



Contributo para a validação do *Psycosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers (PECC)*: tradução e adaptação linguística e cultural, da Entrevista e Folha de Resultados, à realidade portuguesa

Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo em Actividade Física Adaptada, de acordo com o Decreto-lei nº 74/2006, de 4 de Março.

Orientadora: Professora Doutora Kátia Euclides de Lima Borges

Co-orientadores: Professora Doutora Maria Adília Sá Pinto Marques da Silva

Professor Doutor Rui Manuel Nunes Corredeira

Teresa Sofia Ribeiro Conde Figueiredo

Porto, 2009

FICHA DE CATALOGAÇÃO

Figueiredo T.S.R.C. (2009) Contributo para a validação do *Psycosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers (PECC)*: tradução e adaptação linguística e cultural, da Entrevista e Folha de Resultados, à realidade portuguesa. *Porto: T. Figueiredo*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: PECC-ENTREVISTA, ADAPTAÇÃO LINGUÍSTICA E CULTURAL, PSICOSE, ESQUIZOFRENIA, ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA

DEDICATÓRIA

Ao Miguel, pelos momentos que não tivemos.

AGRADECIMENTOS

Particularmente ao meu filho, pela força dos seus mimos.

Ao João, pela ajuda e apoio.

À Carla, especialmente e acima de tudo, pela amizade reencontrada.

Às Professora Doutora Kátia Borges e Professora Doutora Adília Silva, pelos conhecimentos transmitidos e ajuda na realização deste meu projecto.

À Isabel Ribeiro, que ultrapassou a barreira da ajuda para se transformar numa nova amiga.

À Isabel Aluai, pela ajuda generosa e inestimável.

À Teresa, pela colaboração desinteressada e preciosa.

À Lídia, pela sua contribuição neste trabalho.

Pelo seu contributo imprescindível, a todos os elementos do painel de peritos, sem os quais este trabalho seria irrealizável.

Ao Manuel Silva, pela realização, fundamental, da correcção linguística da tradução.

Ao Rui, “velho” amigo de outras batalhas, pelo tempo e disponibilidade.

A todos os que, de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse realizado, um sentido obrigada

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	III
AGRADECIMENTOS.....	V
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE QUADROS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XV
RÉSUMÉ.....	XVII
ABREVIATURAS	XIX
I. Introdução	1
II. Revisão da Literatura.....	7
2.1. Esquizofrenia.....	9
2.1.1. Evolução Conceptual	9
2.1.2. Epidemiologia e Etiologia	14
2.1.3. Sintomatologia	26
2.1.4. Classificação	33
2.1.5. Evolução da patologia.....	37
2.1.6. Tratamento	42
2.2. Actividade Física.....	49
2.2.1. Actividade Física e Saúde.....	49
2.2.2. Actividade Física Adaptada.....	52
2.2.3. Actividade Física Adaptada e Perturbação Mental	55
2.2.4. Actividade Física Adaptada e Esquizofrenia.....	58
2.3. Avaliação na Perturbação Mental.....	66
2.3.1. Evolução dos Instrumentos de Avaliação	66
2.3.2. <i>Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers</i> (PECC).....	73
III. Estudo – Tradução e Adaptação Linguística e Cultural da Entrevista e Folha de Resultados do PECC – “ <i>Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers</i> ” (Marc De Hert, Jan Bussels, Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Jozef Peuskens, 1999), à realidade portuguesa.	79

3.1. Introdução	81
3.2. Objectivos	82
3.2.1. Objectivo Geral	82
3.2.2. Objectivos Específicos.....	82
3.3. Procedimentos Metodológicos.....	82
3.4. Apresentação e Discussão dos Resultados	84
3.5. Conclusão	92
IV. Considerações Finais e Sugestões	93
V. Referências Bibliográficas.....	97
V. Anexos (em CD Rom)	CXV
Anexo I: Pedido de autorização, para utilização do PECC, ao autor Marc De Hert.	
Anexo II: Tabela de peritos	
Anexo III: Pedido de colaboração ao Centro Hospitalar Conde de Ferreira	
Anexo IV: Versão original do PECC – Entrevista	
Anexo V: Versão original do PECC – Folha de Resultados	
Anexo VI: Versão final do PECC – Entrevista	
Anexo VII: Versão final do PECC – Folha de Resultados	
Anexo VIII: Versão retro-traduzida do PECC - Entrevista	
Anexo IX: Versão retro-traduzida do PECC – Folha de Resultados	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Cronologia do desenvolvimento do conceito de esquizofrenia (Adaptado de Elkis, 2000).....	14
Quadro 2 – Abordagem ao estudo da etiologia das perturbações mentais Abordagem ao estudo da etiologia das perturbações mentais (Harrison et al., 2006).....	18
Quadro 3 – Risco familiar de esquizofrenia (Adaptado de Harrison et al., 2006).....	19
Quadro 4 – Factores de risco de esquizofrenia (Harrison et al., 2006).....	20
Quadro 5 – Sintomas de Primeira ordem da esquizofrenia (Harrison et al., 2006).....	27
Quadro 6 – Comportamentos identificados, pelos familiares e pessoas próximas, como sinais de perturbação mental (Fausto, 2005).....	32
Quadro 7 – Características da esquizofrenia (Adaptado de Alves, 2003).....	35
Quadro 8 – Tipos e características da esquizofrenia, segundo o DSM-IV e CID-10 (Adaptado de Alves, 2003; Fausto, 2005 & Harrison et al., 2006).....	36
Quadro 9 – Factores associados ao mau prognóstico da esquizofrenia (Harrison et al., 2006).....	38
Quadro 10 – Factores associados ao bom prognóstico da esquizofrenia (Adaptado de Alves, 2003).....	39
Quadro 11 – Efeitos Secundários Extrapiramidais (Adaptado de Harrison et al., 2006).....	45

Quadro 12 – Prevalência da síndrome metabólica, em pacientes esquizofrênicos, de acordo com o critério NCEP (Bobes Arango, Garcia-Garcia & Rejas, 2007, Heiskanen; Niskanen, Lyytikainen, Saarinen & Hintikka, 2003).....	64
Quadro 13 – CID-10, Sistema multiaxial com 3 eixos (OMS, 2005b).....	69
Quadro 14 – DSM-IV, Sistema multiaxial com 5 eixos (OMS, 2005b).....	71
Quadro 15 – Publicações relacionadas com o PECC (Adaptado de Katholieke Universiteit – Leuven, 2009).....	74
Quadro 16 – Processos técnicos de tradução	85
Quadro 17 – Equivalência linguística e versão final de tradução.....	86
Quadro 18 – Resultado da análise da retroversão da Folha de Resultados....	88
Quadro 19 – Resultado da análise da retroversão da Entrevista.....	88
Quadro 20 - Resultado da análise da retroversão da Escala de “Avaliação do grau do problema do Paciente”, realizada pelo autor do instrumento, Marc De Hert.....	90
Quadro 21 – Resultado da análise da retroversão, realizada pelo autor do instrumento, Marc De Hert.....	90
Quadro 22 – Resultado da análise da correcção linguística.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Comparação entre avaliação médica geral e psiquiátrica (Harrison et al., 2006)	67
---	----

RESUMO

Para uma actuação eficaz junto de uma população tão complexa como a dos pacientes psicóticos, é fundamental a utilização de instrumentos que permitam a realização de um diagnóstico fiável.

Este estudo tem por objectivo contribuir para a adaptação para a cultura portuguesa do PECC – *Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers* (Marc De Hert, Jan Bussels , Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Jozef Peuskens, 1999), através da tradução e adaptação linguística para português da Entrevista do PECC e da Folha de Resultados.

A adaptação cultural e linguística resultou numa versão traduzida e adaptada, linguística e culturalmente, do PECC para português - Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular dos Prestadores de Cuidados.

Este instrumento, ao permitir o diagnóstico dos pacientes psicóticos de uma forma rápida e eficaz, bem como o acompanhamento dos mesmos durante o período do tratamento e da reabilitação, poderá fazer toda a diferença em termos de iniciação de um plano terapêutico e, conseqüentemente, nas perspectivas de tratamento e reabilitação.

O PECC é um instrumento singular, já que se destina a ser utilizado por prestadores de cuidados e enfermeiros, devidamente treinados, no acompanhamento diário de pacientes psicóticos. Comporta a avaliação de várias áreas, fundamentais para a equipa multidisciplinar que trabalha junto destes pacientes, permitindo, deste modo, a realização do balanço, ponderação e ajustamento das intervenções. A actividade física, pelos benefícios que lhe estão associados, pode desempenhar um papel fundamental, no processo terapêutico e de reinserção social do paciente psicótico, como elemento integrante desta equipa multidisciplinar.

A validação deste instrumento, através da sua aplicação, não foi possível, devido às limitações temporais que havia para a realização deste trabalho. Assim sugere-se que, no futuro, se faça a aplicação prática do PECC, no sentido de se proceder à validação.

Palavras-chave: PECC-ENTREVISTA, ADAPTAÇÃO LINGUÍSTICA E CULTURAL, PSICOSE, ESQUIZOFRENIA, ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA.

ABSTRACT

For an effective performance in a group as complex as that of the psychotic patients, it is essential to use tools that allow a reliable diagnosis to be made.

This study has as its main purpose to contribute to the adaptation to the Portuguese culture of PECC - Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers (Marc De Hert, Jan Bussels, Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Jozef Peuskens, 1999), through the translation and adaptation to the Portuguese language of the PECC Interview and Score Sheet.

The cultural and linguistic adaptation resulted in a translated and adapted, both linguistically and culturally, version of the PECC to Portuguese - *Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular dos Prestadores de Cuidados*.

This tool, by enabling the diagnosis of psychotic patients in a rapid and effective way, as well as their monitoring during care and rehabilitation, can make all the difference in the initiation of a therapeutic plan, and consequently, in prospects of care and rehabilitation.

PECC is a unique tool as it is meant to be used by all healthcare workers, properly trained to monitor psychotic patients on a daily basis. It includes the evaluation of multiple areas, which are fundamental to the multidisciplinary team that works with these patients allowing, thereby, balanced, pondered and adjusted interventions. Physical activity, for all its considerable health benefits, can play a key role, in the therapeutic process and social reintegration of psychotic patients, as an integrating part of this multidisciplinary team.

However, the validation of this tool, through its implementation, was not possible due to time limitations. Therefore, we suggest that PECC can be practically applied in the future so as to be validated.

Keywords: PECC INTERVIEW, LINGUISTIC AND CULTURAL ADAPTATION, PSYCHOSIS, SCHIZOPHRENIA, ADAPTED PHYSICAL ACTIVITY.

RÉSUMÉ

Pour une action efficace auprès d'une population aussi complexe comme le sont les malades psychotiques, il est fondamental d'utiliser des instruments qui permettent la réalisation d'un diagnostic fiable.

Cette étude a pour but de contribuer pour l'adaptation à la culture du PECC – *Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers* (Marc De Hert, Jan Bussels, Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Jozef Peuskens, 1999), à travers la traduction et adaptation linguistique à la langue portugaise de l'enquête du PECC et du tableau des résultats.

L'adaptation culturelle et linguistique a eu comme résultat une version traduite en portugais, linguistiquement et culturellement adaptée du PECC - *Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular dos Prestadores de Cuidados*.

Cet instrument, en permettant le diagnostique des malades psychotiques de façon rapide et efficace, tout comme leur suivi pendant la période de traitement et de réhabilitation, pourra faire toute la différence en termes d'initiation d'un plan thérapeutique et, par conséquent, en ce qui concerne les perspectives de traitement et de réhabilitation

Le PECC est un instrument singulier étant donné qu'il est utilisé par les agents de soins et des infirmiers, dûment habitués à suivre au quotidien des malades psychotiques. Il comporte l'évaluation des divers domaines, fondamentaux pour l'équipe multidisciplinaire qui travaille avec ces malades, permettant ainsi l'élaboration du bilan, de la pondération et de l'ajustement des interventions. L'activité physique, par les bénéfices qui lui sont associés, peut jouer un rôle fondamental dans la procédure thérapeutique et de réinsertion sociale du malade psychotique, comme élément de cette équipe multidisciplinaire.

La validation de cet instrument, par son application, n'a pas été possible à cause des limitations temporelles imposées pour la réalisation de ce travail. Par conséquent, nous suggérons, qu'à l'avenir, on fasse l'application pratique du PECC afin de procéder à sa validation.

Mots-clés : PECC-ENQUÊTE, ADAPTATION, LINGUISTIQUE ET CULTURELLE, PSYCHOSE, SCHIZOPHRENIE, ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE.

ABREVIATURAS

- AGF – Avaliação Global de Funcionamento
- AGFR – Avaliação Global de Funcionamento das Relações
- AVAI - Anos de vida ajustados para incapacidade
- AVI - Anos Vividos com Incapacidade
- CGD - Carga Global das Doenças
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- DCV – Doença Cárdio Vascular
- DM – Diabetes *Mellitus*
- DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)
- EAFSO – Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional
- EAG – Escala de Avaliação Global
- ESE – Efeitos Secundários Extra-piramidais
- ESRS – *Extra-Pyramidal Side-Effects Scale* (Escala de Avaliação dos Efeitos Secundários)
- IFAPA – *International Federation of Adapted Physical Activity* (Federação Internacional de Actividade Física Adaptada)
- IMC - Índice de Massa Corporal
- IPSS – *International Pilot Study of Schizophrenia*
- NCEP-ATP III – *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PANSS – *Positive And Negative Syndrome Scale* (Escala de Avaliação dos Sintomas Negativos e Positivos)
- PECC - *Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers* (Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular dos Prestadores de Cuidados)
- PSE – *Present State Examination*
- PSP – Performance Social e Pessoal
- RDC – *Research Diagnostic Criteria*
- RM – Ressonância Magnética
- SM – Síndrome Metabólica
- SPO – Sintomas de Primeira Ordem

I. Introdução

I. Introdução

De acordo com a American Psychiatric Association (2000), a esquizofrenia é a perturbação mental, com manifestações psicóticas, mais frequente.

Trata-se de uma perturbação que envolve factores biológicos, psicológicos e sociais. O seu tratamento requer cuidados oferecidos por profissionais de saúde, apoio dos familiares e pela participação da própria pessoa. A reabilitação e inclusão social dos pacientes esquizofrénicos tornou-se, hoje em dia, um objectivo a atingir (MSD, 2009).

O paciente esquizofrénico afasta-se da realidade, vivendo uma vida pobre em termos de relacionamento com os outros e consigo próprio (Marques, 2002). A Educação Física pode ser usada como um meio de prevenção do stresse e da depressão, permitindo, ao paciente esquizofrénico, obter uma melhor qualidade de vida e auxiliar no combate às elevadas taxas de suicídio (Penedo & Dahn, 2005).

Como refere Nasrallah (2003), o aparecimento da terapia antipsicótica, embora importante para o tratamento dos quadros psicóticos e esquizofrenia, apresenta, como efeito colateral, um aumento de peso do paciente e consequentes doenças associadas. Também aqui se torna fulcral a prática regular da actividade física.

No entanto, o processo de reabilitação da pessoa psicótica atinge melhores resultados quando realizado por uma equipa multidisciplinar, isto é, uma equipa composta por profissionais de saúde das várias especialidades que actuam juntos no plano terapêutico e de reabilitação da pessoa com esquizofrenia.

São consensuais os benefícios da prática regular de actividade física, quer a nível psicológico quer fisiológico, pelo que o profissional de Educação Física deve, também, ser encarado como elemento fundamental desta equipa multidisciplinar, já que esta prática proporciona à pessoa com perturbação mental um bem-estar físico e mental sendo, sobretudo, um incentivo a uma vida mais social.

Invariavelmente a esquizofrenia é acompanhada de muitos sofrimentos, pois afecta as relações da pessoa com a realidade e com os outros. Diante dessa situação os tratamentos têm como objectivo construir, a partir das capacidades da pessoa e dos recursos da sua comunidade, possibilidades para lidar com estes sofrimentos e reconstruir a própria vida

Assiste-se, cada vez menos, à prática em que cada médico, individualmente, assume a responsabilidade global pela prestação dos cuidados ao indivíduo, do nascimento à morte. Actualmente, essa responsabilidade cabe a um número crescente de profissionais, das mais diversas áreas e profissões da saúde que, no seu conjunto, garantem a prestação de cuidados globais e eficientes. Esta crescente multidisciplinaridade marca, hoje em dia, a prestação de cuidados, nomeadamente ao nível da saúde mental.

A utilização de instrumentos que permitam avaliar os pacientes esquizofrénicos nos vários aspectos da perturbação, considerada essencial na determinação da actuação e cuidados prestados, esteve sempre ligada ao procedimento médico. O PECC – *Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers*, sendo um instrumento de avaliação de fácil aplicação e destinado a ser utilizado por prestadores de cuidados e enfermeiros, permite um acompanhamento permanente e actualizado dos vários aspectos relacionados com as manifestações psicóticas, nomeadamente sintomas psicóticos, efeitos secundários da terapia farmacológica, factores de stresse e objectivos pessoais do paciente. Esta avaliação irá permitir uma abordagem cada vez mais centrada na integridade e unidade do conhecimento de várias áreas.

Perante o exposto, é manifesta a importância do nosso contributo na adaptação cultural deste instrumento de avaliação. Tendo em conta o valor inerente a este trabalho, tentámos a obtenção de uma bolsa de investigação da FCT, que não foi concretizada devido a problemas no envio da candidatura.

Acresce a consulta que fizemos junto de especialistas da área da Psicologia e Psiquiatria, que consideraram o assunto pertinente e oportuno.

É também importante referir a nossa motivação particular por este tema, sem dúvida fascinante e, simultaneamente, intrigante.

No que diz respeito à estrutura do trabalho, este divide-se em seis capítulos:

Este capítulo, de cariz introdutório, é seguido pelo segundo capítulo, constituído pela revisão da literatura, onde será realizada, no primeiro ponto, um enquadramento da esquizofrenia relativamente à sua evolução conceptual, etiologia e epidemiologia. Também iremos aqui caracterizar esta perturbação relativamente à sua sintomatologia, classificação, evolução e tratamento.

No ponto seguinte será abordada a temática da actividade física e os benefícios relacionados com a saúde, partindo para a actividade física adaptada e sua relevância em termos de saúde mental. Finalizaremos este ponto destacando a importância da actividade física na prevenção, tratamento e reabilitação social da pessoa com esquizofrenia.

De seguida, no ponto 2.3, analisaremos a avaliação na perturbação mental, focando a evolução dos instrumentos de avaliação. Dado que este estudo se reporta a um instrumento de avaliação específico – o PECC – será feita uma resenha da sua origem, características e importância.

O terceiro capítulo é constituído pelo estudo: tradução e adaptação linguística e cultural, da Entrevista e Folha de Resultados do PECC, à realidade do nosso país. Neste capítulo definiremos os objectivos orientadores deste trabalho e serão apresentados todos os procedimentos metodológicos respeitantes à tradução e adaptação cultural e linguística deste instrumento, até à versão final.

O quarto capítulo apresenta as considerações finais e sugestões daí resultantes.

O quinto capítulo menciona as referências bibliográficas utilizadas.

Os anexos serão apresentados em CD-ROM.

II. Revisão da Literatura

II. Revisão da Literatura

2.1. Esquizofrenia

2.1.1. Evolução Conceptual

O conceito de esquizofrenia sofreu muitas alterações até aos dias de hoje.

