikkatt et al. (2015)	Melhorou	4	Evidência Moderada
Rohricht & Priebe (2006)		Melhorou	7		
SANS	Embotamento Afetivo	Ho et al. 2012	Não houve diferenças	6	Sem Evidência
		Ulrich et al. (2007)	Melhorou	6	
	Anedonia/Isolamento Social	Ho et al. 2012	Não houve diferenças	6	Sem Evidência
		Ulrich et al. (2007)	Melhorou	6	
	Avolição	Ho et al. 2012	Não houve diferenças	6	Evidência Forte
		Ulrich et al. (2007)	Não houve diferenças	6	
	Alogia	Ho et al. 2012	Não houve diferenças	6	Sem Evidência
		Ulrich et al. (2007)	Melhorou	6	
CAINS	Anedonia		Melhorou		
	Avolição	Priebe et al. (2016)	Melhorou	8	Evidência Limitada
	Isolamento Social		Melhorou		

Tabela 7: Força de evidência dos sintomas negativos (valor total) em cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo

Tipo de intervenção	Variável	Instrumento de avaliação	Estudo	Resultado	Escala de PEDro	Escala BES			
Artes Criativas		PANSS	Tan et al. (2016)	Melhorou	7	Evidência Forte			
			Qiu et al. (2017)	Melhorou	5				
			Lu et al. (2013)	Melhorou	7				
			Gökçen et al. (2020)	Melhorou	6				
		SANS	Cho & Lee (2018)	Melhorou	3	Evidência Moderada			
			Ulrich et al. (2007)	Melhorou	6				
Intervenções Mind-Body	Sintomas Negativos (valor total)	PANSS	Lee (2019)	Não houve diferenças	5	Sem Evidência			
			Visceglia & Lewis (2011)	Melhorou	5				
			Behere et al. (2010)	Melhorou	5				
			Ho et al. (2016)	Não houve diferenças	6				
			Duraiswamy et al. (2007)	Melhorou	5				
			Wang et al. (2016)	Melhorou	7				
		SANS	Lee (2019)	Melhorou	5	Evidência Moderada			
			Gangadhar et al. (2013)	Melhorou	4				
			Psicoterapia Corporal	PANSS	Priebe et al. (2016)		Não houve diferenças	8	Sem Evidência
					Rohricht & Priebe (2006)		Melhorou	7	

Tipo de intervenção	Variável	Instrumento de avaliação	Estudo	Resultado	Escala de PEDro	Escala BES
Artes Criativas + Mind-Body		PANSS	Isuru & Dahanayake (2015)	Não houve diferenças	4	Sem Evidência

Tabela 8: Força de evidência dos sintomas negativos (subvariáveis) em cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo

Tipo de intervenção	Instrumento de Avaliação	Subvariáveis	Estudo	Resultado	Escala de PEDro	Escala BES
Artes Criativas	SANS	Embotamento Afetivo	Ulrich et al. (2007)	Melhorou	6	Evidência Limitada
		Anedonia/Isolamento Social		Melhorou		
		Avolição		Não houve diferenças		
		Alogia		Melhorou		
Intervenções Mind-Body	PANSS	Embotamento Afetivo	Paikkatt et al. (2015)	Melhorou	4	Sem Evidência
		Avolição		Melhorou		
		Lentificação Psicomotora		Melhorou		
	SANS	Embotamento Afetivo	Ho et al. 2012	Não houve diferenças	6	Evidência Limitada
		Anedonia/Isolamento Social		Não houve diferenças		
		Avolição		Não houve diferenças		
		Alogia		Não houve diferenças		
Psicoterapia Corporal	CAINS	Anedonia	Priebe et al. (2016)	Melhorou	8	Evidência Limitada
		Avolição		Melhorou		
		Isolamento Social		Melhorou		

5. DISCUSSÃO

Para melhor compreensão e leitura da discussão, esta será repartida em 10 subtítulos: 1) resposta aos objetivos do estudo, 2) qualidade metodológica, 3) características dos estudos, 4) variáveis dependentes investigadas, 5) instrumentos de avaliação utilizados, 6) efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo, 7) efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo, 8) força da evidência científica dos efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo, 9) força da evidência científica dos efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo e 10) síntese.

Esta revisão sistemática teve como objetivo geral conhecer a evidência científica sobre os efeitos das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia. Formulámos também um conjunto de objetivos específicos aos quais obtivemos resultados. Passamos a apresentar de forma discriminada cada um deles e seus respectivos resultados:

(i) Conhecer quais as intervenções das terapias orientadas pelo corpo utilizadas para intervir ao nível dos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia.

Constatámos que as intervenções das terapias orientadas pelo corpo utilizadas para intervir ao nível dos sintomas negativos incluíram as seguintes intervenções: artes criativas (musicoterapia, terapia de dança/movimento, arteterapia e dramaterapia), intervenções *mind-body* (tai-chi, *mindfulness* e yoga) e psicoterapia corporal.

(ii) Conhecer quais os sintomas negativos investigados nas intervenções das terapias orientadas pelo corpo em pessoas com esquizofrenia.

Verificámos que os sintomas negativos investigados pelas terapias orientadas pelo corpo foram o embotamento afetivo, a anedonia, a avolição, a alogia, o isolamento social e a lentificação psicomotora.

(iii) Avaliar a força de evidência científica dos efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia.

Existe uma evidência moderada dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo na melhoria dos sintomas negativos (valor total), quando avaliados com a escala SANS. Através da escala PANSS não houve evidência científica, devido aos resultados conflitantes.

Obteve-se uma evidência moderada dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo em como há uma melhoria do embotamento afetivo e da lentificação psicomotora, quando avaliados com a escala PANSS. Contudo, não foram encontradas evidências científicas para a avolição.

Através da escala SANS, pudemos observar que existe uma evidência forte dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo de que não houve diferenças significativas na avolição. No entanto, não há evidências científicas para os sintomas embotamento afetivo, anedonia/isolamento social e alogia.

Com a escala CAINS, a evidência científica sobre os efeitos das terapias orientadas pelo corpo é limitada quanto à melhoria da anedonia, avolição e isolamento social.

(iv) Avaliar a força de evidência científica dos efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos, em pessoas com esquizofrenia.

Nas artes criativas, quando avaliadas com a escala PANSS, há evidências fortes que estas intervenções melhoram os sintomas negativos (valor total), enquanto que com a escala SANS a evidência científica é moderada. Foram encontradas evidências limitadas dos efeitos das artes terapias na melhoria do embotamento afetivo, anedonia/isolamento social e alogia, quando avaliados pela escala SANS. Há também uma evidência limitada de que as artes criativas não promovem diferenças significativas na avolição.

Nas intervenções *mind-body*, não houve evidência científica de que estas intervenções reduzem os sintomas negativos (valor total), quando avaliadas com a escala PANSS. Porém, quando avaliadas com a escala SANS, verificou-se uma evidência moderada dos efeitos das intervenções *mind-body* para a mesma variável. No embotamento afetivo, na avolição e na lentificação psicomotora não se obteve qualquer evidência científica sobre os efeitos das intervenções *mind-body*, quando avaliadas com a escala PANSS. Por outro lado, quando avaliadas com a escala SANS, observou-se uma evidência limitada destas intervenções no embotamento afetivo, anedonia/isolamento social, avolição e alogia, em como não existem diferenças significativas.

A psicoterapia corporal revelou que não existem evidências de que os efeitos da psicoterapia corporal melhoram os sintomas negativos (valor total), quando

avaliadas através da PANSS. Contudo, há uma evidência limitada da melhoria da anedonia, da avolição e do isolamento social, com a CAINS.

Na intervenção combinada artes criativas e intervenções *mind-body*, que utilizaram o PANSS, não obtiveram qualquer evidência científica de que reduzem os sintomas negativos (valor total).

Para melhor organização da discussão dos resultados, iremos primeiramente discutir a qualidade metodológica dos estudos incluídos, seguindo-se das características dos estudos, variáveis dependentes investigadas e instrumentos de avaliação utilizados. Depois, serão discutidos os efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo e os efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo. Por fim, será discutida criticamente a força da evidência científica dos efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos e a força de evidência científica dos efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo.

5.1. QUALIDADE METODOLÓGICA

Após uma rigorosa análise, a qualidade metodológica dos estudos incluídos teve uma média de 5.5 pontos, o que representa uma elevada qualidade metodológica. As pontuações variaram entre três e oito pontos, sendo que dos 18 estudos incluídos, apenas quatro apresentam qualidade baixa. Seria expectável que estudos mais recentes, tivessem maior qualidade metodológica, no entanto, verifica-se que os estudos com qualidade baixa são relativamente recentes. Podemos concluir que os investigadores devem ter em conta a importância dos critérios metodológicos, fomentando o aumento do rigor metodológico para que, futuramente, os estudos tenham maior viabilidade e credibilidade científica.