Alguns autores defendem a ideia de que a esquizofrenia existe desde os tempos mais remotos. Com efeito existem vários relatos, que remontam até à época a.C., com descrições de situações que são interpretadas por alguns autores, como correspondendo a pessoas com esquizofrenia. No entanto há vozes divergentes, nomeadamente Torrey (1980), que argumenta que os sintomas aí referidos não são obrigatoriamente de uma esquizofrenia, podendo enquadrar-se em outros quadros clínicos tais como encefalites, tumores cerebrais, epilepsia do lobo temporal entre outros. Segundo Torrey a primeira descrição clínica desta perturbação surge no séc. XIX, considerando a esquizofrenia um transtorno mental moderno.

Na realidade, apenas em 1809 alguns casos clínicos com sintomatologia, que nos dias de hoje seriam atribuídos a esquizofrenia, foram descritos independentemente, por John Haslam e Plilipe Pinel. A condição foi designada, por Pinel, pelo nome de “demência”. Esta denominação iria perdurar por mais de cem anos (Fausto, 2005).

Também Augustin Morel, em 1860 contribuiu para a evolução do conceito de esquizofrenia ao salientar o facto de esta perturbação ter o seu início no decorrer da adolescência, denominando o quadro clínico por “demência precoce”, em que o termo “precoce” se relaciona com a idade jovem em que esta doença surge, por oposição a “senil”. Mais tarde, em 1863, foi descrito por Karl Kahlbaum uma perturbação com aspecto de demência e caracterizado pelo surgimento na adolescência. Essa seria designada pelo seu discípulo, Hecker, como hebefrenia. Em 1874, Kahlbaum descreveu estados de catatonia que se caracterizavam por rigidez muscular e imobilidade (Fausto, 2005).

Kraepelin (1990) apercebeu-se que vários estados (hebefrenia de Hecker, catatonia de Kahlbaum, demência paranóide e as formas alucinatórias da paranóia) poderiam, presumivelmente, estar relacionados e agrupou-os sob a denominação de “demência precoce”. Classificou, assim, esta perturbação baseando-se nos sinais de desenvolvimento da doença relativamente precoce (*precox*) e na progressiva deterioração dos pacientes (*dementia*).

Kraepelin fazia ainda a distinção entre demência precoce e insanidade maníaco-depressiva, dando origem à noção de “dicotomia kraepeliana”.

Segundo Kraepelin, uma patologia mental não poderia ser caracterizada pelo conjunto dos seus sintomas, devido à sua instabilidade, pelo que se baseou no desenrolar e no desfecho da perturbação. (Kraepelin, 1990)

Todos os sintomas que se observam na esquizofrenia, foram descritos por Kraepelin sem que tenha sido atribuído, a nenhum deles, um papel central para o diagnóstico, tendo definido duas grandes síndromes que caracterizariam a demência precoce: i) o enfraquecimento das actividades emocionais, impulsoras da volição; e ii) “perda da unidade interna das actividades do intelecto, emoção e volição” (Elkis 2000, p.23).

O primeiro conjunto de sintomas, “síndrome avolicional”, foi identificado por muitos autores, como sendo a primeira descrição dos “sintomas negativos”. O segundo conjunto, “síndrome da perda da unidade interna”, segundo o próprio Kraepelin, apresenta-se, “como no distúrbio das associações descrito por Bleuler, na incoerência do pensamento, nas mudanças intensas do humor e na inconstância do pragmatismo” (Kraepelin, 1919, p.74). Na realidade o conceito de esquizofrenia não substituiu o de demência precoce, tendo os dois coexistido durante alguns anos, dado que Bleuler, em 1908, tinha proposto o termo esquizofrenia, antes da publicação da 8ª e última edição do tratado de Kraepelin (Bleuler, 1950).

O conceito de esquizofrenia, ou antes, de esquizofrenias (devido aos subtipos) de Bleuler previa, relativamente ao conceito de demência precoce, um intervalo de idade maior para o início dos sintomas, podendo o transtorno ter o seu início mais tardiamente, realçando ainda o valor de alguns sintomas, considerados fundamentais para o diagnóstico, em detrimento da valorização

do processo evolutivo. Esses sintomas seriam: comportamento bizarro, autismo, ambivalência, perturbação das associações e embotamento afectivo, sendo sintomas como delírios, alucinações e perturbações de humor considerados secundários para a realização do diagnóstico (Fausto, 2005).

Para este autor, Bleuler acreditava que não existia uma evidência clara de demência e que nem sempre se verificava a existência de dano de natureza cognitiva, da inteligência, da capacidade de conceptualizar e elaborar, tratando-se principalmente de um problema de relação com os outros.

As grandes diferenças entre estes dois conceitos têm a ver com o facto de Krepelin realizar descrições exclusivamente empíricas, enquanto Bleuler se baseava na teoria de que os sintomas fundamentais seriam a expressão de uma alteração cerebral, e os sintomas secundários seriam a reacção da personalidade. O termo esquizofrenia teve origem nesta incoerência entre sintomas fundamentais e secundários, também denominada de desdobramento ou cisão (Andreasen, 1999).

Nos anos sessenta, o conceito de esquizofrenia e a própria Psiquiatria foram alvo de grande contestação e crítica, sendo Thomas Szasz um dos mais acérrimos opositores. Para Szasz a esquizofrenia, como doença, não existia mas sim “problemas da vida” que, por vezes se denominavam por “doença mental”. Segundo este autor, tratava-se de uma doença inventada por Kraepelin e Bleuler, já que: i) não havia sido encontrada qualquer causa orgânica explicativa, ii) o diagnóstico era feito com dados subjectivos, fornecidos pelo próprio doente ou familiares, iii) havia falta de objectividade nos critérios de diagnóstico (Szasz, 1978a).

Também Laing e Cooper partilhavam desta opinião lançando o movimento chamado de anti-psiquiatria e o combate às instituições psiquiátricas. Estes argumentos não tiveram, no entanto, impacto na evolução do conceito de esquizofrenia (Fausto, 2005).

Com a necessidade médica de caracterizar e identificar os sintomas da esquizofrenia, surgiram vários autores, tais como Rümke, em 1941, com o conceito de “sentimento precoce” e, sobretudo Schneider em 1948 e os seus “sintomas de primeira ordem” (SPO) (Peters, 1991). Os sintomas de primeira

ordem estabelecidos por Schneider são: “ouvir pensamentos em voz alta, alucinações na terceira pessoa, alucinações em forma de comentário, alucinações somáticas, retirada ou inserção do pensamento, transmissão do pensamento, percepção delirante, sentimentos ou acções experimentados, como se fossem causados ou influenciados por agentes externos” (Fausto, 2005, p. 61).

Os sintomas de primeira ordem de Schneider foram utilizados na elaboração do *Present State Examination* (PSE), que permitia o diagnóstico da esquizofrenia. A OMS patrocinou um trabalho transcultural, baseado no exame de pacientes com esquizofrenia através do PSE, do qual surgiu o Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (*International Pilot Study of Schizophrenia*, IPSS) que concluiu que a esquizofrenia era um transtorno universal, com os seguintes sintomas comuns e independentes da cultura: alucinações auditivas e verbais, ideias e delírios de referência, falta de “*insight*”, ouvir o pensamento em voz alta e embotamento afectivo (Elkis, 2000).

A base para a compreensão da esquizofrenia deriva dos conceitos de Kraepelin, Bleuler e Schneider, estando presentes nos critérios de diagnóstico que operacionalizam o conceito de esquizofrenia.

De acordo com Peters (1991), o conceito de esquizofrenia descrito na classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II), da Associação Psiquiátrica Americana, é extremamente amplo e com uma descrição pouco aprofundada dos sintomas, sendo considerado psicótico todo o paciente que não consiga corresponder às exigências da vida diária.

Os Estados Unidos e a Inglaterra (US-UK) realizaram um estudo colaborativo, entre 1966 e 1970, que mostrou que o diagnóstico da esquizofrenia se realizava de uma forma muito mais ampla nos Estados Unidos do que em Inglaterra. O conceito de esquizofrenia, para os americanos, era mais abrangente, incluindo casos de transtornos de personalidade e de humor (Peters, 1991).

Alguns anos mais tarde, foi realizada uma pesquisa na Universidade de Washington que resultou na publicação dos primeiros critérios diagnósticos estruturados, restringindo os critérios para a esquizofrenia, com a inclusão de

sintomas bleulerianos e schneiderianos e de um período mínimo de doença de 6 meses. Mais tarde o “*Research Diagnostic Criteria*” (RDC) introduzia novos critérios, valorizando a utilização dos SPO (Spitzer, Endicott, & Robins 1978).

O DSM-III (1980) inclui os sintomas bleulerianos e schneiderianos, a noção kraepeliniana de evolução, com a introdução dos 6 meses de manifestação da doença, e a distinção entre esquizofrenia e doença maníaco-depressiva. As edições seguintes, o DSM-III-R e o DSM-IV, mantiveram os mesmos critérios restritivos de diagnóstico (Andreasen, & Flaum, 1994).

No sentido de simplificar os tipos de sintomas da esquizofrenia, pesquisadores que tinham participado do IPSS, subdividiram os sintomas em dois grandes grupos: positivos e negativos (Strauss, Carpenter, & Bartko, 1974), que mais tarde fizeram parte dos critérios A do DSM-IV.

Esta divisão dos sintomas originou o conceito de duas síndromes, desenvolvidos por Crow (1980). A síndrome positiva (tipo I) caracterizava-se por um quadro agudo, reversível, com boa resposta ao tratamento neuroléptico, provável aumento de receptores dopaminérgicos e ausência de alterações cerebrais estruturais; a síndrome negativa (tipo II) caracterizava-se por uma má resposta ao tratamento neuroléptico, cronicidade, provável redução de receptores dopaminérgicos e alterações cerebrais estruturais.

Já a CID-10 (Classificação Internacional das Doenças), contempla tanto a presença dos SPO como a duração de um mês, em termos de sintomatologia da doença (OMS, 1993).

Actualmente é indispensável a avaliação das intervenções realizadas, quer a nível da funcionalidade do paciente quer a nível sintomático, permitindo ajustar o planeamento das acções a desenvolver (De Hert et al., 1999).

Podemos concluir que, embora o conceito de esquizofrenia já tenha percorrido um longo caminho, como podemos observar no Quadro 1, ainda se mantém no seu processo evolutivo.

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

Evolução do conceito de Esquizofrenia	
1809	Pinel e Haslam descrevem quadros clínicos com características de esquizofrenia. Pinel utiliza o termo “demência”.
1860	Morel introduz o termo “demência precoce”, ao notar que o seu início se dá na adolescência.
1908	Bleuler introduz o termo esquizofrenia – “cisão da mente”
1919	Kraepelin usa o termo “demência precoce”, baseando-se nos sinais de desenvolvimento precoce e na progressiva deteriorização.
1930-1940	Descrição de vários subtipos de esquizofrenia na Europa e nos Estados Unidos
1948	Kurt Schneider descreve os SPO
1966/70	Projecto colaborativo EUA - Reino Unido
1966/73	Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia
1968	2ª edição do “ <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> ” (DSM II) (Associação Psiquiátrica Americana)
1972	Crítérios diagnósticos da Universidade de Washington
1974	Sintomas positivos e negativos
1975	9ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-9, Organização Mundial de Saúde)
1978	<i>Research Diagnostic Criteria</i> (RDC)
1980	Conceito de duas síndromes da esquizofrenia (Crow) Publicação da DSM III
1993/4	CID-10 e DSM IV

2.1.2. Epidemiologia e Etiologia

Epidemiologia

A esquizofrenia atinge 1% da população mundial, sendo a psicose mais frequente. Se tivermos em consideração a forma mais branda da esquizofrenia a percentagem sobe para os 3% a 5%. Esta patologia encontra-se associada a uma maior incidência de doenças médicas gerais e de mortalidade, sendo o suicídio, que ocorre em 10% dos pacientes, um factor determinante (American Psychiatric Association, 2000).

Também Cohen (1997), e Gaulin, Burney e McBurney (2001), concordam ao afirmar que a esquizofrenia afecta 1% da população mundial, o mesmo sucedendo com a generalidade dos autores consultados.

Foram realizadas pesquisas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, que mostraram que, durante toda a vida, mais de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtorno mental e comportamental (Regier et al., 1988; Wells et al., 1989; Almeida Filho et al., 1997).

Segundo Harrison, Geddes e Sharpe, (2006), a incidência anual da esquizofrenia é de 0,3‰ com uma prevalência de 5‰. A maioria dos casos surge na idade adulta, embora os sintomas prodrómicos ocorram muitas vezes na adolescência. De acordo com este autor, a relação entre os dois géneros é igual embora o aparecimento desta perturbação seja mais tardia nas mulheres e os homens tendam a revelar uma perturbação mais grave e um prognóstico pior.

A OMS (2002a) refere que a esquizofrenia atinge de igual forma homens e mulheres. Nos homens manifesta-se pela primeira vez em idades muito precoces, usualmente entre os 15 e os 25 anos, enquanto nas mulheres os primeiros sintomas aparecem entre os 25 e os 35 anos.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Censo Psiquiátrico de 2001 indicou que as esquizofrenias foram as patologias mais frequentes (21,2%), no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências. Foram a principal causa de internamentos (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%). Relativamente à taxa de suicídio, a esquizofrenia, em conjunto com a depressão, é responsável por 60% dos suicídios ocorridos em Portugal. A mesma fonte refere que a média dos internamentos com diagnóstico de esquizofrenia foi, no ano de 2002, de 35,4 dias.

Segundo o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, que teve lugar em Bruxelas, em Junho de 2008, quase 50 milhões de cidadãos (cerca de 11% da população europeia), sofre de alguma forma de perturbação mental.

Tanto os distúrbios mentais como o suicídio, cerca de 58.000 por ano na UE, causam um enorme sofrimento para os indivíduos, as famílias e as comunidades. A mesma fonte refere o impacto importante que os transtornos

mentais têm ao nível dos sistemas sanitários, educacionais, económicos, laborais e sociais em toda a UE.

É ainda mencionado que mais de 50% dos transtornos mentais têm o seu começo no decorrer da adolescência. Os problemas de saúde mental podem ser encontrados em 10% a 20% dos jovens, com taxas mais altas nos grupos mais desfavorecidos da população.

Os parceiros europeus concordam no facto de que o estigma e a exclusão social poderem ser, tanto factores de risco como consequências de perturbações mentais, pelo que importa agir no sentido de as combater.

Segundo a American Psychiatric Association (2000), os custos relacionados com a esquizofrenia são enormes, ligados ao facto de se tratar de uma perturbação que aparece numa fase precoce da vida e à sua possível cronicidade. Aliado aos gastos directos com a esquizofrenia, deve-se ter em conta os custos indirectos ligados a factores como perda de produtividade, carga para a família, desemprego e incapacidade permanente.

O Relatório Mundial de Saúde “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança” (OMS, 2002b), refere que estas perturbações são universais, atingindo pessoas de todo o mundo, independentemente do género, idade, capacidade económica, e local onde habitam, tendo-se calculado em 450 milhões o número de pessoas que sofrem de afecções neuropsiquiátricas.

Ainda de acordo com este relatório, o impacto económico que os transtornos mentais representam é enorme, profundo e duradouro. Estes custos nem sempre são mensuráveis, nomeadamente os custos de oportunidades perdidas pelos indivíduos e suas famílias.

O impacto das perturbações mentais, conforme Murray e Lopez, (1996), varia segundo vários aspectos, nomeadamente os custos com os prestadores de cuidados, a perda de produtividade e alguns problemas legais relacionados com algumas perturbações (associados com violência).

De acordo com o estudo realizado pela OMS (2002b), que avaliou a Carga Global de Doenças (CGD) para 2000, estimava-se que os transtornos mentais e comportamentais tinham sido responsáveis, em 1990, por 10,5% dos Anos de Vida Ajustados para Incapacidade (AVAI) perdidos por todas as

doenças e lesões. Esta estimativa sobe para 12,3% em 2000. E, de acordo com Murray e Lopez, (1996), a tendência é para um crescimento para 15% até 2020. Considerando apenas a componente incapacidade, as estimativas da CGD 2000 mostram que as afecções mentais e neurológicas respondem por 30,8% de todos os Anos Vividos com Incapacidade (AVI).

Um estudo realizado estimou que o custo associado aos transtornos mentais, nos Estados Unidos, correspondeu a 2,5% do produto nacional bruto (Rice, Kelman, Miller & Dummeyer, 1990). Na Holanda os gastos com os transtornos mentais, relativamente aos custos de todos os serviços de saúde, foram de 23,2% (Meerding, Bonneux, Polder, Koopmanschap & Maas, 1998) e no Reino Unido a proporção de gastos com pacientes internados foi de 22% (Patel & Knapp, 1998). A (2002a) acha credível que os custos com os distúrbios mentais, como proporção da economia global, em todo o mundo, sejam igualmente altos.

De acordo com a mesma fonte, os valores dispendidos com esta perturbação foram, para os Estados Unidos, em 1991, de US\$19 bilhões em gastos directos e US\$46 bilhões em perdas de produtividade.

Procurando relacionar incapacidade com condições físicas e mentais, foi realizado um estudo, em 14 países, que colocou a psicose activa em terceiro lugar entre as condições mais incapacitantes, acima da paraplegia e da cegueira (Üstün et al., 1999).

Segundo uma investigação realizada, 30% dos pacientes com esquizofrenia tentaram o suicídio, pelo menos uma vez (Radomsky, Haas, Mann, & Sweeney, 1999) sendo que cerca de 10% das pessoas com este transtorno morrem por suicídio (Caldwell & Gottesman, 1990). Esta perturbação reduz a esperança de vida da pessoa afectada numa média de 10 anos.

No entanto, Jablensky et al., (1992), referem um estudo internacional, realizado em vários países, que revelou que a proporção de pacientes que apresentaram remissão total após dois anos foi de 63% nos países em desenvolvimento, relativamente aos 37% nos países desenvolvidos. As razões para tal não são ainda claras, embora tenha havido tentativas de relacionar com um maior apoio familiar e menos exigências feitas ao paciente.

Na realidade, actualmente, devido aos avanços no tratamento medicamentoso e cuidados psicossociais, quase metade dos pacientes nas fases iniciais da esquizofrenia, podem apresentar uma recuperação plena e duradoura. Dos restantes, apenas cerca de 20% irá continuar a defrontar-se com limitações graves nas suas actividades do quotidiano (OMS, 2001).

Resumidamente podemos dizer que a esquizofrenia apresenta uma incidência de cerca de 1% da população, afectando as pessoas independentemente do seu nível socioeconómico e cultural. Esta perturbação afecta os dois géneros de igual modo embora nos homens, apesar de se manifestar mais cedo, apresentar pior prognóstico. As taxas de tentativa de suicídio são elevadas. Trata-se de um transtorno que, apesar dos avanços da medicina, acarreta, a vários níveis, custos enormes.

Etiologia

A OMS, no seu “Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental, Nova concepção, Nova esperança” (2002b), constata que, a maioria das perturbações mentais, resultam da combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais.

De acordo com Harrison et al. (2006), as perturbações mentais, à semelhança das outras doenças, são o resultado de várias influências – umas conhecidas e outras desconhecidas, pelo que o estudo da etiologia destas perturbações tem de ser, também ele, diversificado (Quadro 2).