Todos os estudos satisfizeram os itens de validade externa e de análise estatística, revelando que os investigadores têm uma preocupação com o enviesamento dos resultados. Quanto à validade interna, percebemos que o critério de distribuição aleatória, também tem em consideração os riscos de viés, verificando-se que maior parte dos estudos mostraram o cuidado de aleatorizar os grupos que recebem, ou não, tratamento. Apenas o estudo de Cho e Lee (2018), não cumpriu este critério. Observámos que nenhum artigo cumpriu o critério do “terapeuta cego” e que apenas o estudo de Ulrich e colaboradores (2007) cumpriu o critério do “participante cego”. Tal facto leva-nos a relacionar estes critérios à dificuldade de manter o terapeuta e os participantes “cegos”

quanto à intenção da intervenção, em estudos de carácter experimental. Sabe-se que em estudos com intervenções complexas (De Morton, 2009), como os que avaliam exercício e terapia manual (Moseley, Herbert, Sherrington, & Maher, 2002), é difícil manter os terapeutas e os sujeitos sem conhecer os objetivos do estudo (Moseley et al., 2002; De Morton, 2009).

Outra hipótese que se pode colocar relativamente à dificuldade em manter o terapeuta “cego” pode dever-se à falta de recursos técnicos para avaliar e intervir nas terapias especializadas e na população específica – esquizofrenia. Em 2002, Moseley e colaboradores referiram que o desconhecimento do objetivo do estudo por parte do avaliador deve ser quase sempre possível, no entanto, em apenas 34% dos estudos arquivados no PEDro se verifica este facto.

5.2. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Visto que todas as terapias orientadas pelo corpo que foram incluídas são muito diversas, podemos agrupar os estudos pelo tipo de intervenção: artes criativas (inclui estudos de musicoterapia, terapia de dança/movimento e arteterapia), intervenções *mind-body* (constituídas por estudos de yoga, tai-chi e *mindfulness*), psicoterapia corporal e uma intervenção combinada de artes criativas e intervenções *mind-body* (incluiu yoga, dramaterapia, dança terapia e musicoterapia).

Quando olhamos para estes grupos de intervenções percebemos que as intervenções *mind-body* são as que possuem um maior número de estudos incluídos (n=9), podendo significar que estes tipos de intervenções são as mais usuais quando se pretende reduzir a sintomatologia de pessoas com esquizofrenia. Seguem-se as artes criativas, com seis estudos incluídos, a psicoterapia corporal, com apenas dois estudos, e, por fim, a combinação de artes criativas e intervenções *mind-body*, com um estudo.

Se fizermos a mesma análise relativamente a todas as terapias orientadas pelo corpo incluídas, observamos que a terapia de Yoga é a que possui uma maior quantidade de estudos incluídos (n=5), dando-nos a sensação de que este tipo de terapia é a mais investigada e aplicada a indivíduos com esquizofrenia com predomínio de sintomas negativos nos estudos que foram incluídos nesta revisão sistemática. As terapias de tai-chi, *mindfulness*, psicoterapia corporal, musicoterapia e arteterapia possuem dois estudos,

cada uma. Com apenas um estudo encontramos a terapia de dança/movimento e o estudo que incluiu música e dança terapia.

Ao verificar os estudos mais recentes, percebemos que um tipo de terapia orientada para o corpo se destaca: as artes criativas. Dois são sobre arteterapia (Qiu et al., 2017; Cho & Lee, 2018) e um sobre terapia de dança/movimento (Gökçen et al., 2020). Apenas o Lee (2019) é sobre *mindfulness*. Tal facto pode significar que nos últimos anos se tem dado mais ênfase às terapias baseadas nas artes para reduzir a sintomatologia na esquizofrenia, uma vez que este tipo de terapias surgiu mais recentemente que as restantes incluídas. Sendo um tipo de terapia mais recente, é natural que haja interesse em investigar qual a sua evidência científica.

Quando olhamos para as faixas etárias dos estudos, vão desde os 20 até aos 50 anos. Apenas dois estudos incluíram na sua investigação indivíduos da faixa etária dos 20 anos. Ambas as faixas etárias dos 30 e dos 40 anos, foram abrangidas por cinco artigos cada. Quatro estudos incluíram o intervalo de idades de 50 anos. Ao analisar os resultados, percebemos que os estudos das faixas etárias dos 20 e dos 30 anos tiveram sempre melhorias dos sintomas negativos, tanto no valor total, quanto nas subvariáveis. Por outro lado, nas restantes faixas etárias, alguns estudos mostraram-se sem melhorias (Ho et al., 2012; Ho et al., 2016; Isuru & Dahanayake, 2015), um melhorou as subvariáveis, mas não os sintomas negativos enquanto valor total (Priebe et al., 2016) e outro teve resultados contraditórios para os sintomas negativos (valor total) quando utilizou diferentes escalas para os avaliar (Lee, 2019). Embora haja muitos fatores que podem influenciar os resultados (e.g. tipo de terapia, escalas utilizadas, duração e frequência das intervenções), esta descoberta poderá significar que quanto mais cedo for realizada intervenção em pessoas com esquizofrenia, maior a probabilidade de redução da sintomatologia negativa. Pessoas com esquizofrenia numa fase inicial, como ainda não suportaram tantos anos de doença, nem de declínio funcional, geralmente respondem melhor ao tratamento (Correl et al., 2018). Na fase inicial da psicose, existe uma janela de oportunidade (Singh, 2010), ou, “período crítico”, que é preditivo da trajetória da doença a longo prazo (Singh, 2010; Chaves, 2007) e maleável a intervenções terapêuticas (Chaves, 2007), uma vez que nesta fase existe plasticidade neuronal (Singh, 2010). Quanto maior for o tempo entre de psicose não tratada, pior o prognóstico (Singh, 2010; Chaves, 2007). Contudo, os estudos

incluídos precisariam de investigar as diferenças nas idades, o que não se verificou. É importante também referir que em todos eles os participantes se encontravam clinicamente estáveis, medicados e sem sinais de sintomatologia positiva aguda.

5.3. VARIÁVEIS DEPENDENTES INVESTIGADAS

Os sintomas negativos da esquizofrenia são embotamento afetivo, anedonia, avolição, alogia e isolamento social (APA, 2013; Marder & Galderisi, 2017; Galderisi et al., 2018). Alguns autores incluem ainda a lentificação psicomotora (Walther & Strik, 2012; Huang et al., 2020; Morrens et al., 2007) e o planeamento de ação (Liemburg et al., 2015) associada a sintomas negativos. Embora fosse expectável que todos estes sintomas negativos fossem encontrados nos estudos incluídos, nenhum fez referência ao planeamento de ação. Uma explicação para tal facto pode ser devido à consideração por grande parte dos autores em como este parâmetro pode ser considerado um sintoma cognitivo e não negativo. A esquizofrenia afeta uma ampla gama de habilidades cognitivas (Holt, Wolf, Funke, Weisbrod & Kaiser, 2013), entre elas as funções executivas, onde está inserida a capacidade de planeamento (Young & Geyer, 2014; Holt et al., 2013).

5.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Relativamente aos instrumentos de avaliação, a grande maioria dos estudos incluídos usaram a escala PANSS. Quatro estudos utilizaram a escala SANS. O estudo de Lee (2019) utilizou ambas as escalas PANSS e SANS e o estudo de Priebe e colaboradores (2016), para além da escala PANSS, utilizou também a CAINS. Uma vez que os estudos avaliaram os mesmos sintomas (sintomas negativos valor total e subvariáveis) com diferentes escalas, resultando numa discrepância de resultados e dos próprios métodos que cada instrumento utiliza (e.g. forma como dividem e avaliam as subvariáveis), optámos por separar os resultados por escalas. Ao avaliarem os mesmos sintomas com diferentes escalas, não permitem o estudo, com exatidão, das alterações que são promovidas pelas intervenções. Grot e colegas (2020) vêm corroborar esta afirmação ao considerar que a multiplicidade das escalas de avaliação pode dificultar a comparação entre estudos.

O estudo de Lee (2019) utilizou as escalas PANSS e SANS para avaliar a mesma variável – os sintomas negativos (valor total). Tal escolha pode dever-se ao facto de que, apesar

de não serem idênticas (Rabany, Weiser, Werbeloff & Levkovitz, 2011), ambas as escalas têm construtos semelhantes e que estão bem relacionados (Grot et al., 2020; Rabany et al., 2011). Estes dois instrumentos são considerados o “padrão de ouro” para estudos de tratamento, pois são sensíveis a mudanças (Kumari, Malik, Florival, Manalai & Sonje, 2017). Contudo, a PANSS é complexa e os autores podem nem sempre utilizar os cálculos corretos na sua pesquisa (Kumari et al., 2017), podendo induzir a um enviesamento de resultados.

5.5. EFEITOS DE TODAS AS TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO

Ao analisar os resultados de todas as terapias orientadas pelo corpo encontradas nesta revisão sistemática, verificamos que existe uma discrepância de resultados. Esta discrepância pode ser devida à avaliação dos sintomas negativos por diferentes escalas, pode também ser resultado das próprias intervenções serem muito distintas, bem como as suas durações, que vão desde três semanas até 48 semanas. Outra possível causa poderão ser as frequências distintas das intervenções, em que o estudo com maior frequência realiza sessões presenciais sete dias por semana, exceto feriados, durante uma hora e meia, enquanto que o com menor frequência tem sessões presenciais quinzenalmente de duas horas. Ainda relativamente à frequência, existem três estudos que efetuam as suas intervenções com e sem supervisão presencial.

Fomos averiguar se terapias iguais tinham, ou não, discrepância de resultados. Detetámos que no *Mindfulness*, o estudo Lee (2019) não obteve diferenças significativas dos efeitos desta terapia para os sintomas negativos (valor total), com a escala PANSS, enquanto que Wang e colaboradores (2016) relatam melhorias para a mesma variável, com a avaliação da mesma escala. Este resultado pode dever-se à questão levantada por Kumari e colegas (2017) de que a escala PANSS pode induzir os investigadores a cálculos erróneos, e/ou, ao facto de as intervenções terem tido durações diferentes. Lee (2019) teve uma intervenção mais curta, de apenas oito semanas, contra 24 semanas do estudo de Wang e colegas (2016). É expectável que quanto mais longa for a intervenção, se verifiquem maiores melhorias.

De todas as terapias orientadas pelo corpo incluídas na revisão sistemática, o Tai-Chi foi a única intervenção que não apresentou redução dos sintomas negativos. Ho e colaboradores (2016) sugerem que a prática de Tai-Chi enfatiza a (re)conexão entre a mente e o corpo, sendo que essa reconexão pode levar a aumentos temporários nos

sintomas, refletindo respostas corporais de uma “crise de cura”. No caso de Ho e colegas (2012), foi referido que a altura da recolha de dados do pós-teste coincidiu com festividades, sendo que as visitas familiares e as outras atividades realizadas nas instalações onde residiam, podem ter influenciado o funcionamento diário e as atividades dos participantes. Estes resultados são corroborados por uma revisão sistemática recente (Sabe et al., 2019) que também não encontrou efeitos do Tai-Chi nos sintomas negativos.

Nas intervenções em que mais do um estudo avaliou os efeitos das mesmas nos sintomas negativos, conseguimos perceber que os estudos que avaliaram os efeitos do Yoga e da Arteterapia nos sintomas negativos tiveram sempre melhorias, ou seja, obtiveram a redução destes sintomas. Tendo em conta que dos cinco estudos de Yoga, quatro foram realizados na Índia, podemos supor que tais resultados podem dever-se ao facto deste tipo de terapias com base na meditação estar mais enraizado nas culturas orientais. No caso da Arteterapia, tais descobertas poderão ser explicadas pelo facto de este tipo de terapia poder distrair os sujeitos dos seus sintomas e promover uma melhoria da interação social (Van Lith et al., 2012), amenizando os sintomas negativos, tais como o isolamento social.

5.6. EFEITOS DE CADA TIPO DE INTERVENÇÃO DAS TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO

Relativamente a cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo, tomámos conhecimento de que o grupo das intervenções *mind-body* apresenta resultados contraditórios dos seus efeitos ao nível dos sintomas negativos (valor total), quando avaliados com a PANSS. Estes resultados devem-se a dois estudos, já referidos anteriormente: (i) Ho e colaboradores (2016), que realizaram uma intervenção de Tai-Chi, sendo o único tipo de que não apresenta redução de sintomas negativos; (ii) Lee (2019), que há semelhança do que foi referido por Kumani e colegas (2017), a escala PANSS pode induzir enviesamento de resultados.

Outro grupo de intervenção que teve resultados conflitantes foi a psicoterapia corporal. No estudo de Rohricht e Priebe (2006) melhoraram os sintomas negativos (valor total), enquanto que no estudo de Priebe e colaboradores (2016) não obtiveram melhorias para a mesma variável. Apesar de terem tido a mesma duração de intervenção, os resultados foram contraditórios, mesmo a utilizarem a mesma escala (PANSS). Tal descoberta pode dever-se ao facto de no primeiro estudo terem utilizado indivíduos na faixa etária dos 30,

enquanto que o segundo estudo, utilizou sujeitos na faixa etária dos 40. Outra hipótese poderá ser devido à intervenção de Rohricht e Priebe (2006) ter sessões de 60 a 90 minutos, enquanto que no estudo de Priebe e colegas (2016) as sessões eram apenas de 60 minutos.

5.7. FORÇA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DOS EFEITOS DE TODAS AS TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO

No que diz respeito à força de evidência científica de todas as terapias orientadas pelo corpo incluídas nesta revisão sistemática, percebemos que existe uma **evidência forte** de que estas intervenções não surtem efeito na avolição, quando avaliada pela escala SANS. Uma explicação para estes resultados poderá dever-se à aparente tendência das pessoas com esquizofrenia permanecerem num estado atual de inação – denominado inércia psicológica – contribuindo para a avolição (Suri et al., 2018). Se este sintoma estiver muito demarcado nos sujeitos, provavelmente dificultará o efeito das terapias orientadas pelo corpo na redução do mesmo. Outra possível explicação poderá prender-se com o facto de a avolição poder estar relacionada com défices de motivação, exibindo dificuldades no prazer antecipatório (DeRosse et al., 2019; Marder & Galderisi, 2017; Galderisi et al., 2018). Assim, assumindo que os terapeutas já levavam as atividades da sessão planeadas, poderá ser difícil para um indivíduo com esquizofrenia antecipar que determinada atividade sugerida será prazerosa e, conseqüentemente, levar à diminuição da persistência em atividades direcionadas a um objetivo. Podemos ainda colocar como hipótese se um défice na função executiva, responsável pela tomada de decisão, não poderá comprometer aspetos volitivos nos indivíduos com esquizofrenia.

Há **evidências moderadas** que as terapias orientadas pelo corpo reduzem os sintomas negativos (valor total) com a escala SANS, uma vez que dois artigos (Lee, 2019; Ulrich et al., 2007) são de elevada qualidade metodológica e os outros dois (Cho & Lee, 2018; Gangadhar et al., 2013) de baixa qualidade. Foi igualmente encontrada uma **evidência moderada** sobre o efeito positivo destas intervenções no embotamento afetivo e na lentificação psicomotora, quando utilizada a escala PANSS. Terapias que se fundamentem no conceito de *embodiment*, consideram que o movimento e a emoção estão intrinsecamente conectados (Fuchs & Koch, 2014). Deste modo, podemos hipotetizar que, através dos movimentos intencionais proporcionados nas diversas terapias, se tenha estimulado a capacidade expressiva emocional (exibições externas de emoção), reduzindo

o embotamento afetivo. Podemos também levantar a possibilidade de que os movimentos utilizados nestas intervenções tenham encaminhado os sujeitos a adquirirem movimentos mais harmoniosos, fluentes e devidamente planejados, reduzindo a lentificação psicomotora.

Com a escala CAINS, foi apenas encontrada uma **evidência limitada** sobre os efeitos das terapias orientadas pelo corpo, através de um estudo de alta qualidade (Priebe et al., 2016), em como houve redução da anedonia, avolição e isolamento social. Este estudo foi o único que utilizou a escala CAINS.

Não houve qualquer evidência científica destas intervenções para: (i) os sintomas negativos (valor total) com a escala PANSS, devido aos resultados contraditórios dos estudos; (ii) avolição avaliada com a PANSS, devido à qualidade do estudo ser baixa; (iii) embotamento afetivo, anedonia/isolamento social e alogia avaliadas com a escala SANS, devido aos resultados conflitantes.

Note-se que as evidências encontradas pelas escalas CAINS e SANS são contrastantes no que diz respeito à avolição e que tais resultados poderão dever-se ao tipo de terapias utilizadas e/ou à própria sensibilidade das escalas.

5.8. FORÇA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DOS EFEITOS DE CADA TIPO DE INTERVENÇÃO DAS TERAPIAS ORIENTADAS PELO CORPO

Quando se averigua a força de evidência científica dos efeitos de cada tipo de intervenção das terapias orientadas pelo corpo, percebemos que apenas as artes criativas obtiveram uma **evidência forte** dos efeitos da sua intervenção na redução dos sintomas negativos (valor total), através da escala PANSS. Um dos motivos que pode ter levado a que estas intervenções sejam mais eficazes na redução de sintomas negativos é o facto de fomentarem a exploração de material inconsciente com o auxílio de processos criativos, melhorando a capacidade de expressão do indivíduo, por meio do simbólico (Anzacata, 2021).