Quadro 2: Abordagem ao estudo da etiologia das perturbações mentais (Harrison et al., 2006).

Áreas	Epidemiologia	Sociologia	Psicologia	Biologia
Abordagens	- Estudos de prevalência e incidência - Estudos de factores de risco	- Acontecimentos da vida - Influências familiares - Factores culturais - Comportamento na doença	- Teorias comportamentais - Teorias cognitivas - Teorias psicodinâmicas - Teorias da personalidade - Neuropsicologia	- Genética - Bioquímica e farmacologia - Imagiologia cerebral - Neuropatologia - Modelos animais

Mais especificamente, no que diz respeito à esquizofrenia, dada a sua causa complexa e multifactorial, iremos mencionar as hipóteses mais referidas na literatura que consultámos.

Factores genéticos

Vários estudos mostram a grande influência da carga genética, sendo a hereditariedade para a esquizofrenia estimada em cerca de 0,83, uma das mais altas taxas entre todas as perturbações psiquiátricas (Cannon, Kaprio, Lonqvist, Huttunen & Koskenyuo, 1998).

O risco de esquizofrenia, entre parentes de primeiro grau de um paciente esquizofrénico, é cerca de 10%, sendo que, no caso de gémeos monozigóticos, esta taxa aumenta para os 44%, tornando-se no maior factor de risco isolado para a esquizofrenia (Cannon et al., 1998).

Harrison et al. (2006), referem dados muito semelhantes, expostos no Quadro 3, relativamente à prevalência da esquizofrenia, mencionando o facto de já terem sido identificados diversos genes prováveis de susceptibilidade à esquizofrenia.

Quadro 3: Risco familiar de esquizofrenia. (Adaptado de Harrison et al., 2006).

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

No entanto, apesar de estes dados sugerirem o papel fundamental dos genes na transmissão desta perturbação, não explica o facto de existir uma taxa superior a 50% de gémeos monozigóticos que não desenvolvem esta perturbação, quando o património genético é idêntico. Por outro lado, devido à baixa taxa de reprodução dos indivíduos com esquizofrenia, seria expectável

que a esquizofrenia fosse baixando e, eventualmente, acabasse por desaparecer (Fausto, 2005).

Gottesman e Shield (1982) são da opinião de que um elevado número de genes concorre, de forma adicional, para o risco geral de esquizofrenia, que surge quando esse risco ultrapassa um dado limiar. As influências familiares e extra familiares não são excluídas desta teoria, juntando-se, de forma aditiva, às influências genéticas.

Parece geralmente aceite que a carga genética, vista isoladamente, não determina o desenvolvimento da esquizofrenia, favorecendo um modelo aditivo de interacção entre factores genéticos e ambientais, que determinam a vulnerabilidade de um indivíduo para a esquizofrenia.

Factores ambientais

Os factores ambientais são mencionados por Harrison et al. (2006), como determinantes para o desenvolvimento deste transtorno, como se pode verificar no Quadro 4, embora considerem o seu impacto reduzido, relativamente ao contributo genético.

Quadro 4: Factores de risco da esquizofrenia. (Harrison et al., 2006).

História familiar (Genes)	
Social	Nascimento em área urbana Alguns grupos migrantes Classe social baixa
Pré e perinatal	Complicações obstétricas Nascimento no Inverno <i>Influenza</i> materna Malnutrição materna Incompatibilidade <i>Rhesus</i>
Pós-natal	Infecção do SNC precoce na infância Epilepsia Deficiência da aprendizagem Mau relacionamento com os companheiros de infância Dextralidade ambígua Uso precoce de <i>cannabis</i> Acontecimento da vida (precipitam o início)

Também a OMS (2002a), associa à prevalência e à manifestação e progressão das perturbações mentais e comportamentais: a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, doenças físicas graves e o ambiente familiar e social.

O cérebro

Hipótese bioquímica

A hipótese da dopamina tem sido a explicação bioquímica da esquizofrenia mais aceite nos últimos anos, propondo um excesso de transmissão da dopamina, denominada por “hiperdopaminergia”, devido a excesso de dopamina, excesso de receptores ou outros factores (Harrison et al., 2006).

Esta hipótese está associada, segundo Oliveira (1999), a possíveis alterações dos mediadores cerebrais sinápticos, que justificariam o comportamento delirante e a sintomatologia desta perturbação.

A favor da hipótese dopaminérgica, está também, o facto de se ter encontrado, em indivíduos com esquizofrenia, um nível baixo de monoaminaoxidase, uma enzima que leva à redução da dopamina (Fausto, 2005).

Fausto (2005) refere ainda estudos realizados sobre a utilização de anfetaminas, que provocam um excesso de dopamina e levam, não só a sintomas semelhantes aos da esquizofrenia, como agravam os sintomas já existentes. Por outro lado os antipsicóticos utilizados no tratamento deste transtorno têm como efeito o bloqueio dos receptores pós-sinápticos da dopamina.

Existem evidências, de acordo com o mesmo autor, que sugerem a influência do glutamato, um aminoácido que interfere no mecanismo da dopamina, na fisiopatologia desta perturbação.

Alterações estruturais cerebrais

A realização de estudos, realizados em pacientes vivos, com o recurso a ressonância magnética (RM) do crânio, confirmou a existência de alterações anatómicas cerebrais, nomeadamente o aumento dos ventrículos laterais e o alargamento dos sulcos corticais, num número significativo de pacientes com esquizofrenia (Elkis, Friedman, Wise & Meltzer, 1995).

Harrison et al. (2006, p.252) referem, igualmente, que “o achado mais seguro é o aumento dos ventrículos laterais e uma ligeira diminuição do volume do tamanho do cérebro”.

Esta redução do volume cerebral parece estar ligada, não à redução do número de neurónios, mas à diminuição do volume neuronal e das ramificações dendríticas e axonais. Este facto sugere que o elemento central na patologia da esquizofrenia seria a alteração sináptica (Glantz, Gilmore, Lieberman & Jarsnkog, 2006; Harrison et al., 2006).

Tais alterações estruturais foram encontradas em pacientes logo no primeiro episódio psicótico, e não apenas em pacientes com esquizofrenia crónica (Steen, Mull, McClure, Hamer & Lieberman, 2006).

Estudos da imagiologia funcional

Estes estudos permitem avaliar os níveis de actividade funcional do cérebro, em repouso ou durante a execução de tarefas de estimulação cognitiva ou emocional (Neto, Bressan & Filho, 2007).

Ficou demonstrado, com o recurso da RM funcional, que, no decorrer de experiências de alucinações auditivas, pacientes esquizofrénicos apresentam uma activação de áreas relevantes para o processo de linguagem (Shergill, Brammer, Williams, Murray & Maguire, 2000).

Também Harrison et al. (2006), fazem referência a anomalias na circulação sanguínea regional e no metabolismo, que apoiam a ideia de que certos circuitos neuronais, especialmente os que envolvem o córtex frontal, o hipocampo, o tálamo e o cerebelo, estão deficitários na esquizofrenia.

Kaplan e Saddock (1998) referem estudos realizados na década de 80, que atribuíam a algumas áreas do cérebro, nomeadamente ao sistema límbico, córtex cerebral e gânglios basais, um papel fisiopatológico.

Desenvolvimento neural

Segundo pesquisas realizadas, ocorre uma redução de 40% das sinapses neurais durante a puberdade. Algumas irregularidades que ocorram neste processo podem originar problemas, ao nível do funcionamento cerebral: caso a redução ocorra demasiado tarde, pode acontecer uma perda mais significativa de sinapses, que seria responsável pelo aparecimento da esquizofrenia; caso a redução ocorra demasiado cedo, aumentando o número de sinapses cerebrais, pode desencadear psicoses afectivas (Fausto, 2005).

De acordo com o mesmo autor, uma vez que a puberdade é parcialmente determinada pela genética, assim como por factores ambientais, a hipótese do desenvolvimento neural para a explicação etiológica da esquizofrenia é, de acordo com os defensores desta hipótese, compatível com a explicação dada através de factores ambientais. O grande número de casos de esquizofrenia em classes mais baixas estaria ligado a carências de diversa ordem (alimentação, estimulação cognitiva, condições de habitabilidade, etc), que levariam a uma maturação neural mais tardia.

A maioria dos investigadores vê a esquizofrenia como uma perturbação causada por irregularidades do desenvolvimento cerebral, amplamente induzidas por uma predisposição genética e por factores ambientais precoces, isto é, como uma perturbação do neurodesenvolvimento (Harrison et al., 2006).

Teorias psicológicas e sociais

Na opinião de Arieti (1974), Freud foi quem primeiro conseguiu elaborar um sistema coerente e explicativo das psicoses, em termos psicológicos. Para Freud o indivíduo esquizofrénico mostrava-se distante e desinteressado das outras pessoas e objectos, por falta de investimento da energia psíquica no

mundo circundante, mergulhando o paciente num estado narcísico. As alucinações e delírios seriam interpretados como tentativas, da parte do paciente, de estabelecer contacto com o mundo.

O mesmo autor refere a teoria junguiana da esquizofrenia, segundo a qual Carl Jung (1875-1961) valoriza especialmente o factor congénito em detrimento do ambiente ou das relações interpessoais. A esquizofrenia teria origem numa tensão fora do normal, originada no inconsciente e na existência de um conjunto de propensões obsoletas, inadequadas à vida moderna.

Kaplan e Sadock (1998) referem que as teorias psicanalíticas implicam que os sintomas da esquizofrenia tenham um significado simbólico particular para cada paciente. As alucinações e delírios permitem ao paciente criar uma nova realidade ou expressar impulsos ou medos ocultos.

Relativamente aos factores sociais, estes podem operar a vários níveis: *meio físico imediato*, isto é, o meio em que o indivíduo se movimenta, nomeadamente situações de pobreza que podem envolver situações como conflitos sociais, abuso de substâncias, entre outras. O facto de se ter uma perturbação mental pode perpetuar a situação de pobreza, já que torna mais difícil melhorar as circunstâncias de vida; *grupo social e familiar*, nomeadamente os parentes mais próximos que exercem uma influência importante no desenvolvimento e funcionamento do indivíduo; *ambiente mais alargado*, havendo, inclusive, diferenças transculturais na ocorrência das perturbações mentais. No entanto, dado que genes e ambiente interagem, estas influências, que aparentam ser só sociais, envolvem também os genes (Harrison et al., 2006).

Modelos explicativos integrados

Segundo Gameiro (1992), a procura de uma explicação integrada tem sido vista como necessária para orientar a investigação. A procura de um modelo que integre vários factores é fundamental como suporte teórico aos programas de reabilitação psicossocial.

Os modelos mais referidos são denominados de *vulnerabilidade-stresse*. De acordo com este modelo, a genética pode ser vista como uma

predisposição, isto é factor de vulnerabilidade, para certos indivíduos poderem vir a sofrer de esquizofrenia. No entanto “a situação de vulnerabilidade genética e os factores de stresse são situações que devem ocorrer ao mesmo tempo para que se verifique o aparecimento de sintomas. Assim, a esquizofrenia seria uma condição que se desenvolveria em indivíduos cujo limiar de vulnerabilidade aos factores ambientais fosse ultrapassado” (Fausto, 2005, p.144).

Também Zubing e Spring (1977), referem que, para que se desenvolva a esquizofrenia, é necessário reunir factores de origem hereditária (factores de vulnerabilidade ou predisponentes), com certos acontecimentos de vida causadores de stresse (factores precipitantes).

Na opinião de Nuechterlein e Dawson (1994), a vulnerabilidade para a esquizofrenia pode ser adquirida por via genética ou outra, sendo alterada por todo o tipo de acontecimentos de vida, aumentando ou diminuindo a probabilidade da pessoa desenvolver a esquizofrenia. De acordo com os mesmos autores existem quatro tipos de variáveis que podem contribuir para um episódio psicótico:

- Factores de vulnerabilidade pessoal;
- Protectores pessoais;
- Protectores ambientais;
- Stresse e potenciadores ambientais.

Os factores de vulnerabilidade pessoal podem ter carácter psicofisiológico, psicológico ou social, existindo antes da perturbação se manifestar e permanecendo depois de o indivíduo ser dado como curado.

Os factores de risco, segundo os mesmos autores, podem ser atenuados pelos protectores pessoais e ambientais, nomeadamente a capacidade de lidar com as situações, a auto eficácia, a terapêutica medicamentosa, a resolução de problemas familiares e as intervenções psicossociais de apoio.

Os elementos exteriores geradores de stresse podem resultar de várias situações de vida, ou da falta de apoio social ao indivíduo nas situações de crise. Um factor de grande importância será, igualmente, a “emoção expressa”

pela família perante um familiar com esquizofrenia (Nuechterlein & Dawson, 1994).

De acordo com Neto et al. (2007, p.203), as “predisposições genéticas determinariam uma maior predisposição a factores ambientais precoces, por exemplo, complicações obstétricas, que causariam alterações neurofisiológicas, entre elas: alterações na arborização neuronal, resposta dopaminérgica exacerbada e diminuição do volume de estruturas cerebrais. Essas alterações neurofisiológicas vulnerabilizariam os indivíduos a factores ambientais tardios, tais como: abuso de drogas, evento traumático, entre outros, para a ocorrência do primeiro episódio psicótico”.

A esquizofrenia tem sido alvo de vários estudos e pesquisas sem, no entanto, se ter ainda determinado, de forma conclusiva, a sua etiologia.

Trata-se, no entanto e sem dúvida, de uma patologia complexa e determinada por vários factores.

2.1.3. Sintomatologia

Visto que não se encontrou, até hoje, nenhuma prova de natureza anatómica ou biológica, que permita definir a esquizofrenia, o seu diagnóstico é feito com base na análise clínica dos sintomas, que são numerosos e complexos (Fausto, 2005).

Kurt Schenider deu um grande contributo à psicopatologia ao ordenar os sintomas da esquizofrenia. Os sintomas de primeira ordem, também denominados *scheiderianos*, são de grande significado no diagnóstico da esquizofrenia (Quadro 5). No entanto, é necessário referir que estes sintomas também ocorrem noutras psicoses, sendo que nem todos os esquizofrénicos os apresentam (Harrison et al., 2006).

Quadro 5: Sintomas de primeira ordem da esquizofrenia. (Harrison et al., 2006).

Sintomas de primeira ordem da esquizofrenia	
Ideias delirantes	Percepção delirante
	Pensamento em eco
Alucinações	Alucinações auditivas na terceira pessoa
	Censuras
Fluxo e controlo do pensamento	Roubo do pensamento
	Inserção do pensamento
	Difusão do pensamento
Passividade	Passividade do pensamento, das sensações ou das acções

Os mesmos autores, baseando-se no CID-10, afirmam que o diagnóstico de esquizofrenia assenta num conjunto de sinais e sintomas, dando especial relevo às anomalias do conteúdo e forma do pensamento

Referem, ainda, alguns aspectos a ter em conta para a realização do diagnóstico de esquizofrenia:

- Humor – de grande importância devido ao risco de suicídio. As alterações do humor que ocorrem na esquizofrenia são as seguintes: *afecto aplanado* (diminuição da resposta e expressão emocional - sintoma negativo da esquizofrenia), *afecto incongruente* (emoção desfasada do assunto que se está a tratar). Segundo Moniz (1992), o paciente esquizofrénico é incapaz, ou procura esquivar-se, a descrever as suas emoções. Este autor refere ainda a perda do campo de interesses ou da capacidade de ter prazer (*anedonia*).

- Pensamentos - conteúdo e forma de pensamento que envolve delírios. Segundo Kaplan e Sadock (1986), uma das características da esquizofrenia é o distúrbio de pensamento, em que o ordenamento dos conceitos apresenta problemas semelhantes à perda da relação figura-fundo, no desempenho perceptivo. Os delírios podem ser de origem somática, de perseguição ou de ciúme (Moniz, 1992). Os pacientes apresentam dificuldade nas associações cognitivas em que o fluxo mental parece não obedecer a qualquer sequenciação racional. Por vezes o paciente interrompe abruptamente o seu discurso (bloqueio de pensamento), ficando a pessoa sem saber o que estava a pensar anteriormente (Moniz, 1992). Também Kaplan e

Sadock (1986), referem que o paciente esquizofrénico apresenta, subitamente e sem aviso, interrupções no decurso do pensamento. De acordo com Harrison et al. (2006), as ligações entre os pensamentos, nos pacientes esquizofrénicos, são obscuras e possuem um carácter desconexo. Pode ocorrer: *bloqueio de pensamento* (os pensamentos parecem parar subitamente), *roubo de pensamentos* (os pensamentos parecem desaparecer), *inserção de pensamentos* (os pensamentos parecem ser colocados na cabeça a partir do exterior), *passividade/controlo do pensamento* (outras pessoas influenciam directamente os pensamentos ou acções), *difusão do pensamento* (as outras pessoas parecem conhecer os seus pensamentos), *eco do pensamento* (os pensamentos repetem-se na mente como um eco). Segundo os mesmos autores, também o fluxo do pensamento, no paciente esquizofrénico, pode estar afectada mesmo quando o conteúdo e a natureza dos pensamentos são normais – *perturbação do pensamento*.

- Percepções - Percepção sob a forma de alucinações (percepção considerada real, na ausência de um estímulo, por ex., ouvir uma voz sem estar alguém presente). De acordo com Moniz (1992), o paciente considera que o seu pensamento é controlado, inserido ou emitido por uma entidade exterior. As alucinações características da esquizofrenia são, segundo Harrison et al. (2006), do *tipo auditivo na terceira pessoa* (ouvir uma voz a falar acerca do paciente), que, por vezes, assumem a forma de censura ocasional às acções do paciente.

- Cognição – O défice cognitivo pode ocorrer na esquizofrenia, sendo que o paciente evidencia desorientação, podendo ser distraído pelas suas experiências ou compreender de forma psicótica o que lhe é dito. Os domínios mais afectados são a atenção, a memória de trabalho e a memória semântica (Harrison et al., 2006). O comprometimento do funcionamento inter-pessoal e relacionamento com o mundo exterior, aliado a dificuldades de relacionamento com os outros, leva a um afastamento social e desinteresse emocional do paciente (Bonder, 1991).

- *Insight* – Inclui a capacidade para reconhecer “i) uma experiência mental anormal como tal; ii) que o doente sofre de uma perturbação mental; iii) a necessidade de tratamento” (Harrison et al., 2006, p.31) É característico da esquizofrenia a existência de um défice do *insight*, podendo apresentar um grau variável.

- Objectivos pessoais – Verifica-se uma alteração na vontade e auto-iniciativa orientadas para uma meta, o que pode levar a uma incapacidade para o trabalho ou outra actividade (Moniz, 1992). O paciente esquizofrénico é mais dependente de estímulos imediatos, sendo o seu comportamento mais determinado por eles do que por objectivos a longo prazo (Kaplan & Sadock, 1986).

- Movimentos – Comportamento motor perturbado nomeadamente *maneirismos* (movimento ou gesto repetitivo, complexo e aparentemente com determinada finalidade), e *estereótipos* (gesto simples repetido e destituído de finalidade) (Harrison et al., 2006).