Foram encontradas **evidências moderadas** sobre os efeitos das artes criativas e sobre os efeitos das intervenções *mind-body* na redução dos sintomas negativos (valor total), quando avaliados com a SANS. As prováveis razões para se terem encontrado reduções dos sintomas negativos através das artes criativas poderão refletir-se novamente

na hipótese dada anteriormente. Relativamente às intervenções *mind-body*, sabe-se que se baseiam na coordenação entre o controlo de movimento, a respiração e um estado meditativo (Wei et al., 2020) visando explorar os recursos internos do indivíduo (Lin et al., 2014; Wang, Beauchemin, Liu, & Lee, 2019) a nível emocional, mental e espiritual, de forma a alcançar a saúde física (Lin et al., 2014) e mental (Wang et al., 2019), onde os sintomas negativos poderão estar abrangidos.

O estudo de Ulrich e colaboradores (2007) apresenta **evidências limitadas** sobre os efeitos das artes criativas na redução do embotamento afetivo, da anedonia/isolamento social e da alogia, quando avaliados pela escala SANS, enquanto que a avolição não apresenta diferenças significativas. A partir do estudo de Ho e colegas (2012), também as intervenções *mind-body* demonstraram **evidências limitadas** em como não houve diferenças significativas no embotamento afetivo, anedonia/isolamento social, avolição e alogia, quando avaliados com a SANS. A psicoterapia corporal foi outra das intervenções que apresentou **evidências limitadas** sobre os seus efeitos na redução da anedonia, avolição e isolamento social, com a escala CAINS. As evidências limitadas devem-se ao facto dos efeitos de cada tipo de intervenção terem sido considerados a partir de só um estudo. Contudo, salientam-se as intervenções *mind-body* como as únicas a não revelar melhorias nos sintomas negativos avaliados. Tal facto pode dever-se à hipótese já referida de que a época de festividades pode ter tido algum tipo de influência nos dados pós-teste do estudo de Ho e colaboradores (2012).

Por fim, **não foram encontradas quaisquer evidências** dos efeitos das intervenções *mind-body*, da psicoterapia corporal e do conjunto artes criativas e intervenções *mind-body* nos sintomas negativos (valor total), quando avaliados com a PANSS. Primeiramente, a escala que utilizaram é complexa e pode induzir a enviesamentos (Kumari et al., 2017). Outra explicação poderá ser o facto destas terapias serem mais eficazes na redução de subvariáveis específicas dos sintomas negativos e não na sua totalidade.

Através da avaliação da escala PANSS foi ainda observável que as intervenções *mind-body* **não obtiveram evidências científicas** quanto aos seus efeitos na redução do embotamento afetivo, da avolição e da lentificação psicomotora. Apesar dos resultados apontarem para a melhoria, o estudo é de baixa qualidade.

5.9. SÍNTESE

Em suma, há evidências científicas fortes sobre os efeitos: de todas as terapias orientadas pelo corpo em que a avolição não obteve diferenças significativas, segundo a escala SANS; das artes criativas na redução dos sintomas negativos (valor total), com a escala PANSS.

Verificam-se diversos resultados em que não existem evidências científicas devido a estudos únicos com baixa qualidade metodológica ou a resultados contraditórios. A falta de força de evidência científica mais consistente pode colocar em causa a eficácia das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos, levando-nos a supor que ainda existem poucos estudos deste tipo de terapias que intervenham ao nível dos sintomas negativos.

5.10. REFLEXÕES E RECOMENDAÇÕES

Com esta revisão sistemática foi possível perceber que as artes criativas parecem ser o tipo de intervenção com melhores resultados na redução dos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia. Assim, esta descoberta fornece uma pista para que os psicomotricistas que trabalham com pacientes com experiência de doença mental, em particular esquizofrenia, utilizem com mais frequência nas suas sessões mediadores com recurso às artes. Além disso, e atendendo a este achado, a formação dos psicomotricistas, quer inicial quer de continuidade, deve considerar a lecionação de conteúdos relacionados com as artes criativas e os seus mediadores expressivos artísticos. É deveras importante salientar que, por mais conhecimento que um psicomotricista tenha nas diversas áreas, não faz dele um arteterapeuta, musicoterapeuta, dramaterapeuta ou dançaterapeuta. No entanto, pode utilizar a arte, a música, o drama e a dança como mediadores terapêuticos nas suas intervenções.

Outra conclusão que foi possível retirar desta revisão sistemática foi que as terapias orientadas pelo corpo não aparentam surtir efeito na avolição. Embora algumas dúvidas parem sobre este sintoma e as suas causas, o psicomotricista poderá tentar ir ao encontro dos interesses e gostos do paciente, proporcionando a escolha de algumas atividades para futuras sessões. Desta forma, para além de aumentar a motivação, tenta-se promover a participação mais ativa nas sessões e estimula-se a tomada de iniciativa. Consequentemente, poderá melhorar a persistência em atividades direcionadas a objetivos e diminuir a inércia psicológica. Uma vez que se levantou a possibilidade da

avolição poder estar comprometida devido a défices na função executiva, sugere-se que a intervenção psicomotora para indivíduos com esquizofrenia também seja com base em processos de consciencialização da ação, ou seja, uma terapia dirigida para práticas gnoso-práticas.

Apesar das durações das terapias orientadas pelo corpo incluídas nesta revisão sistemática serem muito distintas, foi possível verificar que a duração mínima para que haja redução de sintomas negativos é de 5 semanas. Tendo em conta que a esquizofrenia é uma doença crónica e que necessita de acompanhamento e suporte, sugere-se que a intervenção psicomotora não seja pontual e de curta duração. Pelo contrário, deve ser uma intervenção contínua para manter os sintomas negativos estabilizados e/ou reduzidos.

Salientamos ainda que as terapias que relataram evidências na redução de sintomas negativos, foram todas em pacientes estabilizados e devidamente medicados, sem relato de sintomatologia positiva aguda. Para além disso, nas terapias que não se verificou melhorias em determinados sintomas negativos, confirmou-se que os mesmos estabilizaram e não pioraram.

Pensando numa perspetiva futura, os investigadores de terapias orientadas pelo corpo devem atentar mais para as questões metodológicas, tentando ser mais rigorosos com os critérios a fim de desenvolverem estudos com uma boa qualidade metodológica. Para além disso, é igualmente pertinente mais estudos sobre terapias orientadas pelo corpo que tornem consistentes as informações sobre qual a duração e frequências mais adequadas para reduzir os sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia. Seria também interessante ter um maior espectro de estudos com idades entre os 18 e os 65, para se averiguar quais as idades em que as terapias são mais eficazes. Outra sugestão é para que futuros estudos tentem aumentar o número da amostra incluída.

Enquanto psicomotricista, considero que ainda existem poucos estudos sobre a intervenção psicomotora em pessoas com esquizofrenia. Assim sendo, seria interessante se os psicomotricistas que trabalham na área da saúde mental elaborassem estudos que demonstrem o efeito da terapia psicomotora neste tipo de população. Para além disso, poderia ser também pertinente compreender quais os mediadores utilizados na terapia psicomotora que melhor surtem efeito para a redução de sintomatologia negativa e quais os mediadores psicomotores que melhor resultam numa fase inicial, após os primeiros surtos, onde a sintomatologia predominante é a positiva.

6. LIMITAÇÕES

Esta revisão sistemática teve diversas limitações. Primeiramente, a inclusão de estudos apenas em inglês e português pode estar a excluir alguns estudos escritos noutra língua que possam preencher os critérios e ser relevantes. Outra limitação foi aquando dos estudos seleccionados se ter verificado que existiam três estudos com impossibilidade de acesso (n=3), sendo que fica a possibilidade de terem sido pertinentes para a revisão sistemática, caso satisfizessem os critérios de inclusão. Para além destes, outros oito estudos foram excluídos pois não proviam a informação sobre as idades limite abrangidas, ficando também a possibilidade de terem sido pertinentes para a revisão sistemática, caso satisfizessem os restantes critérios de inclusão.

Não foi determinada a validade, nem a fiabilidade, dos instrumentos utilizados pelos estudos seleccionados. Também não foi verificada a adequação da análise estatística, nem a qualificação dos terapeutas que aplicaram as intervenções.

Relativamente à utilização da escala de PEDro, pode ser considerada outra das limitações, uma vez que pode conduzir a enviesamento de resultados pelo facto de os itens serem satisfeitos somente se o estudo referir claramente que o critério foi cumprido. O BES é um método que pode sobrevalorizar ou subvalorizar a força da evidência científica dos resultados.

Outra limitação encontrada foi a dificuldade sentida pelos investigadores nas diferentes denominações dos estudos relativamente ao pós-teste e follow-up.

Por fim, foi realizada apenas uma revisão sistemática qualitativa. Um próximo passo seria concretizar uma revisão sistemática quantitativa (meta-análise).