- Atitude e comportamento – É também importante ter em linha de conta outros sinais distintivos desta perturbação. Assim, segundo Harrison et al. (2006), um paciente com esquizofrenia pode indicar desconfiança (o interlocutor pode fazer parte da sua teoria de conspiração), mostrar-se distraído (devido a alucinações), ou distante e desinteressado (sintoma negativo), sendo o declínio do funcionamento intelectual e social, comum antes e no início da esquizofrenia. A própria roupa pode indiciar algum sinal característico deste transtorno, como desmazelo pessoal ou “ser estranha” (por ex., utilizar um chapéu de folha de alumínio para impedir que lhe roubem os pensamentos).

Fauman (2002, p.176), baseando-se no DSM-IV-TR, considera que “as características essenciais da esquizofrenia podem ser descritas sucintamente como a presença de sintomas psicóticos essenciais persistentes, prodrómicos ou residuais, associados com uma deterioração significativa do nível anterior de funcionamento social e ocupacional, sem evidência de Perturbação do Humor ou de etiologia orgânica.”

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) mencionam três factores relevantes nos sinais e sintomas da esquizofrenia, que podem exercer um papel fundamental no diagnóstico desta perturbação:

- Os sinais ou sintomas verificados na esquizofrenia podem ser encontrados noutros transtornos psiquiátricos;
- Modificação dos sintomas relativamente à época, que significa uma suposta tendência de variações das alucinações de acordo com o contexto social;
- Nível educacional, intelectual, filiação cultural do indivíduo.

De acordo com Fausto (2005), uma classificação generalizada divide os sintomas em sintomas positivos e negativos.

Os sintomas positivos representam as disfunções das funções cerebrais e incluem:

- Distorções da percepção – caracterizadas por alucinações que podem ser de qualquer modalidade sensorial (mais frequentemente alucinações auditivo-verbais);
- Disfunções na linguagem e na comunicação – discurso desorganizado característico dos pacientes com esquizofrenia (por ex. abordagem súbita de um assunto completamente diferente)
- Comportamento desorganizado – comportamentos bizarros, infantis ou comportamento motor imprevisível (agitação, agressividade, rigidez muscular...)
- Distorções do pensamento – ideias delirantes, falsas crenças que envolvem uma representação errada da realidade, das quais as mais comuns são:
 - i) Ideias delirantes persecutórias – o indivíduo pensa que está a ser perseguido, espiado, exposto ao ridículo ou que lhe preparam uma armadilha
 - ii) Ideias de auto referência – o indivíduo interpreta os dados da experiência, tais como gestos, olhares, referências na televisão e

nos jornais, ou certas situações, como lhe sendo particularmente dirigidas.

Os sintomas negativos representam a perda ou diminuição das funções cerebrais, acentuando os aspectos deficitários desta perturbação. Entre os sintomas negativos podem citar-se:

- Embotamento afectivo – caracterizado pela incapacidade do sujeito reagir à situação, mantendo uma aparência imóvel, sem expressão facial e corporal adequada e com reduzido contacto ocular, tratando-se, portanto, de uma diminuição da expressividade emocional;
- Alogia – consiste na pobreza do discurso, evidenciada, geralmente, por respostas breves e lacónicas, por vezes sem conteúdo;
- Avolição – é caracterizada pela incapacidade de realizar comportamentos para atingir um objectivo.

Fonseca (1988) refere que a evolução da esquizofrenia pode ocorrer de uma forma contínua ou por surtos. Em qualquer das formas evolutivas pode-se observar uma fase inicial, um período de estado e um período residual. Estes períodos são denominados, pelo DSM-IV-TR, como fase prodrómica, activa e residual (APA, 2002a).

É na **fase prodrómica** que, segundo Levy (2001), vão surgindo de forma insidiosa, ligeiras mas progressivas alterações no comportamento, pensamento e afecto

Embora o diagnóstico precoce não seja sinónimo de recuperação, é sempre preferível a um diagnóstico tardio, pois este implica que muito sofrimento foi já imposto ao paciente e sua família.

Fausto (2005) verificou, no decorrer de uma pesquisa realizada, que, o que ocasionava a procura de apoio psiquiátrico, no Hospital de Júlio de Matos, era o facto de os familiares se verem perante comportamentos desviantes, interpretados como sintomas de perturbação mental. O Quadro 6, apresentado de seguida, refere apenas os comportamentos mencionados em mais de 20% dos casos.

Quadro 6: Comportamentos, identificados pelos familiares e pessoas próximas, como sinais de perturbação mental (Fausto, 2005, p.351).

Homens	%	Mulheres	%
Agressividade	80%	Agressividade	73,3%
Ideias de perseguição	75,8%	Agitação psicomotora	66,7%
Ouvir vozes	63,6%	Ideias de perseguição	66,7%
Agitação psicomotora	45,5%	Ouvir vozes	66,7%
Comportamento destrutivo	39,4%	Comportamentos bizarros	53,3%
Desmandos de conduta	39,4%	Não fazer as tarefas domésticas	53%
Isolamento	39,4%	Desmandos de conduta	43,3%
Comportamentos bizarros	33,3%	Ideias de auto-referência	43,3%
Ideias de auto-referência	27,3%	Agressões	40%
Ideias de envenenamento	27,3%	Dizer obscenidades	40%
Ideias de influenciamento	27,3%	Falar mal da mãe	40%
Agressões	21,2%	Recusar alimentos	40%
		Isolamento	36,7%
		Comportamento destrutivo	36,7%
		Descuido na apresentação pessoal	30%
		Fugas de casa	27%
		Ideias de envenenamento	23,3%
		Não dormir	26,7%

Como curiosidade, não deixa de ser interessante observar a valorização cultural dos comportamentos já que, apenas no caso das mulheres, são referidos aspectos como descuido na apresentação, dizer obscenidades ou não fazer as tarefas domésticas, entre outras.

De acordo com a American Psychiatric Association (2002a, p. 308), “as mulheres com esquizofrenia tendem a manifestar mais sintomatologia afectiva, ideias delirantes paranóides e alucinações, e os homens tendem a manifestar mais sintomas negativos (humor embotado, avolição, isolamento social) ”.

Na **fase activa** predominam, segundo Serralonga (1998), as alterações de pensamento, alterações sensoperceptivas (alucinações auditivas, visuais e de linguagem interior), alterações da afectividade, alterações psicomotoras, autismo e outras. Neste período, o relacionamento social, cuidados pessoais e

a capacidade de trabalho ficam mais limitados, Podem também verificar-se comportamentos catatónicos, como posturas rígidas ou maneirismos.

A **fase residual**, apresenta uma sintomatologia semelhante à fase prodrómica, embora haja a tendência para se verificar embotamento afectivo, assim como um maior comprometimento de funções e papéis. Podem persistir os delírios e alucinações, embora possam ocorrer sem envolvimento afectivo intenso (Quaresma, 1997).

Em suma o diagnóstico de esquizofrenia exige a presença de algumas características essencialmente relacionadas com perturbações ao nível do pensamento, da percepção, do afecto, da volição e do comportamento motor.

2.1.4. Classificação

Consideramos pertinente começar por referir a diferença entre síndrome e transtorno. Síndrome é uma condição que se caracteriza por um grupo de sinais e sintomas com certa correlação e alguma homogeneidade, mas que, apesar de tudo, manifesta certas variações importantes. Podemos falar da síndrome psicótica, que se caracteriza por alterações básicas, tais como a presença de delírios ou alucinações sem entendimento da sua natureza patológica e que engloba, por sua vez, vários transtornos que apresentam as características básicas da síndrome mas que diferem entre si relativamente a outros critérios tais como duração, coexistência de sintomas de outras síndromes, factores e nexos causais ou outras características mais particulares (Ghisolfi, 2008).

De acordo com este autor, também a esquizofrenia pode ser entendida como uma síndrome, uma vez que engloba várias manifestações com ligeiras diferenças da condição básica, sendo, portanto, mais adequada a expressão “transtornos esquizofrénicos”.

Hoje em dia, são usualmente utilizados os critérios de diagnóstico recomendados pela Organização Mundial de Saúde, através da *Classificação das perturbações mentais e do comportamento*, 10ª revisão (CID-10) e pela Associação Americana de Psiquiatria, através do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-IV-TR).

O conceito de psicose, de acordo com o DSM-IV-TR, é definido pela exigência de um ou mais dos seguintes sintomas: ideias delirantes, alucinações ou discurso e pensamento desorganizado. “Os restantes critérios de cada diagnóstico diferenciam as perturbações de acordo com a fenomenologia dos sintomas psicóticos e sua duração, etiologia e sintomas associados” (Fauman, 2002, p.176).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002a), a Esquizofrenia constitui um grupo de Perturbações Psicóticas que, apesar de partilharem de certas características comuns, são fenomenologicamente distintas. O conjunto de critérios comuns para o diagnóstico de Esquizofrenia é indicado separadamente dos critérios para os subtipos individuais de esquizofrenia. O diagnóstico de um subtipo específico de esquizofrenia exige que o paciente preencha os critérios comuns, além dos critérios adicionais que distinguem os diferentes subtipos entre si. O conjunto de critérios comuns é constituído por seis elementos:

- **A. Sintomas Característicos:** dois ou mais dos sintomas referidos anteriormente, durante um mês;
- **B. Disfunção social/ocupacional:** desde o início, e por um período significativo de tempo, uma ou mais áreas principais de funcionamento estão significativamente abaixo do nível atingido antes do início da perturbação (trabalho, cuidado pessoal, relacionamento com outros);
- **C. Duração:** sinais contínuos da perturbação pelo menos durante seis meses (pelo menos um mês de sintomas que preencham o critério A, podendo haver períodos com sintomas prodrómicos ou residuais);
- **D. Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou do Humor;**
- **E. Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias/estados físicos gerais;**
- **F. Relação com uma perturbação Global do Desenvolvimento:** no caso de existir outra perturbação, o diagnóstico adicional de esquizofrenia apenas é realizado caso se verifiquem ideias delirantes ou alucinações, por um período mínimo de um mês.

Deste modo, segundo o DSM-IV-TR, a esquizofrenia contém conjuntos de critérios básicos que se aplicam a todos os diagnósticos da sua categoria (Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas).

A classificação de esquizofrenia, de acordo com o CID-10, atribui um peso especial aos sintomas de primeira ordem, na fase aguda, sendo que, embora o diagnóstico não exija a presença de um número determinado de características, quantas mais existirem mais provável se torna a esquizofrenia. Os sintomas agudos podem regredir, nos pacientes que evoluem para a esquizofrenia crónica, com alteração das características sintomáticas como se pode ver no Quadro 7.

Quadro 7: Características da Esquizofrenia (Adaptado de Alves, 2003, pp.236 e 238).

Características da esquizofrenia	
Fase aguda	Fase crónica
• Sintomas de primeira ordem ▪ Inserção, eco, fuga ou difusão de pensamentos ▪ Alucinações auditivas na terceira pessoa ▪ Observações de censura ▪ Passividade do pensamento, dos sentimentos ou da acção ▪ Percepção delirante • Ideias delirantes bizarras • Comportamento estranho • Perturbação do pensamento • Ausência de <i>insight</i> • Período prodrómico de declínio do desempenho e isolamento social.	• Sintomas negativos ▪ Humor aplanado ▪ Apatia e perda de energia ▪ Isolamento social ▪ Pobreza do discurso ▪ Autonegligência • Outras características ▪ Os sintomas negativos persistem ou recorrem em fases de stresse ▪ O défice cognitivo ligeiro é comum.

Indo de encontro à classificação do DSM-IV-TR, também aqui os sintomas devem estar presentes durante, pelo menos, um mês (Harrison et al., 2006).

Ambos os sistemas de classificações, DSM-IV-TR (APA, 2002) e CID-10 (OMS, 1993), definem diferentes síndromes de esquizofrenia, que resultam da heterogeneidade clínica desta perturbação, tendo por base o padrão de sintomas. O Quadro 8 representa as características imputadas a cada um dos tipos de esquizofrenia. Dado que estes sistemas se assemelham (Harrison et al., 2006), também os sinais e sintomas característicos de cada tipo de esquizofrenia se cruzam ou são comuns. Apenas faremos a identificação das características dos tipos comuns aos dois sistemas de classificação.

Quadro 8: Tipos e características da esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR e o CID-10 (Adaptado de Alves, 2003; Fausto, 2005; e Harrison et al., 2006).

DSM-IV-TR	CID-10
Desorganizada	Hebefrénica
- Discurso e comportamento desorganizado - Afecto embotado ou inapropriado proeminente - Início precoce ou insidioso - Curso contínuo, sem remissões significativas	- Perturbação proeminente dos afectos (superficial e inapropriado) - Perda da volição - Comportamento irresponsável e imprevisível - Pensamento desorganizado - Discurso incoerente - Prognóstico desfavorável
Paranóide	Paranóide
- Preocupação com: • ideias delirantes • alucinações auditivas (delírios tipicamente persecutórios ou grandiosos, com alucinações relacionadas com o mesmo tema) - Relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afecto.	
Catatónica	Catatónica
Acentuada perturbação motora: - Imobilidade motora evidenciada por catalepsia* ou estupor (imobilidade) - Actividade motora excessiva (desprovida de sentido) - Negativismo extremo** - Peculiaridades dos movimentos voluntários (adopção voluntária de posturas inapropriadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes - Ecolalia*** ou ecopraxia****	
Indiferenciada	Indiferenciada
Presença de: • delírios • alucinações • discurso e comportamento desorganizado • sintomas negativos, mas os sintomas não satisfazem os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatónico.	
Residual	Residual
Ausência de: • delírios e alucinações, discurso e comportamento amplamente desorganizado ou catatónico. Presença de: • dois sintomas negativos (embotamento afectivo, pobreza do discurso ou avolição) ou • pelo menos dois sintomas enumerados no critério A para esquizofrenia, de forma atenuada. Pode representar a transição entre um episódio e uma remissão completa, embora possa estar, também, presente por muitos anos.	Presença de sintomas negativos: • lentidão psicomotora • hipoactividade • embotamento afectivo • passividade e falta de iniciativa • pobreza da quantidade e qualidade do discurso • pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contacto visual, modulação da voz e gestos) • falta de cuidados pessoais • desempenho social medíocre Período crónico da evolução da perturbação, com uma progressão nítida de uma fase precoce para uma fase tardia.
	Depressão pós esquizofrénica
	Simples
	Outros tipos
	Não especificada

Nota: *Catalépsia: estado de diminuição da capacidade de resposta e de manutenção de uma posição de imobilidade.

Negativismo extremo: resistência, aparentemente sem motivo, a todas as instruções e tentativas de mobilização ou manutenção de uma postura rígida. * Ecolalia: repetição patológica, aparentemente sem sentido, de uma frase ou palavra que outra pessoa acabou de dizer. ****Ecopraxia: imitação repetitiva dos movimentos de outra pessoa.

A classificação da esquizofrenia em diferentes tipos baseia-se, essencialmente nos sinais e sintomas predominantes, evidenciados pelo paciente. Esta é, sem dúvida, uma tarefa difícil dada a multiplicidade de combinações possíveis de sintomas e às variáveis inerentes ao próprio curso da perturbação.

2.1.5. Evolução da patologia

A gravidade da esquizofrenia reside, principalmente, no seu curso. A distinção, feita por Kreapelin, entre esquizofrenia (demência precoce) e transtorno bipolar (psicose clínica), residia no facto de os pacientes esquizofrénicos apresentarem uma grande deterioração e não conseguirem recuperar, em oposição aos pacientes com transtorno bipolar que apresentavam possibilidade de recuperação (Marot, 2004).

Segundo Giacon e Galera (2006), a própria definição de esquizofrenia implica longa duração, durante o qual o paciente experimenta períodos de crise e remissões, que resultam em deterioração do funcionamento do paciente e, como consequência, da própria família.

Levy (2001) refere a esquizofrenia como um distúrbio que se inicia, habitualmente, na adolescência ou início da idade adulta, e que perturba intensamente várias áreas da actividade psicológica, podendo evoluir no sentido da deterioração progressiva das capacidades da pessoa.

De acordo com Mota Cardoso (2002), a esquizofrenia é um transtorno recorrente, que vai aumentando a incapacidade crónica em cada crise, até atingir um determinado nível. Resulta, muitas vezes, em excentricidade, inadequação social ou invalidez crónica, requerendo, muitas vezes, hospitalização prolongada.

O relatório da OMS (2001), sobre Saúde Mental, refere que os sintomas da esquizofrenia podem causar incapacidade permanente e baixa qualidade de vida, impondo um fardo considerável às famílias. Segundo a mesma fonte, esta perturbação tem uma evolução menos severa nos países em desenvolvimento. De acordo com estudos internacionais, a proporção de pacientes que

acusaram remissão total após dois anos de tratamento foi de 63%, em países em desenvolvimento, contra 37% nos países desenvolvidos.

A grande variedade de sintomatologia da esquizofrenia, que difere em cada paciente, faz com que não exista um curso típico da perturbação, sendo a evolução da mesma independente dos sintomas apresentados no início do transtorno (Galera & Giacon, 2006).

De acordo com as mesmas autoras, o início precoce (antes dos 20/25 anos) da perturbação indicia um pior prognóstico. Nos homens o seu início ocorre entre os 15 a 25 anos e, nas mulheres entre os 25 a 35 anos, pelo que o prognóstico no sexo masculino é pior.

Actualmente sabe-se que a deterioração se dá antes da manifestação da perturbação. A fase prodrómica caracteriza-se por ansiedade, insónia, dificuldade de atenção e concentração, irritabilidade, deterioração da capacidade de executar as actividades do quotidiano, distúrbios do comportamento, distanciamento social, comportamento desorganizado, alucinações e delírios (menos frequentes que as alucinações). O conteúdo dos delírios e alucinações variam de acordo com a idade do início da perturbação, sendo mais simples e fixos nos mais jovens e mais complexos nos mais velhos (Alvarenga-Silva, Costa & Teixeira, 2000; Louzã Neto, 2000).

Existem factores de mau e bom prognóstico para a esquizofrenia, referidos nos Quadros 9 e 10, embora se tratem de indicadores fracos para a classificação deste transtorno.

Quadro 9: Factores associados ao mau prognóstico da esquizofrenia (Harrison et al., 2006, p.247).

Factores associados ao mau prognóstico da esquizofrenia	
Características demográficas	Características da perturbação
- Idade de início precoce (por ex., abaixo dos 25 anos) - Sexo masculino - Indivíduo isolado, solteiro - Mau desempenho profissional - Perturbação da personalidade pré-mórbida - Abuso de substâncias	- Aparecimento insidioso - Psicose prolongada, não tratada - Tipo desorganizada - Ausência de perturbação de humor - Sintomas negativos precoces - Não observância da medicação

Quadro 10: Factores associados ao bom prognóstico da esquizofrenia (Adaptado de Alves, 2003, p.49).

Factores associados ao bom prognóstico da esquizofrenia	
Características demográficas	Características da perturbação
- Início na fase adulta - Início súbito - Casado - Boa adaptação psico-sexual - Personalidade prévia forte - Boa capacidade de trabalho - Boas relações sociais - Boa concordância	- Episódio curto - Sem prévio historial psiquiátrico - Sintomas afectivos predominantes - Tipo paranóide

Alvarenga-Silva, Costa e Teixeira (2000) referem que a esquizofrenia pode apresentar início agudo ou insidioso, manifestando, consoante o caso, características distintas e evoluindo para uma sintomatologia própria. O início agudo caracteriza-se pelo aparecimento dos sintomas de forma abrupta, evoluindo para uma deterioração, caso não haja tratamento imediato. O paciente apresenta regressão, confusão e ansiedade que progride para estados de pânico, episódios de delírio febril, excitação motora, insónia e catatonia. Quando se verifica um início insidioso, o desenvolvimento psicomotor é normal, manifestando-se, porém, desvios graves no aspecto emocional e intelectual. Surgem fenómenos dissociativos nas áreas da afectividade e da linguagem, mudanças de humor acentuadas, actos obsessivos e compulsivos, irritabilidade e hostilidade. Caso não se verifique intervenção precoce, a perturbação evolui para a deterioração do funcionamento global e, numa fase seguinte, exacerbação aguda da psicose.

Segundo Louzã e Elkis (1999), a esquizofrenia apresenta duas fases distintas, com características sintomatológicas próprias. A primeira fase, chamada aguda, é caracterizada pelo início dos sintomas, podendo ocorrer também quando o paciente sofre uma nova crise ou reagudização. A segunda fase, chamada de fase crónica, corresponde aos anos que se seguem ao início dos sintomas psicóticos, havendo, geralmente um grau parcial de recuperação, com alívio dos sintomas psicóticos da fase aguda.

Ballone (2005) refere estudos que constatarem que as perspectivas de remissão, antes do aparecimento do tratamento biológico, seriam maiores durante os dois primeiros anos, sendo essa possibilidade, após cinco anos do início da perturbação, quase nulas. Os mesmos estudos sugeriam que, a cada episódio sucessivo da perturbação, as hipóteses de danos permanentes aumentava e que, após a terceira recaída, as hipóteses de remissão diminuía. Há também fortes indícios de que deixar a perturbação sem tratamento, por um período alargado de tempo, é prejudicial.

Levy (2001) refere que 20% dos pacientes apresentam uma remissão completa, cerca de dois terços apresentam uma remissão parcial, com uma adaptação social aceitável e cerca de 10% evoluem de forma intensamente incapacitante. O meio social e familiar instável pode desempenhar um papel favorável no aparecimento de surtos e recaídas.

Apesar de remissões e reagudizações, o mais frequente é que, após 5 anos de evolução se observe uma tendência para a estabilização. De acordo com Ballone (2005), este estado estacionário foi denominado por Bleuler por “*end state*”, embora não se tratasse de uma situação irreversível e imutável. Bleuler propôs quatro tipos de “*end state*”: 1-grave; 2-moderado; 3-leve e 4-“recuperado”.

Citando Ballone (2004), a CID-10 propõe a seguinte classificação, para os padrões do curso da esquizofrenia, com período de observação mínimo de um ano:

- Contínuo;
- Episódico com défice progressivo (vai piorando com o tempo);
- Episódico com défice estável (mantém o défice adquirido);
- Episódico remitante (volta a apresentar nova crise);
- Remissão incompleta (volta praticamente ao normal);
- Remissão completa (volta ao normal).

No entender de Marot (2004), a remissão completa não é garantia de cura. Este facto é de importância primordial para o paciente e sua família, já que, naturalmente, todos os pacientes se questionam sobre se ficarão bem e se voltarão a ser como eram antes do aparecimento da perturbação. De acordo

com este autor nenhum profissional de saúde mental pode afirmar que tal irá suceder.

Harrison et al. (2006) referem que, embora alguns pacientes apresentem sintomas persistentes, conseguem viver uma vida razoavelmente normal; enquanto outros apresentam uma incapacidade funcional, apesar de os seus sintomas serem mínimos. Levando em conta tanto os sintomas como o funcionamento, os resultados da esquizofrenia podem colocar-se por ordem de gravidade da seguinte forma:

- Bom resultado – um ou dois episódios com recuperação completa;
- Resultado moderado – curso oscilante com alguns défices persistentes;
- Mau resultado – esquizofrenia crónica com incapacidade funcional persistente;
- Resultado fatal – suicídio.

Um número considerável de indivíduos com Esquizofrenia tenta o suicídio durante o curso de sua doença. Um estudo recente mostrou que 30% dos pacientes diagnosticados com esse distúrbio haviam tentado o suicídio pelo menos uma vez durante a vida. Aproximadamente 10% das pessoas com Esquizofrenia morrem em virtude de suicídio. Em todo o mundo, a doença esquizofrénica reduz o período de vida da pessoa afectada numa média de 10 anos (OMS, 2002a).

O curso da esquizofrenia é variável. Alguns pacientes recuperam totalmente, outros têm recorrências (podendo ou não apresentar baixas ao nível do funcionamento), ou apresentam uma evolução progressiva e cronicidade (Ballone, 2005).

A esquizofrenia é tradicionalmente vista como uma doença crónica e degenerativa, sem possibilidade de remissão, com resultados “negros” (De Hert et al., 2007). Apesar de tudo, esta perspectiva tem sido desafiada nos últimos anos, após a melhoria da farmacologia, tratamentos psicossociais e psicoterapêuticos e, mais recentemente, após o desenvolvimento dos critérios de remissão.

Os critérios de remissão propostos baseiam-se em ter uma baixa gravidade dos sintomas (critérios de gravidade) que se mantém por um período de, pelo menos, 6 meses (tempo critério). Os sintomas avaliados incluem alucinações, pensamentos estranhos, delírios, comportamento, desorganização conceptual, maneirismos/postura, afecto aplanado, falta de espontaneidade e dificuldades de integração social (De Hert et al., 2007).

Para investigar a validade da avaliação da remissão na prática clínica, Marc de Hert e seus colaboradores (2007), avaliaram dados de um estudo alargado, envolvendo 15 hospitais psiquiátricos na Bélgica.

O estudo incluía pacientes que tinham estado hospitalizados devido a psicose (incluindo 1215 pacientes com diagnóstico DSM-IV para esquizofrenia e desordem esquizoafectiva) e cujo estado mental foi avaliado com o PECC.

A equipa encontrou 314 pacientes que iam de encontro aos seus critérios de inclusão, sendo 19% definidos como estando em remissão no início do estudo (utilizando apenas o critério de gravidade). No final do estudo, 29% preenchia completamente os critérios de remissão (preenchendo ambos critérios, de gravidade e tempo), havendo 15% a preencher apenas o critério de gravidade.

Segundo os pesquisadores: “Os critérios de remissão gravidade e tempo parecem ir de encontro ao conceito válido na prática clínica diária e devia ser uma meta a alcançar em termos de tratamento” (De Hert et al., 2007, p.73).

Tendo em conta o exposto, são vários os aspectos que condicionam o prognóstico da esquizofrenia, que pode ir desde a remissão completa, até à incapacidade quase total da pessoa afectada.

2.1.6. Tratamento

Para Sloboda (2002), os tratamentos têm como objectivo: i) reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos; ii) prevenir o reaparecimento dos episódios sintomáticos e a deterioração associada do funcionamento da pessoa; iii)

administrar um apoio que permita ao paciente um funcionamento ao nível mais elevado possível.

Galera e Giacon (2006) referem que o tempo que se passa entre o surgimento dos sintomas e a procura do tratamento pode influenciar o prognóstico. Segundo as autoras, a demora na procura do tratamento pode indiciar um mau prognóstico, já que os sintomas se tornam mais intensos, implicando um tempo maior de tratamento.

De acordo com Louzã Neto (2000), é importante a intervenção de uma equipa multidisciplinar, tanto a nível da avaliação como da assistência.

A intervenção adequada abarca o tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família, após a realização de um diagnóstico diferenciado e respeitando a individualidade de cada paciente (Galera e Giacon, 2006).

O tratamento da esquizofrenia deve actuar a vários níveis para conseguir reintegrar o paciente, de forma completa ou parcialmente, numa qualidade de vida aceitável (MSD, 2009).

Segundo a mesma fonte, quanto mais cedo for diagnosticada a esquizofrenia, maiores são as possibilidades de cura. Por outro lado, quanto mais precoce for o seu aparecimento, mais difícil será o seu tratamento. O tratamento farmacológico, combinado com uma intervenção psicossocial é fundamental. Estudos realizados demonstraram que a combinação de diversas estratégias de tratamento permite diminuir a ocorrência de recaídas.

Na prática, a nova orientação na terapêutica fundamenta-se em três critérios:

- Intervenção precoce;
- Tratamento farmacológico orientado e individualizado, tirando partido da eficácia dos fármacos de nova geração que permitem diminuir a sintomatologia e não causam efeitos secundários dificilmente compatíveis com uma qualidade de vida aceitável;
- Intervenção de reabilitação (MSD, 2009).

Os pacientes em remissão apresentam um melhor *insight* e um nível melhor de funcionalidade global, cumprindo melhor as tarefas do quotidiano (De Hert et al., 2007).

Harrison et al. (2006), referem que, após o primeiro episódio de esquizofrenia, procura-se prevenir a recidiva e otimizar o nível de funcionamento, utilizando uma combinação de métodos farmacológicos, psicológicos e sociais.

Farmacológico

No primeiro episódio da esquizofrenia, o tratamento farmacológico consiste na utilização de medicamentos antipsicóticos, também chamados neurolépticos. (Galera & Giacon, 2006) Existem dois tipos de drogas antipsicóticas: antipsicóticos típicos ou convencionais (mais antigos) e antipsicóticos atípicos (mais recentes – não provocam efeitos secundários extrapiramidais – ESE, em doses clínicas) (Harrison et al., 2006).

Por vezes os pacientes não aderem ao tratamento, sendo as principais causas, de acordo com Harrison et al. (2006, p. 123):

- Relutância em reconhecer a necessidade de tratamento;
- Descrença na eficácia dos medicamentos;
- Preocupação com os efeitos secundários;
- Estigma;
- Esquecimento;
- Preço;
- Como efeito do próprio medicamento. Por exemplo, um paciente pode estar convencido de que o médico o quer envenenar.

De acordo com o mesmo autor, os antipsicóticos actuam eficazmente, em cerca de 70% dos pacientes no espaço de 6 semanas, contra os sintomas psicóticos positivos (ideias delirantes, alucinações e desorganização do pensamento), independentemente do diagnóstico, sendo a clozapina o antipsicótico com maior eficácia. A clozapina mostrou ser eficaz nos pacientes

com esquizofrenia resistente, ou que não toleram outros antipsicóticos; pode também diminuir o risco de suicídio.

Os antipsicóticos também são úteis na prevenção das recidivas.

Os antipsicóticos típicos ou convencionais são antagonistas da dopamina, fazendo diminuir os sintomas positivos embora apresentem efeitos colaterais, principalmente os efeitos extrapiramidais, que têm como sintomas básicos o parkinsonismo, distonia aguda, discinesia tardia e a acatisia. Estes efeitos colaterais contribuem para a não adesão ao tratamento psicofarmacológico (Kaplan, Sadock & Grebb 1997).

A utilização de antipsicóticos típicos ou convencionais é acompanhada por, vários e graves, efeitos secundários. Os efeitos extrapiramidais, são os mais problemáticos, existindo quatro tipos, já referidos, como se pode verificar no Quadro 11.

Quadro 11: Efeitos Secundários Extrapiramidais (Adaptado de Harrison et al., 2006, pp.133).

Efeitos Secundários Extrapiramidais (ESE)			
Distonia aguda	Parkinsonismo	Acatisia	Discinesia tardia
- Contrações dolorosas dos músculos do pescoço, dos maxilares ou dos olhos.	- Diminuição dos movimentos faciais, marcha vacilante, rigidez, por vezes tremor.	- Sensação de agitação e necessidade permanente de andar.	- Movimentos involuntários do rosto, da língua ou parte superior do corpo.

No combate aos ESE que resultam da administração de antipsicóticos, são utilizados fármacos denominados de anticolinérgicos (Harrison et al., 2006).

Os antipsicóticos atípicos ou recentes inibem os receptores da dopamina e serotonina, o que leva a uma melhoria ao nível dos sintomas positivos e ajudam no tratamento dos sintomas negativos, sem efeitos extrapiramidais significativos. O efeito colateral, mais significativo, destes antipsicóticos é o aumento do peso, que requer vigilância (Galera & Giacon, 2006).

Os antipsicóticos atípicos são, actualmente, cada vez mais utilizados devido às diversas vantagens que apresentam. No entanto também apresentam desvantagens, nomeadamente o aumento de peso, aumento de

incidência do Diabetes de tipo II e acréscimo do risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Harrison et al., 2006).

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), os antipsicóticos de nova geração têm vindo a substituir os típicos no tratamento do primeiro episódio esquizofrénico, uma vez que torna possível o uso de doses mais baixas e, conseqüentemente, apresenta menos efeitos colaterais (com a excepção da clozapina que, por apresentar efeitos colaterais mais graves, não é recomendada para início de tratamento).

Alguns pacientes, mesmo tomando a medicação regularmente, podem ter uma recaída dos sintomas psicóticos. Assim, segundo Ballone (2005), é necessário que os pacientes esquizofrénicos sejam capazes de reconhecer os sintomas menos específicos como irritabilidade, insónia e depressão, que costumam surgir antes dos delírios e alucinações, e procurar ajuda imediata. A família, também aqui, pode desempenhar um papel importante, ao detectar mudanças subtis.

De acordo com Louzã Neto (2000), o tratamento farmacológico deve ser mantido, pelo menos, no decorrer dos dois primeiros anos após o primeiro episódio psicótico, no sentido de controlar uma recaída mais violenta.

No caso de pacientes internados com esquizofrenia grave, do tipo catatónico e que não respondem ao tratamento farmacológico intensivo, é utilizada, ocasionalmente, a terapia eletroconvulsivante (Barraclough & Gill, 1997).

Psicológico

Na esquizofrenia utilizam-se, essencialmente, terapia familiar e terapia cognitivo-comportamental, para os sintomas residuais, aliadas à relação psicoterapêutica entre o médico e o paciente. Na terapia familiar, é alvo de terapia o próprio “sistema” familiar, procurando alterar o comportamento da família e educar a mesma acerca deste transtorno. A terapia cognitivo-comportamental tem alguma eficácia contra alucinações e ideias delirantes, sendo também utilizada no tratamento dos sintomas residuais (Harrison et al., 2006).

Social

A esquizofrenia é, muitas vezes, sinónima de problemas com a vida diária, havendo necessidade de intervenção de natureza social. Lehman e Steinwachs (1988) enumeram e definem algumas formas de atendimento psicossocial:

i) psicoterapia individual ou de grupo: utiliza uma combinação de técnicas de suporte, pedagógica, comportamental e cognitiva, procurando aperfeiçoar as habilidades do paciente para melhorar o seu funcionamento, diminuir os défices e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso;

ii) intervenções familiares: devem educar sobre a doença, orientar na administração de aspectos relacionados com o transtorno, na intervenção nas crises e em como ajudar o paciente na resolução de problemas;

iii) reabilitação vocacional: deve oferecer a possibilidade de reabilitação vocacional para o trabalho nos pacientes menos comprometidos, incluindo treino vocacional, emprego sustentado, educação e aconselhamento vocacional.

De acordo com MSD (2009), a atitude da família influencia a evolução do transtorno quase tanto como o tratamento farmacológico, devendo ser paciente e flexível, de forma a adaptar-se às diferentes fases do transtorno. Para que tal seja possível, os familiares devem receber informação plena acerca desta perturbação, permitindo melhorar a gestão do stresse que advém do facto de se ter um familiar com esta perturbação.

A intervenção psicossocial assenta no envolvimento do paciente em actividades sociais e ocupacionais. Este tipo de intervenção permite diminuir o estigma da perturbação mental perante a sociedade e o próprio paciente que, com frequência, se sente inibido na procura de ajuda, o que pode resultar numa deterioração que poderia ser evitada (Maccay, Ryan & Amey, 1996).

A sociedade também deve favorecer a reinserção social do paciente esquizofrénico, permitindo-lhe encontrar o seu espaço na sociedade. Tal pode suceder através de oficinas de formação profissional, cursos de formação e programas temporários de inserção laboral entre outras situações (MSD, 2009).

Maccay, Ryan e Amey (1996) referem a importância desta abordagem na procura da recuperação, aceitação da perturbação e quebra do estigma através da participação em actividades, orientadas, de grupo. Nestas actividades há um período de avaliação que culmina no apoio mútuo, no decorrer da recuperação dos sintomas psicóticos agudos, que promove o conhecimento da perturbação e consequente melhor adaptação à psicose.

Segundo Schneider (2000), a intervenção da família desempenha, cada vez mais, um papel preponderante no primeiro episódio esquizofrénico. No entanto, quando a família se depara com esta nova situação, ocorre uma desorganização resultante da tentativa de adaptação. A família necessita de ajuda no sentido de promover a inclusão do paciente e colaborar na sua estabilidade, sendo esta atitude importante também para a qualidade de vida do grupo familiar.

Também Menezes (2000), é da opinião que se deve evitar o internamento psiquiátrico, sendo preferível o tratamento intensivo em comunidade, na fase aguda, e acompanhamento nos dois anos seguintes, para prevenção de recaídas e ajuda na adaptação à situação, tanto do paciente como da sua família.

Infelizmente, segundo Colvero, Ide e Rolim (2004), a família desempenha, primordialmente, o papel de informante dos sintomas do paciente, sendo pouco considerado o seu sofrimento. O acolhimento da família, dando suporte aos sentimentos de culpa, conflitos, situações de crise e isolamento social, entre outras, é visto como indispensável.

Galera e Giacon (2006) referem estudos que evidenciam que a melhor alternativa, quando o episódio agudo está controlado, é o atendimento domiciliário. Este tipo de intervenção estimula o envolvimento familiar e encoraja a procura de recreação e educação assim como a procura de serviços de apoio, disponíveis na comunidade, e programas de reabilitação.

No entanto, de acordo com Louzã e Elkis (1999), os quadros de recuperação total são raros. Em alguns casos verifica-se que a intensidade da psicose tende a diminuir com a idade e alguns pacientes conseguem recuperar algum grau de actividade social e capacidade ocupacional. A evolução mais

comum indica que o paciente raramente supera as disfunções e limitações impostas pela patologia.

Segundo Bahls e Zacar (2006), é imprescindível que o acompanhamento do paciente esquizofrénico seja feito por uma equipa multidisciplinar, em que diferentes profissionais actuam simultaneamente, melhorando as possibilidades de controlo dos sintomas, a adesão ao tratamento e a readaptação geral.

Vanfraechem-Raway e Boussard (1995) procuraram verificar se as actividades físicas devem ou não fazer parte do tratamento psiquiátrico através da realização de um estudo envolvendo 50 adultos jovens com perturbações psíquicas. Os resultados permitiram confirmar os benefícios resultantes da actividade física, nomeadamente ao nível do bem-estar psíquico, que se reflecte na redução dos sentimentos de inferioridade e solidão, melhoria na ansiedade e estados depressivos, diminuição na agressividade e aumento da autoconfiança e auto-estima. Assim, estes autores concluíram que a actividade física desempenha um papel importante no processo terapêutico

A prática regular de actividade física, pelas suas características, pode desempenhar um papel primordial, contribuindo para o tratamento da esquizofrenia. Este aspecto será abordado, de forma mais aprofundada, no ponto 2.2 deste estudo.

Podemos dizer que o tratamento da esquizofrenia engloba vários aspectos. Aliada à terapia medicamentosa, é importante associar outras formas de terapia, igualmente importantes para o tratamento e reinserção social destes pacientes.

2.2. Actividade Física

2.2.1. Actividade Física e Saúde

A relevância da prática de actividade física regular para a saúde e bem-estar físico e psicológico é, hoje em dia, consensual.