7. CONCLUSÕES

A presente revisão sistemática teve como objetivo geral conhecer a força da evidência científica dos efeitos das terapias orientadas pelo corpo nos sintomas negativos de pessoas com esquizofrenia.

Tendo em conta os estudos analisados, que cumpriram os critérios de elegibilidade, concluiu-se que as terapias orientadas pelo corpo, disponibilizadas às pessoas com esquizofrenia para redução da sintomatologia negativa, são as seguintes: artes criativas (música terapia, terapia de dança/movimento, arte terapia e drama terapia), intervenções *mind-body* (yoga, tai-chi e *mindfulness*) e psicoterapia corporal. Relativamente aos sintomas negativos que os estudos analisaram encontramos: sintomas negativos (valor total), embotamento afetivo, anedonia, avolição, alogia, isolamento social e lentificação psicomotora. Nenhum estudo fez referência ao planeamento de ação.

Quanto à força da evidência científica dos efeitos de todas as terapias orientadas pelo corpo incluídas nesta revisão sistemática, podemos afirmar que, quando avaliadas com a escala SANS, existe uma evidência forte em como estas intervenções não têm efeitos na avolição. Com a mesma escala, foi encontrada uma evidência moderada em como estas intervenções reduzem os sintomas negativos (valor total). Também se encontrou uma evidência moderada para a redução do embotamento afetivo e da lentificação psicomotora, quando avaliadas com a PANSS. Evidências limitadas foram encontradas sobre os efeitos das terapias orientadas pelo corpo na redução da anedonia, avolição e isolamento social, quando avaliadas com a CAINS. Os sintomas negativos (valor total) e a avolição, não têm qualquer evidência científica. Também não se encontrou evidências quanto ao embotamento afetivo, anedonia/isolamento social e alogia, quando avaliadas com a escala SANS. As evidências encontradas pelas escalas CAINS e SANS são conflitantes para a avolição.

Relativamente à força de evidência científica para cada tipo de intervenções das terapias orientadas pelo corpo, percebeu-se que somente as artes criativas obtiveram uma evidência forte para a redução de sintomas negativos (valor total), quando avaliadas com a PANSS. Evidências moderadas para a mesma variável foram encontradas sobre os efeitos das artes criativas e das intervenções *mind-body*, quando avaliadas com a escala SANS. Quando avaliadas pela SANS, foram ainda encontradas evidências limitadas sobre o efeito das artes criativas na redução do embotamento afetivo, anedonia/isolamento

social e alogia, enquanto que na avolição não existem diferenças significativas. Há também evidências limitadas que as intervenções *mind-body* não promovem efeitos positivos no embotamento afetivo, anedonia/isolamento social, avolição e alogia, quando avaliados pela SANS. A psicoterapia corporal foi outra das intervenções que apresentou evidências limitadas sobre os seus efeitos na redução da anedonia, avolição e isolamento social, quando avaliadas pela CAINS. Por fim, não foram encontradas quaisquer evidências sobre os efeitos das intervenções *mind-body*, psicoterapia corporal e conjunto artes criativas e intervenções *mind-body*, para os sintomas negativos (valor total) quando avaliados com a PANSS. Através da mesma escala percebeu-se que as intervenções *mind-body* não obtiveram evidências científicas quanto à redução do embotamento afetivo, avolição e lentificação psicomotora.

A psicomotricidade tem um olhar holístico sobre o ser humano, na medida em que tem em conta os seus aspetos físicos, emocionais, cognitivos e psicossociais. Tal como todas as terapias que têm vindo a ser abordadas nesta revisão sistemática, também a psicomotricidade é uma terapia orientada pelo corpo baseada na premissa do *embodiment* de que o corpo e a mente se influenciam mutuamente. Assim, o psicomotricista trabalha com o corpo do sujeito como elemento primordial para alcançar estruturas psíquicas. Para promover este trabalho terapêutico e estimular as potencialidades dos indivíduos, o terapeuta psicomotor pode recorrer a mediações corporais, tais como as utilizadas nas artes criativas – arte, música, dança, drama – e nas intervenções *mind-body* – *mindfulness*, yoga e tai-chi.

8. REFERÊNCIAS

Abboud, R., Noronha, C., & Diwadkar, V. A. (2017). Motor system dysfunction in the schizophrenia diathesis: Neural systems to neurotransmitters. *European Psychiatry*, *44*, 125–133. Doi:10.1016/j.eurpsy.2017.04.004

Acolin, J. (2016). The mind–body connection in dance/movement therapy: theory and empirical support. *American Journal of Dance Therapy*, *38*(2), 311–333. Doi:10.1007/s10465-016-9222-4

Aghevli, M. A., Blanchard, J. J., & Horan, W. P. (2003). The expression and experience of emotion in schizophrenia: a study of social interactions. *Psychiatry Research*, *119*(3), 261–270. Doi: 10.1016/s0165-1781(03)00133-1

Ahessy, B. (2013). Creative arts therapies: what psychologists need to know. *The irish psychologist*, *39*, 274-281.

Albaret, J. M., Corraze, J., Soppelsa, R., & Golly, V. L. (2012). Psychiatrie et psychomotricité. *Entretiens de Psychomotricité*, 7-12.

Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité- tome 4: sémiologie et nosographie psychomotrices*. Paris: le Boeck Supérieur.

American Dance Therapy Association (ADTA). (2020). What is dance/movement therapy?. *American Dance Therapy Association*. Obtido no dia 8 de Dezembro de 2020 em <https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5*. Lisboa: Climepsi.

Armijo-Olivo, S., da Costa, B. R., Cummings, G. G., Ha, C., Fuentes, J., Saltaji, H., & Egger, M. (2015). PEDro or cochrane to assess the quality of clinical trials? A Meta-Epidemiological Study. *Plos One*, *10*(7), e0132634. Doi:10.1371/journal.pone.0132634

André, P., Benavidès, T., & Giromini, F. (2004). *Corps & Psychiatrie*. Paris: Heures de France.

Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784. Doi:10.1001/archpsyc.1982.04290070020005

Andreasen, N. C., Flaum, M., Arndt, S., Alliger, R., & Swayze, V. W. (1991). Positive and negative symptoms: assessment and validity. *Negative Versus Positive Schizophrenia*, 28–51. Doi:10.1007/978-3-642-76841-5_3

Anzacata. (2021). About creative arts therapies. *Anzacata*. Obtido no dia 26 de Fevereiro de 2021 em <https://www.anzacata.org/About-CAT>

Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21, 715–736. Doi:10.1212/01.con.0000466662.89908.e7

Attard, A., & Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1067–1078. Doi:10.1016/s2215-0366(16)30146-8

Barcelos, V., Teixeira, E., Riberiro, A., Da Silva, L., Rodrigues, D., & Siqueira, A. (2018). Music therapy in patients with mental disorders. *Journal of Nursing*, 12(4), 1054–1059. Doi:10.5205/1981-8963-v12i4a231436p1054-1059-2018

Becker, T. M., Cicero, D. C., Cowan, N., & Kerns, J. G. (2012). Cognitive control components and speech symptoms in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 196(1), 20–26. Doi: 10.1016/j.psychres.2011.10.003

Behere, R. V., Arasappa, R., Jagannathan, A., Varambally, S., Venkatasubramanian, G., Thirthalli, J., ... Gangadhar, B. N. (2010). Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptoms and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(2), 147–153. Doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01605.x

Bervoets, C., Docx, L., Sabbe, B., Vermeulen, S., Van Den Bossche, M. J., Morsel, A., & Morrens, M. (2013). The nature of the relationship of psychomotor slowing with negative symptomatology in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19(1), 36–46. Doi:10.1080/13546805.2013.779578

Blanchard, J. J., Gur, R., Horan, W. P., & Kring, A. M. (2012). Manual for the clinical assessment interview for negative symptoms (CAINS). Obtido no dia 15 de

Fevereiro de 2021 em <https://esilab.berkeley.edu/wp-content/uploads/2017/12/CAINS-manual.pdf>

Böge, K., Karadza, A., Fuchs, L. M., Ehlen, F., Ta, T. M. T., Thomas, N., ... Hahn, E. (2020a). Mindfulness-based interventions for in-patients with schizophrenia spectrum disorders—a qualitative approach. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. Doi:10.3389/fpsy.2020.00600

Böge, K., Thomas, N., & Jacobsen, P. (2020b). Is mindfulness for psychosis harmful? Deconstructing a myth. *The British Journal of Psychiatry*, *1-2*. Doi:10.1192/bjp.2020.165

Bourne, J., Andersen-Warren, M., & Hackett, S. (2018). A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem. *The Arts in Psychotherapy*, *61*, 1–9. Doi:10.1016/j.aip.2018.08.001