Na carta Europeia do Desporto, do Conselho Europeu, assim como no tratado de Maastricht, no Conselho Europeu de Helsínquia, e ainda no tratado

de Nice, é reconhecida a importância social do desporto atribuindo-lhe cinco funções, a educativa, de saúde pública, a social, a cultural e a lúdica.

Um dos maiores problemas de saúde pública com que as sociedades ocidentais se debatem está relacionado com os estilos de vida sedentários. O sedentarismo contribui para a ocorrência de doenças crónicas, mortes prematuras e invalidez, que se traduzem em graves custos económicos e sociais. Por outro lado, actualmente, e devido ao aumento da esperança de vida, verifica-se uma crescente preocupação com a qualidade de vida (WHO, 2006).

De acordo com a OMS ocorrem, anualmente, em todo o mundo, 2 milhões de mortes directamente relacionadas com a inactividade física. (WHO, 2008).

Sendo actualmente aceite, de forma consensual, a importância que a prática de Actividade Física tem para a Saúde dos indivíduos e, consequentemente, para a sua Qualidade de Vida, torna-se fundamental definir estes conceitos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) definiu Saúde como um estado total de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, destacando a sua importância para a felicidade, a paz e a segurança. Mais recentemente a OMS acrescenta uma perspectiva ecológica, referindo que é a “extensão em que individuo ou grupo é capaz, por um lado de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente” (Ribeiro, 2005, p. 75).

Para Bento (1995), a saúde traduz um equilíbrio dinâmico entre as exigências do envolvimento e as necessidades da pessoa, resultando de uma relação ajustada e ordenada entre o sujeito e o envolvimento.

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

Na opinião de Nuno Grande (1991, p.27), “o diálogo biológico que o Homem realiza com o meio externo, com o meio interno e com o meio íntimo,

condiciona o comportamento fisiológico que define a saúde cuja alteração se traduz pela doença”.

A OMS vê a saúde como parte integrante da nossa qualidade de vida, entendendo Qualidade de Vida por “grau de coincidência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, reflectindo a satisfação de objectivos e sonhos próprios de cada indivíduo” (Calmeiro & Matos, 2004, p. 22).

Relativamente à Actividade Física, segundo Carpsen et al. (1985), esta é definida como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. Esta definição engloba as actividades ocupacionais (vestir-se, tomar banho, comer), o deslocamento e as actividades de lazer, incluindo exercícios físicos, dança, etc.

São inúmeros os autores que dão relevância à prática regular de actividade física como promotora de saúde e qualidade de vida sendo esta, na opinião de Belbenoit (1974), um dos principais objectivos do indivíduo, pelo que lhe deve ser fornecido os meios necessários para alcançá-la.

O desporto (actividade física) é visto por Moura e Castro (1996), como um meio determinante, e não como complemento, na melhoria da qualidade de vida.

A actividade física é encarada como promotora da saúde pois, na opinião de Bento (1991b), esta passa pelo confronto equilibrado de cada indivíduo com o mundo, utilizando o corpo como meio privilegiado.

Para Duarte e Nahas (1998), o exercício físico e outras formas de actividade física são os meios que revelam maior eficácia na saúde e na habilidade funcional, permitindo manter uma óptima qualidade de vida, como consequência.

Esta ideia é reforçada por Hardman (1999), ao confirmar o valor dado, por grande parte da população e por médicos e cientistas, relativamente à prática da actividade física como peça importante num estilo de vida saudável

Também Calmeiro e Matos (2004), partilham da opinião de que a qualidade de vida das pessoas pode beneficiar da prática regular de actividade

física, salientando frequentemente os benefícios físicos e psicológicos ligados a esta prática.

No entanto, Bento (1991b), lembra que também conhecemos desportistas doentes e infelizes, pelo que é reforçada a ideia que a saúde não é alcançada apenas pela prática de actividade física. Esta é, no entanto, vista por este autor, como um factor fomentador de saúde.

Bouchard (1994) e Bouchard e Shepard (1994) comungam desta opinião ao considerarem que a actividade física habitual, o nível de saúde e a boa condição física se influenciam mutuamente. Estes componentes e a relação entre eles também é afectada por outros factores, nomeadamente o estilo de vida, o ambiente físico e social, os atributos pessoais e as características genéticas.

De acordo com Morgan (1994), há indícios científicos que mostram o efeito que o exercício aeróbio provoca ao nível dos principais neurotransmissores envolvidos no humor e na ansiedade. O exercício físico tem, deste modo, um efeito psicoestimulante, anti depressivo e opiáceo nos seres humanos, pelo que a prática de exercício regular ou técnicas de relaxamento ajudam a um retorno satisfatório ao equilíbrio.

A actividade de todos os órgãos e o exercício de todas as funções do indivíduo é essencial para o seu óptimo desenvolvimento, devendo-se, como tal, respeitar as necessidades de actividade geral, do mesmo modo que as necessidades alimentares ou afectivas (Silva, 1991).

Em suma podemos afirmar que a prática regular de actividade física é indispensável num estilo de vida saudável desempenhando um papel preponderante na prevenção de doenças, quer de carácter fisiológico quer mental, melhorando, desta forma, o estado de saúde e a qualidade de vida dos indivíduos que a praticam.

2.2.2. Actividade Física Adaptada

A integração de todos os cidadãos na vida em comunidade, isto é a reabilitação, através do desenvolvimento máximo das suas aptidões

intelectuais, escolares e sociais é o objectivo fundamental da educação especial.

Em Portugal, na Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei nº9/89), proclamada em Maio de 1989, a reabilitação é vista como “um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, desenvolver ou restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma actividade considerada normal. Engloba um conjunto variado de acções de prevenção, de reabilitação médico-funcional, de educação especial, de reabilitação psico-social, de apoio sócio-familiar, de acessibilidade, de ajudas técnicas, de cultura, de desporto e de recreação, entre outras, que se destinam ao deficiente e que visam favorecer a sua autonomia pessoal”.

De acordo com a UNESCO (1977), a educação especial é “aquela dos que se desviam física ou mentalmente, emocional ou socialmente dos grupos relativamente homogêneos do sistema regular de educação, de modo que é necessário tomar providências especiais para corresponder às suas necessidades”.

Foi em 1972, quando a Federação Internacional de Actividade Física Adaptada (IFAPA - *International Federation of Adapted Physical Activity*) foi fundada por profissionais belgas e canadianos, que surgiu o termo AFA.

Em 1977 teve lugar a primeira reunião internacional da IFAPA, em Quebec, sendo a segunda em 1979 em Bruxelas. No decorrer do 9º Simpósio Internacional de Berlim, o maior da história da IFAPA, em 1989, foi feita a primeira tentativa de definição internacional de AFA. AFA foi então definida, por Doll-Teppe e outros profissionais, numa perspectiva multinacional:

“AFA refere-se ao movimento e às actividades físicas e desportivas, nas quais é dada uma ênfase especial aos interesses e às capacidades das pessoas com condições de deficiência, limitações, problemas de saúde e idosos”.

O presidente da IFAPA, na sua mensagem, dava a entender que o estímulo para a participação regular das actividades físicas, ao longo da vida, devia ser um dos objectivos dos profissionais da AFA.

“Nós valorizamos e promovemos a actividade física como forma de recreação, desporto, terapia, condição física ou expressão”.

Em Estrasburgo, no ano de 1966, foi expresso pela primeira vez o movimento a favor da actividade física acessível a todos os indivíduos, tendo sido reconfirmado como plano de acção em Maio de 1986.

Os governos e autoridades públicas foram responsabilizados pela Carta Europeia do Desporto para Todos, pela tomada de medidas destinadas às pessoas com deficiência, assim como pelo aperfeiçoamento de regras e regulamentos que permitissem o acesso e a participação destes indivíduos.

De acordo com a definição dada por Potter (1981), na qualidade de elemento do Comité para o Desenvolvimento do Desporto da Europa, a actividade física para a pessoa com necessidades especiais é uma gama completa de actividades adaptadas às capacidades de cada indivíduo, referindo-se nomeadamente ao desenvolvimento motor, à Educação Física e a todas as disciplinas desportivas.

A actividade física adaptada está limitada aos indivíduos reconhecidos como deficientes pela Organização Mundial de Saúde (1980), e dividem-se em três dimensões: competitiva, recreativa e terapêutica. A vertente educativa foi depois introduzida pelo Comité para o Desenvolvimento do Desporto em 1981. Em Portugal esta mesma concepção é seguida pela Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes (1995).

A terminologia utilizada pela OMS sobre problemas de saúde inclui três níveis: deficiência, incapacidade e desvantagem.

Deficiência – qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou da função psicológica, anatômica ou fisiológica.

Incapacidade – qualquer restrição ou falta de capacidade (resultado de uma deficiência) para executar uma actividade, dentro do que é considerado “normal” para um ser humano.

Desvantagem – É o impedimento que um indivíduo sofre como resultado de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou inibe a execução plena de uma actividade considerada “normal” para esse indivíduo (tendo em conta a idade, sexo e factores sócio-culturais).

Actualmente as definições referem-se, cada vez mais, à habilidade enquanto conceito oposto à deficiência e à importância do contexto social de funcionamento como oposição ao modelo médico.

A CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, quadro de referência da OMS (2005a) para a saúde e incapacidade, teve um papel importante na alteração do modelo puramente médico para o modelo biopsicossocial assente na interacção pessoa-meio ambiente.

2.2.3. Actividade Física Adaptada e Perturbação Mental

Apesar de, em termos científicos, não se ter, ainda, provas conclusivas dos benefícios directos do exercício físico sobre a saúde mental, esta associação é feita há séculos.

A saúde resulta de uma conexão flexível entre o indivíduo e o meio envolvente, representando o equilíbrio dinâmico entre o que o envolvimento exige à pessoa e as suas próprias necessidades (Bento, 1995).

Também Fonseca (1985), vê o conceito de saúde mental como algo que envolve o homem como um todo, aliado ao factor ambiental em que se situa. Abarca, igualmente a aptidão para analisar e compreender essa mesma realidade ambiental.

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

O relatório Mundial da Saúde (OMS, 2002b, p.29) refere que o conceito de saúde da OMS engloba a saúde física, a saúde mental e social como “fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente independentes”

Tal como o conceito de saúde, também o conceito de saúde mental é complexo e nada unificador.

Existe actualmente suficiente confirmação, baseada na experiência, dos muitos benefícios físicos e psicológicos da prática de actividade física. (WHO, 2006; Berger et al., 2006). Seria, portanto, importante debater de que forma se poderá articular a actividade física e o sofrimento mental

Na opinião de Duarte e Nahas (1998), qualquer forma de actividade física é adequada a qualquer pessoa, uma vez que o corpo humano se adapta facilmente às cargas impostas, desde que haja cuidado relativamente ao excesso de sobrecarga geral ou local. É necessária a manutenção da intensidade do treino para que os resultados obtidos sejam conservados, uma vez que as mudanças operadas no corpo desaparecem, caso o exercício seja descontínuo.

Segundo Jannuzzi (1995) e Lima (1993), o corpo funciona como meio de intercâmbio entre o homem e o mundo, sendo inconcebível privar um corpo de movimento pelo facto de ser considerado deficiente devendo, pelo contrário, ser estimulada e explorada qualquer busca do movimento.

Os benefícios da actividade física na saúde mental foram já comprovados por diversas pesquisas. Roeder (1999) diz-nos que um estilo de vida mais activo combate os factores de risco das afecções mentais, funcionando como agente preventivo da saúde mental.

Também Pasquarelli (2003), é da opinião que tanto a aptidão geral, como o bem-estar físico, psicológico e social beneficiam com a prática de actividade física.

Aparentemente, o córtex-motor – parte da mente responsável pela capacidade de realização de exercício físico, ao ser activado pela prática de exercícios e por se situar próximo à camada que abriga os sentimentos e emoções, tem um efeito sobre o estado emocional, psicológico e cognitivo (Nieman, 1993).

São diversas as pesquisas que confirmam a opinião de Roeder (1999), quando afirma que um estilo de vida mais activo é benéfico para a saúde actuando como agente preventivo da saúde mental.

Cada vez mais a actividade física para pessoas com necessidades especiais é alvo de atenção. Em 1988 o Conselho da Europa, na Carta

Europeia do Desporto para Todos: as Pessoas Deficientes, reconhece a actividade física como “um meio privilegiado de educação, valorização do lazer e integração”.

Apesar do elevado número de estudos publicados que relacionam a actividade física com a área da psicologia, de acordo com McAuley (1994), vários problemas foram detectados em revisões posteriores. São problemas de natureza metodológica, problemas conceptuais e problemas relativos à utilização de instrumentos psicométricos inadequados e pobres. Verificou-se ainda a incoerência entre definições operacionais sobre actividades físicas, efeitos psicológicos e saúde psicológica.

Também Folkins e Sime (1981), consideram haver problemas de ordem metodológica nos estudos sobre os efeitos da actividade física na saúde mental.

No entanto, autores como McArdle et al. (1992), sustentam que a garantia de sobrevivência dos indivíduos, no meio ambiente em que vivem, pode ser assegurada pela realização de uma actividade física planeada, estruturada, repetitiva e intencional.

Segundo Pelarigo (2000), a capacidade de realizar tarefas motoras é inata no ser humano, sendo a actual tendência para o sedentarismo e consequente não realização das mesmas, um sério risco para a saúde. Ainda segundo este autor, o excesso de actividade física pode ser igualmente prejudicial para a saúde, ressaltando a importância dos conhecimentos dos profissionais da área relativamente aos instrumentos e métodos. Estes devem ser adequados a cada indivíduo quanto aos aspectos físicos, psicológicos e culturais.

Na opinião de Sharkey (1998), a actividade física alivia os estados de ansiedade ou depressão decorrentes da doença mental. Desempenha ainda um papel importante no aumento da força física, no combate ao sedentarismo aumentando ainda a resistência aos diversos tipos de stress quotidiano. Permite, igualmente, melhorar as interacções sociais da pessoa com perturbação mental ao permitir a recuperação de factores psicossociais que

abrangem a melhor percepção da auto-estima, controlo, humor e afecto (Nahas, 2001).

De acordo com Berger (1989), as pessoas que têm maior dificuldade em participar nas actividades físicas são as que mais delas necessitam.

Os profissionais da actividade física têm, cada vez mais, um papel preponderante a desempenhar na escolha e orientação da actividade física e exercícios, indo de encontro às necessidades actuais do indivíduo. Para que um programa de actividade física tenha credibilidade tem que ser justificado com argumentos que o possa corroborar, relativamente aos seus benefícios, quer a curto quer a longo prazo (Duarte & Nahas, 1998).

Por conseguinte, podemos dizer que a prática de actividade física regular é um elemento importante na prevenção de doenças, quer de carácter fisiológico quer mental, melhorando o estado de saúde e a qualidade de vida, contribuindo assim para um estilo de vida saudável das pessoas que a praticam.

2.2.4. Actividade Física Adaptada e Esquizofrenia

Ribeiro (1996) entende a saúde mental como um campo alargado de conhecimento e actuação que visa entender e estudar o homem numa perspectiva biopsicossocial e a sua relação com o psicopatológico, recorrendo aos conhecimentos de várias ciências e categorias profissionais.

As altas exigências e o excesso de estímulos das sociedades actuais levam a um aumento da possibilidade das pessoas sofrerem dos chamados Transtornos Mentais e do Comportamento sendo que, alguns pacientes embora tenham claramente atitudes e comportamentos desviantes, fruto de sintomas delirantes, não reconhecem a sua anormalidade, havendo, igualmente, pacientes que se crêem de excelente saúde sendo portadores de estados maníacos (Fonseca, 1985).

Segundo Calmeiro e Matos (2004), os transtornos mentais nomeadamente depressão, ansiedade, síndrome do pânico, fobias, transtornos bipolares, psicoses e esquizofrenias são cada vez mais habituais. Os benefícios, tanto a nível físico como psicológicos, associados à prática de

actividade física regular, reflectem-se numa melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

As primeiras pesquisas, feitas no sentido de procurar os efeitos da actividade física regular ao longo da vida do paciente mental, demonstram uma correlação positiva entre estes dois factores, embora esta não seja significativa. Assim, embora não podendo afirmar até que ponto a actividade física regular direcciona o comportamento do paciente mental, já se pode atestar quais os efeitos positivos mais encontrados em relação à actividade física e perturbação mental: a diminuição da ansiedade e depressão; maior tolerância ao stresse e aumento da auto-estima (Brannon & Feist, 1992).

Como referimos, a crescente importância atribuída à prática de actividade física regular, na promoção do bem-estar psicológico advém do número crescente de indivíduos que apresentam problemas do foro psicológico. Os efeitos positivos manifestam-se ao nível do bem-estar e também na capacidade percebida pelos indivíduos para lidar directamente com o stresse. O facto de estas percepções não estarem directamente relacionadas com a melhoria da condição física, aponta para a existência de outros factores responsáveis pela redução do stresse, para além dos fisiológicos (Calmeiro & Matos, 2004).

Relacionar a prática de actividade física com benefícios a nível do bem-estar psicológico, tanto em populações ditas normais como em portadores de distúrbios psicológicos, é extremamente difícil. Os problemas surgem devido tanto à diversidade de prática de exercícios físicos como às diferentes formas de manifestação de Transtornos Mentais e do Comportamento, ao que se poderá somar as particularidades individuais nas reacções a estes Transtornos. Os preconceitos construídos ao longo dos tempos, relacionados com a esquizofrenia e psicose, tornam difícil qualquer tipo de abordagem no sentido de minorar os efeitos destas perturbações (Szasz, 1978b).

Está demonstrado que os indivíduos com esquizofrenia morrem, em média, mais cedo que a população em geral. Dessas mortes 28% deve-se a suicídio, 12% a acidentes e 60% a causas naturais, nomeadamente causas

cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórias infecciosas, metabólicas entre outras (Brown, Inskip & Barraclough, 2000).

Blasco (2000) constatou que a maioria dos estudos considera como hipótese que o exercício físico reduz os sintomas de stresse psicológico e fisiológico. É sua opinião que a adesão, dos pacientes com perturbações mentais, ao tratamento aumenta com a prática de actividades aeróbias. Também Roeder e Pinheiro (2000), salientam o benefício destas actividades que, além de relaxantes, proporcionam uma percepção positiva da saúde no contacto com a natureza e com as outras pessoas.

Embora a actividade física regular moderada possa prevenir ou diminuir o aparecimento de problemas mentais, os transtornos mentais têm efeitos adversos à prática da actividade física. A ligação entre estes dois factores está dependente da saúde, da capacidade funcional e até de factores socio-económicos (McAuley & Rudolph, 1995; e Clark, 1996).

As actividades físicas permitem a distração e o libertar de pensamentos, emoções e comportamentos inoportunos, melhorando os sintomas depressivos e ansiolíticos (Morgan & Goldston, 1985).

Martinson e colaboradores (1989) verificaram que, após 8 semanas de treino com pesos/relaxamento, em pacientes hospitalizados em clínicas psiquiátricas, os níveis de ansiedade baixaram. Estes resultados foram mais significativos quando o programa de treino incluía pelo menos 20 minutos de exercícios diários e se prolongava para além das 10 semanas

Segundo Morgan e O'Connor (1988), está confirmada a ligação entre actividade física de forte intensidade e longo termo e benefícios psicológicos. Eles observaram melhoria no estado de humor, tanto em indivíduos sadios como em pacientes não hospitalizados, sendo, no entanto, nos pacientes portadores de distúrbios psíquicos leves e moderados que se verifica de forma mais consistente estes efeitos.