Bracht, T., Schnell, S., Federspiel, A., Razavi, N., Horn, H., Strik, W., ... Walther, S. (2013). Altered cortico-basal ganglia motor pathways reflect reduced volitional motor activity in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *143*(2-3), 269–276. Doi: 10.1016/j.schres.2012.12.004

Butler, J. D. (2012). Playing with madness: Developmental transformations and the treatment of schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, *39*(2), 87–94. Doi:10.1016/j.aip.2012.01.002

Canadian Association for Music Therapy (CAMT). (2020). About music therapy. *Canadian Association for Music Therapy*. Obtido no dia 15 de Dezembro de 2020 em <https://www.musictherapy.ca/about-camt-music-therapy/about-music-therapy/>

Carbon, M., & Correll, C. U. (2014). Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums*, *19*(S1), 35–53. Doi: 10.1017/s1092852914000601

Cassidy, S., Turnbull, S., & Gumley, A. (2014). Exploring core processes facilitating therapeutic change in dramatherapy: A grounded theory analysis of published case studies. *The Arts in Psychotherapy*, *41*(4), 353–365. Doi:10.1016/j.aip.2014.07.003

- Casson, J. (2001). Dramatherapy, psychodrama and voices. *Dramatherapy*, 23(2), 22–25. Doi:10.1080/02630672.2001.9689581
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 204(05), 333–334. Doi:10.1192/bjp.bp.113.136044
- Chaves, A. C. (2007). Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento?. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 174-178. Doi: 10.1590/S0101-60832007000800005
- Chiang, M., Reid-Varley, W. B., & Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*. Doi:10.1016/j.psychres.2019.03.025
- Cho, J. M., & Lee, K. (2018). Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. Doi:10.1016/j.apnu.2018.07.002
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. Doi:10.1146/annurev-psych-042716-051139
- De Morton, N. A. (2009). The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(2), 129–133. Doi:10.1016/s0004-9514(09)70043-1
- DeRosse, P., Barber, A. D., Fales, C. L., & Malhotra, A. K. (2019). Deconstructing avolition: initiation vs persistence of reward-directed effort. *Psychiatry Research*, 273, 647–652. Doi:10.1016/j.psychres.2019.01.073
- Docherty, A. R., Berenbaum, H., & Kerns, J. G. (2011). Alogia and formal thought disorder: differential patterns of verbal fluency task performance. *Journal of Psychiatric Research*, 45(10), 1352–1357. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.04.004
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia ? A

randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(3), 226–232. Doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01032.x

European Federation of Art Therapy (EFAT). (2018). What is art therapy?. *European Federation of Art Therapy*. Obtido no dia 17 de Dezembro de 2020 em <https://www.arttherapyfederation.eu/art-therapy.html>

Fernández-Aguayo, S., & Pino-Juste, M. (2018). Drama therapy and theater as an intervention tool: bibliometric analysis of programs based on drama therapy and theater. *The Arts in Psychotherapy*, *59*, 83–93. Doi:10.1016/j.aip.2018.04.001

Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, *5*. Doi:10.3389/fpsyg.2014.00508

Fuchs, T., & Röhrich, F. (2017). Schizophrenia and intersubjectivity: an embodied and enactive approach to psychopathology and psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *24*(2), 127–142. Doi:10.1353/ppp.2017.0018

Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci*, *17*(1), 9–18. Doi: 10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel

Galbusera, L., Finn, M. T., & Fuchs, T. (2016). Interactional synchrony and negative symptoms: an outcome study of body-oriented psychotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research*, *28*(3), 457–469. Doi:10.1080/10503307.2016.1216624

Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, *5*(8), 664–677. Doi:10.1016/s2215-0366(18)30050-6

Gallagher, S., & Payne, H. (2014). The role of embodiment and intersubjectivity in clinical reasoning. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *10*(1), 68–78. Doi:10.1080/17432979.2014.980320

Gangadhar, B., Jayaram, N., Varambally, S., Behere, R., Venkatasubramanian, G., Arasappa, R., & Christopher, R. (2013). Effect of yoga therapy on plasma oxytocin and facial emotion recognition deficits in patients of schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, *55*(7), 409. Doi: 10.4103/0019-5545.116318

Ganesh, G., & Burdet, E. (2013). Motor planning explains human behaviour in tasks with multiple solutions. *Robotics and Autonomous Systems*, 61(4), 362–368. Doi: 10.1016/j.robot.2012.09.024

Gard, D. E., Kring, A. M., Gard, M. G., Horan, W. P., & Green, M. F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 253–260. Doi: 10.1016/j.schres.2007.03.008

Ghoshal, A., & Conn, P. J. (2015). The hippocampo-prefrontal pathway: a possible therapeutic target for negative and cognitive symptoms of schizophrenia. *Future Neurology*, 10(2), 115–128. Doi: 10.2217/fnl.14.63

Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité tome 2- méthodes et techniques*. Paris: de Boeck-Solal.

Gökçen, A., Ekici, G., Abaoğlu, H., & Tiryaki Şen, D. (2020). The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: a rater-blinded randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 101702. Doi:10.1016/j.aip.2020.101702

Govindaraj, R., Varambally, S., Rao, N. P., Venkatasubramanian, G., & Gangadhar, B. N. (2020). Does yoga have a role in schizophrenia management?. *Current Psychiatry Reports*, 22(12). Doi:10.1007/s11920-020-01199-4

Goyty, M. (2014). Du morcellement vers la réappropriation corporelle: approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie dans une unité de transition de psychiatrie. *Médecine humaine et pathologie*. Obtido de <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018104>

Grot, S., Giguère, C., Smine, S., Mongeau-Pérusse, V., Nguyen, D. D., Preda, A., ... Orban, P. (2020). Converting scores between the PANSS and SAPS/SANS beyond the positive/negative dichotomy. *PsyArXiv*. Doi: 10.31234/osf.io/9nzd8

Grootens, K. P., Vermeeren, L., Verkes, R. J., Buitelaar, J. K., Sabbe, B. G. C., van Veelen, N., ... Hulstijn, W. (2009). Psychomotor planning is deficient in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 294–302. Doi: 10.1016/j.schres.2008.09.032

Henry, J. D., Green, M. J., de Lucia, A., Restuccia, C., McDonald, S., & O'Donnell, M. (2007). Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophrenia Research*, *95(1-3)*, 197–204. Doi: 10.1016/j.schres.2007.06.002

Hernandes, E., Zamboni, A., Fabbri, S., & Thommazo, A. (2012). Using GQM and TAM to evaluate StArt – a tool that supports systematic review. *CLEI Electronic Journal*, *15(1)*, 3.

Ho, R. T. H., Au Yeung, F. S. W., Lo, P. H. Y., Law, K. Y., Wong, K. O. K., Cheung, I. K. M., & Ng, S. M. (2012). Tai-Chi for residential patients with schizophrenia on movement coordination, negative symptoms, and functioning: a pilot randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2012*, 1–10. Doi: 10.1155/2012/923925

Ho, R. T. H., Fong, T. C. T., Wan, A. H. Y., Au-Yeung, F. S. W., Wong, C. P. K., Ng, W. Y. H., ... Chen, E. Y. H. (2016). A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and tai-chi in patients with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *171(1-3)*, 42–49. Doi:10.1016/j.schres.2016.01.038

Holt, D. V., Wolf, J., Funke, J., Weisbrod, M., & Kaiser, S. (2013). Planning impairments in schizophrenia: Specificity, task independence and functional relevance. *Schizophrenia Research*, *149(1-3)*, 174–179. Doi:10.1016/j.schres.2013.06.018

Horan, W. P., Kring, A. M., & Blanchard, J. J. (2005). Anhedonia in schizophrenia: A Review of Assessment Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, *32(2)*, 259–273. Doi: 10.1093/schbul/sbj009

Horan, W. P., Kring, A. M., Gur, R. E., Reise, S. P., & Blanchard, J. J. (2011). Development and psychometric validation of the clinical assessment interview for negative symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*, *132(2-3)*, 140–145. Doi:10.1016/j.schres.2011.06.030

Huang, P. S.-B., Chen, C.-L., Yeung, K.-T., Hsu, M.-Y., Wan, S.-W., & Lou, S.-Z. (2020). Effects of different types of sensory signals on reaching performance in persons

with chronic schizophrenia. *PLOS ONE*, 15(6), e0234976. Doi: 10.1371/journal.pone.0234976

Huston, P., McFarlane, B. (2016). Health benefits of tai chi what is the evidence?. *Canadian Family Physician*, 62(11), 881-890.

International Association of Yoga Therapists (IAYT) (2016). Definition of yoga therapy. Em International Association of Yoga Therapists, *Educational Standards for the Training Therapists* (p. 7).

Isuru, A., & Dahanayake, D. M. A. (2015). Impact of dance, drama, yoga and music therapy workshops on symptom reduction in patients with Schizophrenia: A randomized controlled study. *South Asian Journal of Psychiatry*, 3(2), 1-7.

Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2019). Acceptance and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. Doi:10.1016/j.schres.2019.11.016

Jogems-Kosterman, B. J., Zitman, F., Van Hoof, J. J., & Hulstijn, W. (2001). Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(2-3), 317–333. Doi:10.1016/s0920-9964(00)00097-9

Joly, F. (2014). Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques. Em J. Boutinaud, F. Joly, O. Moyano, & M. Rodriguez, *Où en est la psychomotricité? État des lieux et perspectives Pour une approche psychodynamique* (pp. 219-263). Paris: Éditions in press.

Kang, R., Wu, Y., Li, Z., Jiang, J., Gao, Q., Yu, Y., ... He, Y. (2016). Effect of community-based social skills training and tai-chi exercise on outcomes in patients with chronic schizophrenia: a randomized, one-year study. *Psychopathology*, 49(5), 345–355. Doi:10.1159/000448195

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. Doi:10.1093/schbul/13.2.261

Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J.-P. (1989). The positive and negative syndrome scale (PANSS): rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry*, *155*(S7), 59–65. Doi:10.1192/s0007125000291514

Koch, S. C., & Fischman, D. (2011). Embodied enactive dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, *33*(1), 57–72. Doi:10.1007/s10465-011-9108-4

Koch, S. C., & Fuchs, T. (2011). Embodied arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, *38*(4), 276–280. Doi:10.1016/j.aip.2011.08.007

Kring, A. M., Gur, R. E., Blanchard, J. J., Horan, W. P., & Reise, S. P. (2013). The clinical assessment interview for negative symptoms (CAINS): Final Development and Validation. *American Journal of Psychiatry*, *170*(2), 165–172. Doi:10.1176/appi.ajp.2012.12010109

Kumari, S., Malik, M., Florival, C., Manalai, P. & Sonje, S. (2017). An assessment of five (PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CGI-SCH) commonly used symptoms rating scales in schizophrenia and comparison to newer scales (CAINS, BNSS). *Journal of Addiction Research & Therapy*, *08*(03). Doi:10.4172/2155-6105.1000324

Lamb, T. (2004). Health benefits of yoga. *International Association of Yoga Therapists*. Obtido no dia 21 de Janeiro de 2021 em <https://www.iayt.org/page/HealthBenefitsOfYoga>

Lee, J. S., Chun, J. W., Yoon, S. Y., Park, H.-J., & Kim, J.-J. (2014). Involvement of the mirror neuron system in blunted affect in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *152*(1), 268–274. Doi: 10.1016/j.schres.2013.10.043

Lee, K.-H. (2019). A randomized controlled trial of mindfulness in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *275*, 137–142. Doi: 10.1016/j.psychres.2019.02.079

Liemburg, E. J., Dlabac-De Lange, J. J. L. A. S., Bais, L., Knegtering, H., van Osch, M. J. P., Renken, R. J., & Aleman, A. (2015). Neural correlates of planning performance in patients with schizophrenia — relationship with apathy. *Schizophrenia Research*, *161*(2-3), 367–375. Doi: 10.1016/j.schres.2014.11.028

Lin, J., Lee, E. H.-M., Tong, C.-Y., Lee, J. T.-M., & Chen, E. Y.-H. (2014). Therapeutic potentials of mind–body interventions for psychosis. *Clinical Practice, 11*(6), 677–688. Doi:10.2217/cpr.14.74

Lu, S.-F., Lo, C.-H. K., Sung, H.-C., Hsieh, T.-C., Yu, S.-C., & Chang, S.-C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine, 21*(6), 682–688. Doi:10.1016/j.ctim.2013.09.002

Maes, M., Sirivichayakul, S., Kanchanatawan, B., & Carvalho, A. F. (2020). In schizophrenia, psychomotor retardation is associated with executive and memory impairments, negative and psychotic symptoms, neurotoxic immune products and lower natural IgM to malondialdehyde. *The World Journal of Biological Psychiatry, 1–19*. Doi: 10.1080/15622975.2019.1701203

Maher, C. G., Sherrington, C., Herbert, R. D., Moseley, A. M., & Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Physical Therapy, 83*(8), 713–721.

Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry, 16*(1), 14–24. Doi:10.1002/wps.20385

Marder, S. R., & Kirkpatrick, B. (2014). Defining and measuring negative symptoms of schizophrenia in clinical trials. *European Neuropsychopharmacology, 24*(5), 737–743. Doi:10.1016/j.euroneuro.2013.10.016

Marshall, P. J. (2016). Embodiment and human development. *Child Development Perspectives, 10*(4), 245–250. Doi:10.1111/cdep.12190

Martin, L. A. L., Koch, S. C., Hirjak, D., & Fuchs, T. (2016). Overcoming disembodiment: the effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia—a multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 7*. Doi: 10.3389/fpsyg.2016.00483

McAlevey, M. E. (2016). Perspectives of recovery/reversing the stigma: art therapy and severe mental illness. *Em D. E. Gussak, & M. L. Rosal, The Wiley Handbook of Art Therapy (pp. 337-349)*. United States: Wiley Blackwell.

McCaffrey, T., Edwards, J., & Fannon, D. (2011). Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health?. *The Arts in Psychotherapy, 38*(3), 185–189. Doi:10.1016/j.aip.2011.04.006

Mehta, U. M., Keshavan, M. S., & Gangadhar, B. N. (2016). Bridging the schism of schizophrenia through yoga—review of putative mechanisms. *International Review of Psychiatry, 28*(3), 254–264. Doi:10.1080/09540261.2016.1176905

Mele, S., Bivi, R., Borra, L., Callegari, V., Caracciolo, S., Tugnoli, S., & Craighero, L. (2018). Efficacy of theatre activities in facial expression categorization in schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*. Doi:10.1016/j.aip.2018.08.003

Michael, J., & Park, S. (2016). Anomalous bodily experiences and perceived social isolation in schizophrenia: an extension of the social deafferentation hypothesis. *Schizophrenia Research, 176*(2-3), 392–397. Doi: 10.1016/j.schres.2016.06.013

Millan, M. J., Fone, K., Steckler, T., & Horan, W. P. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology, 24*(5), 645–692. Doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.03.008

Mindfulness. (2020). O que é mindfulness?. *Mindfulness*. Obtido no dia 29 de Dezembro de 2020 em <https://mindfulness.pt/sobre-mindfulness/>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Plos Medicine, 6*(7), e1000097. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Morrens, M., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Psychomotor slowing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 33*(4), 1038–1053. Doi: 10.1093/schbul/sbl051

Moseley, A. M., Herbert, R. D., Sherrington, C., & Maher, C. G. (2002). Evidence for physiotherapy practice: a survey of the physiotherapy evidence database (PEDro). *Australian Journal of Physiotherapy, 48*(1), 43–49. Doi:10.1016/s0004-9514(14)60281-6

National Institute of Mental Health (NIMH). (s.d.). What is psychosis?. *National Institute of Mental Health*. Obtido no dia 26 de Fevereiro de 2021 em <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/what-is-psychosis.shtml>

North American Drama Therapy Association (NADTA). (2021). What is drama therapy?. *North American Drama Therapy Association*. Obtido no dia 21 de Fevereiro de 2021 em <https://www.nadta.org/what-is-drama-therapy.html>

Oliveira, S. E. H., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Research*, *229*(1-2), 167–173. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.047

Organização Mundial de Saúde (OMS). (4 de Outubro de 2019). Esquizofrenia. *Organização Mundial de Saúde*. Obtido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Oxford Mindfulness Centre (OMC). (2020). What issues can mindfulness help with?. *Oxford Mindfulness Centre*. Obtido no dia 29 de Dezembro de 2020 em <https://www.oxfordmindfulness.org/issues-landing-page/>

Paikkatt, B., Singh, A. R., Singh, P. K., Jahan, M. & Ranjan, J. K. (2015). Efficacy of yoga therapy for the management of psychopathology of patients having chronic schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, *Volume 57*, 355–360. Doi: 10.4103/0019-5545.171837

Patterson, S., Debate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M. J. (2011). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey. *Journal of Mental Health*, *20*(4), 328–335. Doi:10.3109/09638237.2011.556163

Pohlmann, V., Koch, S. C., and Fuchs, T. (2017). Changes in well-being of schizophrenic patients after movement therapy: results of a multicenter RCT study. *Arts Therapies and New Challenges in Psychiatry (Routledge)*, 114–139.

Priebe, S., Savill, M., Wykes, T., Bentall, R. P., Reininghaus, U., Lauber, C., ... Röhricht, F. (2016). Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *209*(01), 54–61. Doi: 10.1192/bjp.bp.115.171397

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name? *Open Complementary Medicine Journal*, 2:105-113. Doi:10.2174/1876391X010020010105.

Qiu, H.-Z., Ye, Z.-J., Liang, M.-Z., Huang, Y.-Q., Liu, W., & Lu, Z.-D. (2017). Effect of an art brut therapy program called go beyond the schizophrenia (GBTS) on prison inmates with schizophrenia in mainland China – a randomized, longitudinal, and controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1069–1078. Doi:10.1002/cpp.2069

Rabany, L., Weiser, M., Werbeloff, N., & Levkovitz, Y. (2011). Assessment of negative symptoms and depression in schizophrenia: revision of the SANS and how it relates to the PANSS and CDSS. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 226–230. Doi:10.1016/j.schres.2010.09.023

Röhricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135–156. Doi:10.1080/17432970902857263

Röhricht, F. (2014). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders – an overview. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(1), 51–67. Doi:10.1080/17432979.2014.962093

Röhricht, F., Papadopoulos, N., Holden, S., Clarke, T., & Priebe, S. (2011). Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia – an open clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 196–203. Doi:10.1016/j.aip.2011.06.001

Rohricht, F., & Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 36(05), 669. Doi: 10.1017/s0033291706007161

Sabe, M., Sentissi, O., & Kaiser, S. (2019). Meditation-based mind-body therapies for negative symptoms of schizophrenia: systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. Doi:10.1016/j.schres.2019.07.030

Shiwa, S., Costa, L., Moser, L., Aguiar, I. & Oliveira, L. (2011). PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento*, 24 (3), 523-533.

Shroff, F. M., & Asgarpour, M. (2017). Yoga and mental health: a review. *Journal of Physiotherapy & Physical Rehabilitation*, 2(1). Doi:10.4172/2573-0312.1000132

Singh, S. P. (2010). Early intervention in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(05), 343–345. Doi:10.1192/bjp.bp.109.075804

Slavin, R. (1995). Best evidence synthesis: an intelligent alternative to meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(1), 9-18. Doi: 10.1016/0895-4356(94)00097-a

Solanki, M. S., Zafar, M., & Rastogi, R. (2013). Music as a therapy: role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 193–199. Doi:10.1016/j.ajp.2012.12.001

Solloway, M. R., Taylor, S. L., Shekelle, P. G., Miake-Lye, I. M., Beroes, J. M., Shanman, R. M., & Hempel, S. (2016). An evidence map of the effect of Tai Chi on health outcomes. *Systematic Reviews*, 5(1). Doi:10.1186/s13643-016-0300-y

Strauss, G. P., & Gold, J. M. (2012). A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 364–373. Doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030447

Sumiyoshi, C., Sumiyoshi, T., Nohara, S., Yamashita, I., Matsui, M., Kurachi, M., & Niwa, S. (2005). Disorganization of semantic memory underlies alogia in schizophrenia: an analysis of verbal fluency performance in Japanese subjects. *Schizophrenia Research*, 74(1), 91–100. Doi: 10.1016/j.schres.2004.05.011

Suri, G., Lavaysse, L. M., Young, G., Moodie, C., Tersakyan, A., Gross, J. J., & Gard, D. E. (2018). An investigation into the drivers of avolition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 261, 225–231. Doi:10.1016/j.psychres.2018.01.001

Tabak, N. T., Horan, W. P., & Green, M. F. (2015). Mindfulness in schizophrenia: associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 537–542. Doi:10.1016/j.schres.2015.07.030

Tan, S., Zou, Y., Wykes, T., Reeder, C., Zhu, X., Yang, F., ... Zhou, D. (2016). Group cognitive remediation therapy for chronic schizophrenia: A randomized controlled trial. *Neuroscience Letters*, *626*, 106–111. Doi: 10.1016/j.neulet.2015.08.036

Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, *16*(4), 213–225. Doi:10.1038/nrn3916

Tenório, F. (2016). Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, *23*(4), 941–963. Doi:10.1590/s0104-59702016005000018

Ting, K.T., Tam, W. & Jacobsen, P. (2020). Mindfulness for psychosis groups; description and preliminary evaluation of a novel routine care pathway in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Systems*, *14*(1):81. Doi:10.1186/s13033-020-00415-1

Tiwari, G. K. (2016). Yoga and mental health: an underexplored relationship. *The International Journal of Indian Psychology*, *4*(1), 19-31. Doi: 10.25215/0476.002

Trémeau, F., Antonius, D., Malaspina, D., Goff, D. C., & Javitt, D. C. (2016). Loneliness in schizophrenia and its possible correlates. *An exploratory study. Psychiatry Research*, *246*, 211–217. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.09.043

Tschacher, W., Giersch, A., & Friston, K. (2017). Embodiment and schizophrenia: a review of implications and applications. *Schizophrenia Bulletin*, *43*(4), 745–753. Doi:10.1093/schbul/sbw220

Tulder, M. W. V., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *Spine*, *22*(18), 2128–2156. Doi: 10.1097/00007632-199709150-00012

Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(5), 362–370. Doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x

- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Malakoff: Dunod.
- Van Lith, T. (2015). Art making as a mental health recovery tool for change and coping. *Art Therapy, 32*(1), 5–12. Doi:10.1080/07421656.2015.992826
- Van Lith, T., Schofield, M. J., & Fenner, P. (2012). Identifying the evidence-base for art-based practices and their potential benefit for mental health recovery: A critical review. *Disability and Rehabilitation, 35*(16), 1309–1323. Doi:10.3109/09638288.2012.732188
- Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2016). Current status of yoga in mental health services. *International Review of Psychiatry, 28*(3), 233–235. Doi:10.3109/09540261.2016.1159950
- Visceglia, E., & Lewis, S. (2011). Yoga therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia: a randomized, controlled pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 17*(7), 601–607. Doi: 10.1089/acm.2010.0075
- Vogel, J. S., van der Gaag, M., Slofstra, C., Knegtering, H., Bruins, J., & Castelein, S. (2019). The effect of mind-body and aerobic exercise on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*. Doi: 10.1016/j.psychres.2019.03.012
- Walther, S. (2015). Psychomotor symptoms of schizophrenia map on the cerebral motor circuit. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 233*(3), 293–298. Doi: 10.1016/j.psychresns.2015.06.010
- Walther, S., & Strik, W. (2012). Motor symptoms and schizophrenia. *Neuropsychobiology, 66*(2), 77–92. Doi:10.1159/000339456
- Wang, J., Huang, J., Yang, X., Lui, S. S. Y., Cheung, E. F. C., & Chan, R. C. K. (2015). Anhedonia in schizophrenia: deficits in both motivation and hedonic capacity. *Schizophrenia Research, 168*(1-2), 465–474. Doi: 10.1016/j.schres.2015.06.019
- Wang, L.-Q., Chien, W. T., Yip, L. K., & Karatzias, T. (2016). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with

schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 12*, 3097–3110. Doi: 10.2147/ndt.s123239

Wang, X., Beauchemin, J., Liu, C., & Lee, M. Y. (2019). Integrative body–mind–spirit (I-BMS) practices for schizophrenia: an outcome literature review on randomized controlled trials. *Community Mental Health Journal*. Doi:10.1007/s10597-019-00409-5

Wei, G.-X., Yang, L., Imm, K., Loprinzi, P. D., Smith, L., Zhang, X., & Yu, Q. (2020). Effects of mind–body exercises on schizophrenia: a systematic review with meta-analysis. *Front. Psychiatry, 11*:819. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.00819

Weineck, F., & Messner, M. (2018). Embodiment research – building bridges to evidence-based clinical practice. *Embodiment in Psychotherapy, 113–126*. Doi:10.1007/978-3-319-92889-0_9

Wolf, D. H. (2006). Anhedonia in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports, 8*(4), 322–328. Doi: 10.1007/s11920-006-0069-0

Wolpert DM, Landy MS. 2012. Motor control is decision-making. *Curr Opin Neurobiol 22*(6):996–1003.

Wong, A. L., Haith, A. M., & Krakauer, J. W. (2014). Motor planning. *The Neuroscientist, 21*(4), 385–398. Doi:10.1177/1073858414541484

World Federation of Music Therapy (WFMT). (2011). About WFMT. *World Federation of Music Therapy*. Obtido no dia 15 de Dezembro de 2020 em <https://wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

Young, J., & Geyer, M. (2014). Developing treatments for cognitive deficits in schizophrenia: the challenge of translation. *Journal of Psychopharmacology, 29*(2), 178–196. Doi:10.1177/0269881114555252

Zhu, J. (2004). Locating volition. *Consciousness and Cognition, 13*(2), 302–322. Doi: 10.1016/j.concog.2003.09.003

Zou, L., Xiao, T., Cao, C., Smith, L., Imm, K., Grabovac, I., ... Yang, L. (2020). Tai Chi for chronic illness management: synthesizing current evidence from meta-analyses of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*. Doi:10.1016/j.amjmed.2020.08.015