Para Ribeiro (1999), a pessoa com esquizofrenia pode beneficiar da prática da actividade física, como coadjuvante terapêutico no tratamento da saúde mental. Este benefício é reconhecido em várias áreas tais como a medicina, psicologia, sociologia e educação física.

O exercício físico resulta em alterações positivas do estilo de vida podendo ser utilizado como estratégia para enfrentar a esquizofrenia. Antes de iniciar qualquer procedimento de intervenção no estilo de vida dos pacientes esquizofrénicos, é fundamental proceder a uma análise da utilização de exercícios físicos e outras actividades físicas realizadas pelo paciente (Marlatt & Gordon, 1993).

Pode dizer-se que a actividade física contribui para uma maior qualidade de vida do paciente psicótico, que frequentemente se encontra com uma aparente imobilidade/inércia ou em agitação motora. A actividade física, na opinião de Pasquarelli (2003), pode ser uma aliada à terapia da pessoa com esquizofrenia. A prática de actividade física, devido às características destes indivíduos no que se refere ao corpo, pode por si só levar ao rompimento da estagnação ou oferecer um momento para a legitimação da agitação motora. Permite ainda a experiência da percepção do próprio corpo, dos seus limites e do esquema corporal (Dolto, 2004).

Numa revisão crítica da literatura relativamente aos efeitos psicológicos da actividade física, em que se procurava pôr em evidência esses efeitos em função do tipo de actividade e população envolvida (uma das populações era constituída por indivíduos com deficiências, entre eles psicóticos /esquizofrénicos), Machado e Ribeiro (1991) constataram haver indícios que a actividade física tem um impacto positivo sobre diferentes variáveis psicológicas, com especial ênfase na variável afectivo-emocional.

É ainda de salientar que, em termos gerais, os pacientes internados ou gravemente comprometidos com sintomas psicóticos negativos ou depressões graves revelam um aumento de peso que pode ocorrer pela inactividade físicas, pelo aumento de ingestão de calorias e/ou diminuição do gasto calórico.

O aparecimento dos antipsicóticos atípicos e de novos antidepressivos trouxe um grande avanço no tratamento da esquizofrenia, quadros psicóticos e síndromes depressivas, no entanto, nas primeiras semanas de utilização de um psicofármaco, verifica-se um aumento do peso que tende a estabilizar no primeiro ou segundo ano de uso das drogas (Nasrallah, 2003).

De acordo com Wirshing (2004), a prevalência de obesidade na população de pacientes esquizofrênicos, tratados com medicamentos, varia entre 40% e 60%.

Existe uma correlação positiva entre o abandono do tratamento com o Índice de Massa Corporal (IMC) assim como com a preocupação de ganhar peso, em pacientes psiquiátricos (Weiden, Mackell & Macdonell, 2004). Os pacientes obesos apresentam uma probabilidade duas vezes superior de não utilização adequada da droga antipsicótica ou antidepressiva prescrita.

Segundo Martinsen e Stephens (1994), o aumento de peso e a obesidade induzida por psicofármacos, tabagismo, abuso de álcool e inactividade física contribuem para esta situação. Consideram ainda que os benefícios de uma actividade física regular, evidentes em indivíduos saudáveis, são surpreendentemente ainda mais evidentes em populações de pacientes psiquiátricos.

Também Daley (2002), refere o grande número de estudos que demonstram uma correlação positiva entre o exercício físico e benefícios psicológicos em pacientes com dependência e abuso de álcool, depressão e esquizofrenia.

Segundo o mesmo autor, investigações recentes acerca dos efeitos psicológicos, psiquiátricos e sociais da realização de actividade física programada em pacientes esquizofrênicos, revelaram uma melhoria nos sintomas depressivos, do bem-estar e da capacidade física. Mais recentemente foi evidenciada uma melhoria na percepção de alucinações auditivas, na auto-estima assim como uma melhoria no padrão de sono, através da implementação de um programa de actividade física bi-semanal por um período de 10 semanas.

Associado ao problema do aumento de peso, há muito que os médicos observaram que os pacientes com esquizofrenia apresentam um maior risco de desenvolver *Diabetes Mellitus* (DM). Apesar de tudo, só recentemente a suposta associação com o uso de antipsicóticos atípicos tem constituído uma preocupação para os psiquiatras. De acordo com vários estudos, há uma

prevalência de DM duas vezes superior na população de pessoas com esquizofrenia, relativamente à restante população.

Segundo Leitão-Azevedo, Guimarães, Lobato e Belmonte-Abreu (2007), a associação entre as perturbações mentais graves, incluindo a esquizofrenia, e doenças cardiovasculares é uma questão importante, em termos de saúde pública. Estes autores referem estudos que revelam uma taxa de mortalidade duas vezes superior em pacientes esquizofrénicos, sendo a expectativa de vida 20% menor, relativamente à população em geral.

De acordo com Newman e Bland (1991), embora, na literatura, se realce o suicídio, como causa de morte relacionada com o tratamento de perturbações psiquiátricas, os pacientes com esquizofrenia geralmente morrem devido a causas naturais, tais como: doença respiratória, enfarte de miocárdio e acidente vascular cerebral. O aumento, na literatura psiquiátrica, de referências a alterações metabólicas relacionadas com estes transtornos, tem sido coincidente com o aumento crescente da utilização de medicação antipsicótica. Esta é uma medicação importante na gestão médica de várias perturbações psicóticas, nomeadamente da esquizofrenia.

Apesar de esta associação ter sido alvo, cada vez mais, de atenção por parte da literatura psiquiátrica, só recentemente os clínicos e pesquisadores começaram a analisar a relação entre a esquizofrenia e o uso da medicação, dentro do contexto do risco cardiovascular (Meyer, 2005).

Também a Síndrome Metabólica (SM) (*Metabolic Syndrome*) tem sido estudada, relativamente à esquizofrenia e ao tratamento com antipsicóticos. A SM é um transtorno complexo que associa vários factores de risco cardiovascular, sobretudo a deposição de gordura central e os transtornos da insulina. Aumenta em 1,5 vezes a mortalidade geral e 2,5 vezes a mortalidade cardiovascular, pelo que se pensa ser a principal causa de morte a nível mundial. (I-Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005)

O diagnóstico da SM varia de acordo com a população e os critérios utilizados para avaliação.

O critério mais utilizado é o NCEP-ATPIII (*National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*), nas quais a síndrome é caracterizada pela associação de factores de risco, na sua maioria modificáveis, precursores principalmente de diabetes *mellitus* tipo 2 e de doenças cardiovasculares, tais como a obesidade abdominal, elevados níveis de triglicéridos, baixos níveis de HDL-colesterol, hipertensão arterial e, interligando-se a estas alterações metabólicas, está a resistência à insulina.

As evidências sugerem que o risco cardiovascular está associado com a esquizofrenia por si só e/ou com os antipsicóticos, principalmente os mais novos (Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes, 2004).

Estudos recentes de vários países sugerem que pacientes com esquizofrenia apresentam alta prevalência dos componentes da síndrome metabólica, bem maior do que a população em geral, sendo que sua prevalência varia, aproximadamente, entre 19% a 63% (Quadro 12) (Heiskanen, Niskanen, Lyytikäinen, Saarinen e Hintikka., 2003; Bobes Arango, Carmena, Garcia-Garcia & Rejas., 2007).

Quadro 12 - Prevalência da Síndrome Metabólica, em pacientes esquizofrênicos, de acordo com o critério NCEP (Heiskanen, Niskanen, Lyytikäinen, Saarinen & Hintikka., 2003; Bobes Arango, Carmena, Garcia-Garcia & Rejas., 2007).

Prevalência da Síndrome Metabólica, em pacientes esquizofrênicos, de acordo com o critério NCEP					
Autor	Ano	Número	Amostra	País	Prevalência (%)
Heskanen et al.	2003	35	A	Finlândia	37,1
Basu et al.	2004	33	A	EUA	42,4
Cohn et al.	2004	240	A+H	Canadá	44,7
Kato et al.	2004	48	A	EUA	63,0
McEvoy et al.	2005	689	A	EUA	49,0
Saari K.M. et al.	2005	31	A	Finlândia	19,0
De Hert M. et al	2006	430	A	Bélgica	24,8
Meyer . et al	2006	80	A	EUA	48,8
Bobes J. et al	2007	1452	A	Espanha	24,6

A = Ambulatório; A+ H = Ambulatório e Hospital

Apesar da falta de clareza em relação à causa dessas alterações físicas, se decorrentes da própria doença e/ou do tratamento, a obesidade e suas mortes associadas são um achado comum entre os pacientes esquizofrênicos.

Estes parecem também apresentar um risco aumentado para o desenvolvimento de alterações clínicas relacionadas à obesidade, como diabetes e doença cardiovascular (Allison et al., 1999), mesmo antes do uso de antipsicóticos, embora a utilização destes aumente ainda mais o risco.

Hoje em dia o dilema clínico, relativamente aos pacientes esquizofrénicos obesos e àqueles com síndrome metabólica, põe-se em como determinar a melhor estratégia para a promoção da perda de peso e limitar as consequências adversas à saúde relacionadas com estas condições.

Diversos trabalhos científicos têm avaliado o papel da prática da actividade física em indivíduos com transtornos psiquiátricos, sugerindo um aumento na qualidade de vida e bem-estar como consequência positiva do exercício físico. (Penedo & Dahn, 2005)

No caso de os pacientes apresentarem um aumento de peso de 5% ou mais, em qualquer altura do período de tratamento com drogas antipsicóticas, é recomendado pelos especialistas uma intervenção para perda de peso onde deve estar incluída, além da dieta, o exercício físico.

Diante de tantos efeitos secundários, com alto potencial de morbilidade e mortalidade, seria de colocar em dúvida se não seria mais seguro o uso de antipsicóticos típicos. Segundo Geddes, Freemantla, Harisson e Bebbington (2000), o benefício primordial dos antipsicóticos atípicos é o de reduzir os efeitos colaterais. A diminuição dos sintomas extrapiramidais aumentou notavelmente a adesão à medicação. Aliado a este factor verifica-se uma melhoria na qualidade de vida, devido a um maior controlo sobre os sintomas positivos e negativos; uma melhoria geral na cognição e consequente progresso na adaptação social e profissional; uma melhor eficácia em pacientes resistentes e a diminuição nas taxas de suicídio, quando comparados aos antipsicóticos típicos (Meltzer, 2001).

Os objectivos de um programa de tratamento, dado que ainda não existe cura para a esquizofrenia, são aliviar o sofrimento do paciente e reintegrá-lo socialmente. A terapia deve estimular modificações do comportamento de forma a ajudar o paciente a desenvolver habilidades sociais.

Fica claro que os benefícios do exercício físico vão além dos tradicionais efeitos sobre os sistemas cardiovasculares, respiratório e muscular. No entanto, e apesar destas evidências, é ainda notória a relutância de alguns profissionais de saúde mental em orientar os seus pacientes para a realização de exercício físico como tratamento coadjuvante.

2.3. Avaliação na Perturbação Mental

2.3.1. Evolução dos Instrumentos de Avaliação

Desde o século 5 a.C., na Grécia antiga, que Hipócrates procurou criar um sistema de classificação para as perturbações mentais. Na época utilizou palavras como histeria, mania e melancolia para caracterizar algumas dessas doenças.

No decorrer dos séculos seguintes foram sendo incorporados diferentes termos na cultura médica, tais como loucura circular, catatonia, hebefrenia, paranóia, etc. No entanto, foi com os estudos de Emil Kraepelin (1856-1926) que surgiu o primeiro sistema de classificação abrangente e de cunho verdadeiramente científico. Este sistema reunia diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce – que Bleuler designou mais tarde por esquizofrenia – assim como outros transtornos psicóticos, tendo-os separado do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva (Matos, Matos & Matos, 2005).

A classificação, em qualquer ciência, é fundamental. Segundo Spitzer e Williams (1985), classificação é o processo pelo qual a complexidade dos fenómenos é reduzida pelo facto de serem ordenados em categorias de acordo com critérios estabelecidos para um ou mais fins.

Em psiquiatria a classificação tem i) um valor prático, ao possibilitar a utilização de uma linguagem comum entre profissionais, sendo atribuído um nome ao conjunto de características de um quadro clínico; ii) tenta definir o curso natural desses quadros, fornecendo indicações para o prognóstico e tratamento; e iii) fornece a possibilidade de investigação das causas (Williams, 1944).

A psiquiatria tem, como peculiaridade e em comparação com as outras especialidades médicas, o facto de ser obrigada a ver a personalidade única do paciente em vez das consequências normais e impessoais de agentes nocivos típicos (Bleuler, 1985).

Os profissionais de saúde, no sentido de definirem metas específicas de tratamento e promoverem intervenções mais efectivas, procuram avaliar de forma sistemática os vários aspectos da saúde dos seus pacientes (Guccione, 1991; Haley, Coster & Blinda-Sundberg, 1994).

Para que esta sistematização seja possível é indispensável a implementação de medidas e testes objectivos, padronizados e rigorosos. A prática clínica serve-se cada vez mais do conceito de escalas de medida, resultando no abandono de avaliações subjectivas, sujeitas a parâmetros individuais de apreciação (Sampaio, Mancini & Fonseca, 2002).

No entanto, de acordo com Harrison et al. (2006, p. 12), “muitas perturbações mentais são diagnosticadas com base na anamnese, e muitos tratamentos fundamentam-se na escuta e no diálogo com o doente”. Segundo estes autores, a avaliação psiquiátrica possibilita a recolha de informações que irá permitir o estabelecimento do diagnóstico e do contexto. A recolha das informações necessárias pode ser feita através da história e do exame do estado mental do paciente (características aparentes durante o exame ou, como acontece na prática, sintomas recentes), sendo, por vezes, também necessária a realização de exame físico e análises laboratoriais.

Ao contrário do que ocorre na avaliação médica geral, na avaliação psiquiátrica existe uma sobreposição entre os componentes (Figura 1)



Figura 1: Comparação entre avaliação médica geral e psiquiátrica (Harrison et al, 2006).

De acordo com os mesmos autores será, então, a partir desta avaliação psiquiátrica que se realiza o diagnóstico, de acordo com as escalas CID-10 ou DSM-IV.

A esquizofrenia apresenta um vasto leque de desafios dada a natureza específicas das suas necessidades (Caldas de Almeida, 1997; Caldas de Almeida & Xavier, 1997).

Embora não seja a perturbação mental mais comum, esta perturbação tem estado, desde sempre, no âmago da psiquiatria, sendo responsável por uma grande proporção da morbilidade psiquiátrica e do trabalho desenvolvido nos serviços de Psiquiatria (Harrison et al., 2006). Daí a necessidade da utilização de escalas que permitam estabelecer classificações fundadas em critérios confiáveis entre os examinadores, através dos quais se chegue a um diagnóstico válido (Daker, 1994).

Os sintomas de primeira linha, estabelecidos por Kurt Schneider (1887-1967), seriam característicos da esquizofrenia, sendo considerados de primeira linha pela sua utilidade para identificação da esquizofrenia, permitindo um diagnóstico mais válido e fiável.

Os sintomas de primeira linha de Schneider foram utilizados na classificação da Associação Americana de Psiquiatria, na sua última revisão, em 1994, através do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) e, igualmente, na última edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), da Organização Mundial de Saúde

A CID-8 foi revista e substituída pela CID-9 que foi publicada e adoptada pelos estados membros, em 1975.

A 1 de Janeiro de 1980, a CID-9 começou a ser utilizada em Portugal, para efeitos estatísticos.

Em 1992 é publicada a sua 10ª revisão, a CID-10. É apresentada desde 1997 como tendo um sistema multiaxial com 3 Eixos, conforme se pode ver no Quadro 13, procurando aproximar conceitos fenomenológicos, psicanalíticos e socioculturais (OMS, 2005b).

Quadro 13: CID-10 - Sistema multiaxial com 3 eixos (OMS, 2005b).

CID-10		
Eixo I	Eixo II	Eixo III
Transtornos clínicos: Transtornos mentais e condições médicas gerais.	Incapacidades: Nos cuidados pessoais, com a família, no funcionamento ocupacional e social mais amplo.	Factores contextuais: Problemas interpessoais, ambientais e outros psicossociais.

Também a Associação Americana de Psiquiatria tem procurado melhorar a classificação das perturbações mentais através de revisões do DSM, com a quarta edição publicada em 2002 (DSM-IV-TR).

As duas classificações, embora utilizando critérios não totalmente idênticos, fazem a distinção entre os vários tipos de psicoses e esquizofrenias, sendo dada mais importância ao desenvolvimento e ao défice funcional, pelo DSM-IV-TR, e aos sintomas de primeira linha de Kurt Schneider, na CID-10.

O DSM-IV apresenta normas para a definição da esquizofrenia, incluindo três grupos de critérios: sintomas, critérios evolutivos e critérios de exclusão. Estes padrões normativos facilitam o diagnóstico da perturbação, embora esta seja, reconhecidamente, um desafio para as instituições psiquiátricas (Caldas de Almeida, 1997; Caldas de Almeida & Xavier, 1997), quer pela especificidade das suas necessidades (clínicas, funcionais, autonomia, competências sociais) quer pelas dificuldades com que as próprias instituições se debatem a nível da capacidade de intervenção terapêutica (reabilitação, integração laboral, apoio à família, alternativas residenciais, etc).

A avaliação do comprometimento funcional é indispensável quando se realizam intervenções na esquizofrenia pelo que nos iremos debruçar, mais especificamente, sobre a sua avaliação. Esta pode ser feita indirectamente, através do acompanhamento do paciente nos vários aspectos ocupacionais da sua vida e/ou através da utilização de escalas. Estas permitem uma avaliação

sistematizada do paciente através da utilização de instrumentos que, devido à sua simplicidade de aplicação, se tornem exequíveis.

A preocupação com os problemas relacionados com a funcionalidade do paciente esquizofrénico, tem incentivado a elaboração de instrumentos de avaliação que permitem avaliar a gravidade e compreender as causas das perdas que o paciente apresenta em termos da actividade social (Jolley et al., 2006).

A importância de avaliar os aspectos relativos à funcionalidade dos pacientes está intimamente relacionada com a avaliação da qualidade de vida, já que este aspecto incorpora tudo o que se relaciona com a própria existência

É enorme a vantagem que o uso generalizado de escalas de avaliação traz, permitindo o controlo da evolução da performance social ao longo do tratamento, possibilitando a avaliação dos resultados da intervenção médica e, consequentemente, um melhor acompanhamento terapêutico.

Actualmente é indispensável a avaliação das intervenções realizadas, quer a nível da funcionalidade do paciente quer a nível sintomático, permitindo ajustar o planeamento das acções a desenvolver com o paciente (De Hert et al., 1999).

O trabalho desenvolvido no sentido da reabilitação, tem como objectivo auxiliar pacientes que apresentem dificuldades na realização das actividades necessárias à sua sobrevivência. A prática da reabilitação tem auxiliado na mudança da concepção da perturbação mental, pois, o capacitar as pessoas para a vida em comunidade, causa uma importante alteração no âmago do modelo de doença como um modelo de inabilidade funcional (Anthony, 1979).

A terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) introduziu importantes inovações metodológicas. Uma das novidades foi a introdução do eixo V, no seu sistema multiaxial, demonstrando uma preocupação por uma avaliação abrangente, dentro do modelo biopsicossocial. O eixo V avalia o comprometimento na funcionalidade global de pacientes psiquiátricos (OMS, 2005b) (Quadro 14).

Quadro 14 -DSM-IV - sistema multiaxial com 5 eixos (OMS, 2005b).

DSM-IV				
Eixo I	Eixo II	Eixo III	Eixo IV	Eixo V
Síndrome clínica – transtorno mental	Avaliação e os Transtornos de personalidade	Avaliação e identificação da presença de doenças físicas	Avaliações dos Stressores Psicossociais - Os stressores devem ter ocorrido no último ano.	Avaliação do Nível mais elevado de funcionamento mental do paciente no último ano

Endicott, Spitzer, Fleiss e Cohen (1976), actualizaram a Escala de Avaliação Global (EAG) que foi, posteriormente, adaptada para a escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF), utilizada para avaliar social, profissional e psicologicamente a funcionalidade de adultos

A AGF foi desenvolvida para posicionar o paciente, em termos de saúde ou doença, dentro de uma avaliação de funcionamento. Mais tarde foi revista e adequada a uma escala de avaliação global para verificação da gravidade dos transtornos psiquiátricos. Esta versão modificada foi incluída no DSM-III-R (Hilsenroth et al., 2000).

Goldman, Skodol e Lave (1992), propôs alterações na versão da escala AGF que resultaram em duas outras escalas: Avaliação Global de Funcionamento das Relações (AGFR) e Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO).

Estas escalas permitem, aos pesquisadores e clínicos, examinar domínios que são independentes de sintomas e/ou comprometimento psicológico. Tanto a AGFR como a EAFSO foram adicionadas ao DSM-IV, no apêndice B.

Para avaliação do funcionamento individual, de relacionamento com a família, amigos e outras relações importantes, é utilizada a AGFR, cuja avaliação varia entre "funcionamento adequado e favorável" e "relacionamento confuso e disfuncional". A EAFSO é utilizada, independentemente da gravidade dos sintomas psicóticos, para avaliar a inaptidão social e ocupacional, além de permitir o acompanhamento do progresso na reabilitação.

Um aspecto primordial, no tratamento da esquizofrenia, é a melhoria ao nível do funcionamento social. Daí emerge a necessidade de aperfeiçoamento dos instrumentos de avaliação desses pacientes. Uma nova escala foi desenvolvida por Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini e Pioli (2000), para avaliar a Performance Social e Pessoal (PSP), tendo utilizado como modelo a EAFSO. Esta escala permite avaliar o desenlace de funções sociais nos pacientes em processo de reabilitação ou em tratamento medicamentoso

Tendo como ponto de partida a operacionalização de critérios de diagnóstico, de estudos transculturais da OMS e de pesquisas de campo do DSM-III, hoje em dia, procura-se chegar a um diagnóstico através de classificações fundamentadas em critério credíveis.

Em 1989 o Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD), realizou a primeira edição em português da “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” (ICIDH), publicada pela OMS, a título experimental, em 1980, tendo saído em 1995, uma segunda edição portuguesa. A 22 de Maio de 2001, na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, foi aprovada a sua versão revista, para utilização nos diferentes países membros, passando a designar-se “*International Classification of Functioning, Disabilities and Health*”, conhecida por *ICF*. Em 2003 surge a versão oficial da OMS em língua portuguesa - “CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”.

Enquanto a classificação anterior se baseava nas consequências das doenças (incapacidade e deficiência) a CIF classifica, não a pessoa, mas as características da pessoa, as características do meio ambiente e a interacção entre estas, permitindo, desta forma, a descrição do estado funcional da pessoa (OMS, 2005a).

A CIF introduz uma mudança fundamental ao alterar o modelo de classificação, do modelo puramente médico para um modelo biopsicossocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana, constituindo-se numa ferramenta preciosa e com múltiplas finalidades, susceptível de uma alargada gama de utilizações.

O Governo português, dentro das Grandes Opções do Plano 2005-2009, na sua 2ª Opção “Mais e Melhor Reabilitação”, propõe a utilização da CIF como ponto de partida para o desenvolvimento de um sistema administrativo que agrupe toda a informação estatística, com o objectivo de promover uma cada vez maior igualdade de oportunidades e garantia de direitos para todos, através de uma política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação de pessoas com deficiências (OMS, 2005a).

A CIF é assim denominada devido ao facto de colocar o enfoque essencialmente na saúde e na funcionalidade e não na incapacidade, estabelecendo uma linguagem unificada e padronizada, pelo que é um quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade.

A CIF faz parte da família de classificações internacionais da OMS, cujo membro mais importante é a CID-10. A CID-10 permite o diagnóstico de doenças, de perturbações e de outras condições de saúde enquanto, como já foi referido, a CIF classifica a funcionalidade e a incapacidade ligadas às condições de saúde.

Sendo certo que quer o DSM-IV quer o CID-10 trouxeram grandes avanços para a sistematização das perturbações psiquiátricas, também é certo que apenas providenciam uma parte da informação necessária. A outra parte decorre da história do doente, da sua própria narrativa.

É sempre mais fácil definir uma abordagem terapêutica, de reabilitação, de apoio à família e, principalmente, de integração laboral e social, quando se tem uma avaliação integral do paciente.

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

Segundo Ballone (2003), o diagnóstico psiquiátrico é mais complexo do que em outras áreas, visto que os sintomas mentais se expressam através de comportamentos, cognição e sentimentos subjectivos e difíceis de quantificar

No entanto, o estabelecimento correcto do diagnóstico é de vital importância pois, só assim, é possível estabelecer a acção terapêutica

adequada, já que vários transtornos mentais podem estar associados ou mesmo ser confundidos e portanto, tratados de forma incorrecta. Um diagnóstico incorrecto produz uma consequente ineficácia de tratamento.

De acordo com Paim (1990), um diagnóstico precoce da esquizofrenia, e o respectivo tratamento, podem modificar de forma favorável o seu curso.

O PECC (*Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers*) é um instrumento desenvolvido por Marc de Hert e seus colaboradores, para avaliação de pacientes psicóticos, que permite agilizar o processo de diagnóstico contribuindo, assim, para um bom encaminhamento e tratamento do paciente. Trata-se de um instrumento validado e já publicado em várias línguas, de acordo com o Quadro 15, e que, dada a sua relevância, importa estar disponível também numa versão em língua portuguesa.

Quadro 15: Publicações relacionadas com o PECC (Adaptado de Katholieke Universiteit – Leuven, 2009)

Data de edição	Título	Colaboradores
1999	PECC, Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados.	De Hert, Marc; Bussels, J; Lindstrom, E; Abrahams, F; Franssen, C; Peuskens, Joseph
1999	PECC, Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados (Edição em francês)	De Hert, Marc; Bussels, J; Lindstrom, E; Abrahams, F; Franssen, C; Peuskens, Joseph
1999	PECC, Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados. (Edição em inglês)	De Hert, Marc; Bussels, J; Lindstrom, E; Abrahams, F; Franssen, C; Peuskens, Joseph
1999 (3 edições)	Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados, PECC, Desenvolvimento e validação	De Hert, Marc; Abrahams, F; Franssen, C; Bussels, J; Lindstrom, E; Peuskens, Joseph
1999	Desenvolvimento e Validação do PECC - Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados.	De Hert, Marc; Abrahams, F; Franssen, L; Bussels, J; Lindstrom, E; Peuskens, Joseph
1999	Uso do PECC na avaliação naturalística de pacientes esquizofrénicos na Bélgica	De Hert, Marc; Bussels, J; Peuskens, Joseph
2000 2001	PECC, Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados.	De Hert, Marc; Thys, E; Wampers, M; Bussels, J; Peuskens, Joseph
2000 2002	Validação entre escalas do PECC, Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados.	De Hert, Marc; Wampers, M; Lindström, E; Thys, E; Peuskens, Joseph
2002	Principal componente de análise de sintomas psicóticos, de acordo com avaliação realizada com o PECC (Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular de prestadores de cuidados)	Peuskens, Joseph; De Hert, Marc; Wampers, M
2002	Estudo para validação do PECC (Instrumento de Avaliação de psicoses para utilização regular dos prestadores de cuidados): Validação entre escalas e Fiabilidade entre avaliações	De Hert, Marc; Wampers, M; Thys, E; Wieselgren, IM; Lindstrom, E; Peuskens, Joseph

Embora haja vários instrumentos que podem dar uma ideia geral da funcionalidade global dos pacientes ou focam um aspecto específico da sintomatologia ou capacidade funcional, não permitem uma avaliação integral. Além do mais, não se mostram apropriados para utilização diária por enfermeiros e outros prestadores de cuidados.

O PECC permite que vários domínios – que são importantes tanto para o paciente como para o planeamento e avaliação das intervenções – sejam avaliados correcta e longitudinalmente (De Hert et al., 2002).

O ponto de partida para o desenvolvimento desta ferramenta foi o trabalho realizado na Suécia, sob supervisão de Eva Lindström que, baseando-se na “Escala de Avaliação dos Sintomas Positivos e Negativos” (*Positive and Negative Syndrome Scale* - PANSS), (Kay, 1991; Kay & Sevy, 1990, Kay, Fiszbein & Opler., 1987), desenvolveu a primeira “Lista de Verificação para avaliação do tratamento em sintomas esquizofrénicos” (*Checklist for assessment of treatment in schizophrenic symptom*) (Lindström et al., 1997). Esta assenta num modelo de cinco factores que concorrem para os sintomas da psicose esquizofrénica: sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas depressivos, sintomas excitatórios e sintomas cognitivos.

O PECC apresenta algumas diferenças relativamente a este instrumento, tendo sido acrescentados ou retirados alguns itens. Os cinco grupos de sintomas anteriormente mencionados estão cobertos pelo PECC que avalia também aspectos ligados à consciência que o próprio paciente tem dos seus sintomas e compreensão da doença (*insight*) e ao comportamento suicida. Em comparação com a *Checklist*, o PECC permite a avaliação de um maior número de efeitos secundários, que podem relacionar-se com a medicação e que se dividem em quatro classes distintas: extrapiramidais (4 itens), anticolinérgicas (6 itens), hormonais (3 itens) e outros (7 itens). Este instrumento salvaguarda ainda a avaliação dos primeiros sinais de alerta assim como as actividades do quotidiano, substituindo, no entanto, a avaliação feita à qualidade de vida por itens relacionados com os objectivos pessoais (De Hert et al., 2002).

No total o PECC abarca seis domínios: sintomas (20+3 itens), efeitos secundários (20 itens), primeiros sinais de alerta (5 itens), factores de stresse psicossocial (5 itens), actividades do quotidiano (5 itens), objectivos pessoais (5 itens).

Procurando facilitar o processo de avaliação dos sintomas foi desenvolvida uma entrevista específica onde se utiliza uma escala de 7 pontos, na maior parte dos sintomas, ou uma escala de 4 pontos, para as demais avaliações, em oposição à escala visual análoga de 7 cm utilizada pelo PANSS.

Para a validação do PECC foi comparada a avaliação dos sintomas realizada com este instrumento, com a pontuação obtida utilizando o PANSS. Foram realizadas, por enfermeiros psiquiátricos, entrevistas a 30 pacientes, provenientes de dois hospitais psiquiátricos que utilizavam os critérios DSM-IV para a esquizofrenia (70%) ou desordem esquizoafectiva (30%). A correlação entre as escalas, relativamente à avaliação dos sintomas, foi $> 0,8$, tendo sido considerada satisfatória. Apenas 4 itens atingiram um coeficiente de correlação inferior (dificuldades de relacionamento, falta de cooperação, desorganização conceptual e défice de atenção), embora também para estes itens a correlação tenha um nível aceitável. Relativamente aos outros itens, os avaliadores concordaram na avaliação em mais de 90% dos casos, com a excepção da avaliação relativa à falta de cooperação e desorganização conceptual.

Para avaliação da fiabilidade inter-juizes, um grupo de 90 enfermeiros, de 7 hospitais psiquiátricos, realizaram um treino de aplicação do PECC por um período de 3 meses, após os quais realizaram a avaliação de duas entrevistas filmadas. Os resultados obtidos pela aplicação do PECC foram, então, comparados aos resultados obtidos pela aplicação da PANSS. Os resultados indicaram uma boa fiabilidade entre os avaliadores, nas duas entrevistas filmadas.

A validação da avaliação dos efeitos secundários do PECC foi realizada por comparação com outro instrumento válido (já que a PANSS não avalia este item), tendo sido utilizada a Escala de Avaliação dos Efeitos Secundários Extra-piramidais (ESRS - *Extra-Pyramidal Side-Effect Scale*). Verificou-se um

alto nível de concordância entre avaliações, sendo superior a 80% para todos os sintomas. (De Hert et al., 2002).

A utilização do PECC apresenta algumas vantagens, relativamente à utilização da PANSS, nomeadamente a facilidade de utilização, pelo facto de se servir de regras gerais de classificação semelhantes para todos os itens. Outro aspecto importante está relacionado com o facto de não se limitar a avaliar sintomas psicóticos, como acontece com a PANSS, alargando a sua acção de avaliação para os efeitos secundários, permitindo, desta forma, uma avaliação mais completa da situação clínica do paciente. É também dada importância a aspectos relevantes, tais como factores de stress e objectivos pessoais do doente. Uma outra grande vantagem na aplicação deste instrumento, está ligada à facilidade da sua utilização no trabalho diário com os pacientes, que conduz, consequentemente, à sua aplicação regular. A utilização da versão computadorizada permite o armazenamento de dados, não só para análise médica posterior, mas também para utilização em futuros estudos científicos (De Hert et al., 2002).

Segundo o mesmo autor, a avaliação deve ser encarada como parte integrante do tratamento, sendo um processo em que as informações, sobre o paciente e o envolvimento, são recolhidas de forma contínua e gradual. A utilização deste instrumento, uma vez que a sua aplicação pode ser realizada por diferentes profissionais que compõem as equipas terapêuticas e de reabilitação, irá permitir o ajuste, sempre que necessário e de forma atempada, da intervenção. De Hert encara como indivisível a avaliação, o tratamento e o apoio realizado ao paciente.

Também Sá Junior e Souza (2007), são da opinião que o trabalho em saúde mental deve assentar numa equipa multidisciplinar, indo de encontro ao conceito de reabilitação biopsicossocial.

A prevalência da esquizofrenia aponta para a relevância deste instrumento já que o tratamento está intimamente ligado ao correcto diagnóstico e compreensão da doença.

III. Estudo – Tradução e Adaptação Linguística e Cultural, da Entrevista e Folha de Resultados do PECC – “*Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers*” (Marc De Hert, Jan Bussels, Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Jozef Peuskens, 1999), à realidade portuguesa.

III. Estudo: Tradução e Adaptação Linguística e Cultural, da Entrevista e Folha de Resultados do PECC – “*Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers*” (Marc De Hert, Jan Bussels, Eva Lindström, Franci Abrahams, Christine Fransens & Jozef Peuskens, 1999), à realidade portuguesa.

3.1. Introdução

Banville (2000) refere o impacto que a escalada de diversidade cultural tem tido na sociedade actual, sendo que, no meio científico, um dos impactos se prende com a necessidade de tradução de instrumentos.

A revisão da literatura realizada, permitiu-nos reconhecer a importância da avaliação no diagnóstico e acompanhamento terapêutico e de reinserção social das pessoas com perturbações psíquicas. Dado que os instrumentos existentes são, essencialmente, de utilização médica, considerámos pertinente a tradução e adaptação linguística e cultural do PECC - *Psychosis Evaluation Tool for Common use by Caregivers* que, pelas suas características, permite uma utilização sistemática pelos prestadores de cuidados que contactam directamente com esta população.

Para a adaptação cultural de um instrumento existem dois passos fundamentais: a avaliação das equivalências conceptuais linguísticas e a avaliação das equivalências psicométricas (sensibilidade, fiabilidade e validade funcional). Só se pode considerar existir equivalência cultural após realizadas estas duas etapas (Ribeiro, 1999, Almeida & Freire, 2000, Hill & Hill, 2005).

Ao se fazer uma tradução e adaptação cultural surgem, frequentemente, problemas inerentes à dificuldade em compatibilizar dois sistemas linguísticos diferentes.

A tradução e adaptação cultural de um documento são actos de comunicação que implicam conhecimentos linguísticos e extra-linguísticos. Qualquer tradução tem de ter em consideração, quer os destinatários quer o contexto social a que se destina, sem, no entanto, perder o sentido e visão do autor (Gonçalves & Torres, 1998).

Este estudo visa a realização do primeiro passo no processo de validação deste instrumento, através da sua adaptação linguística e cultural à realidade portuguesa.

3.2. Objectivos

3.2.1. Objectivo Geral

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

3.2.2. Objectivos Específicos

- Traduzir a Entrevista e a Folha de Resultado do instrumento *PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* para a língua portuguesa.
- Adaptar linguística e culturalmente a Entrevista e a Folha de Resultados do instrumento *PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* à realidade portuguesa.
-

3.3. Procedimentos Metodológicos

A tradução de um instrumento visa a equivalência funcional do mesmo, indo além da tradução literal, que pode levar à perda de coerência no significado dos conceitos entre as duas línguas. Tanto a tradução como a

adaptação devem considerar as diferenças culturais e linguísticas entre as populações envolvidas (Geisinger, 1994).

No sentido de se respeitar os direitos de autor do PECC foi solicitada autorização, para a realização da tradução e adaptação cultural deste instrumento, ao seu autor Marc De Hert (Anexo I).

Deste estudo faz parte a tradução e adaptação cultural, para Portugal, da Entrevista do instrumento PECC assim como da respectiva Folha de Resultados.

A tradução para português foi realizada por duas tradutoras independentes tendo, posteriormente, sido efectuada uma análise e comparação entre estas traduções até se chegar a uma primeira versão traduzida.

O processo de tradução foi realizado de acordo com processos técnicos que permitem, de acordo com Vilela e Barros (2000), ultrapassar as diferenças estruturais e metalinguísticas, nomeadamente empréstimo, equivalência, naturalização, decalque, tradução literal, transposição, modulação, expansão e redução.

Esta versão foi então sujeita a análise por um painel de peritos constituída por um psiquiatra, três psicólogas e três peritos em Actividade Física Adaptada (Anexo II). Estava ainda previsto o contributo da equipa multidisciplinar do Centro Hospitalar Conde Ferreira, mas dadas as limitações temporais, tal não foi possível (Anexo III).

Estes peritos realizaram a verificação da terminologia específica e rigor da tradução. Da versão que reunia mais consenso resultou a versão pré-final em português da entrevista do PECC.

Após cumprida esta fase, um tradutor independente, fez a sua retroversão para a língua inglesa. A retroversão daí resultante foi sujeita a análise tendo, posteriormente, sido encaminhada ao autor, no sentido de verificar a equivalência linguística e de conteúdo.

A correcção linguística do documento pré-final foi, seguidamente, realizada por um profissional com vasta experiência nesta área.

Como produto deste processo, e com o acordo de todos os elementos envolvidos, surgiu a versão final da entrevista do PECC e respectiva Folha de Resultados, adaptados à cultura portuguesa.

3.4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Dado que o PECC (Anexos IV e V) foi concebido num enquadramento diferente da cultura portuguesa, deve ser adaptado de forma a respeitar as características específicas da mesma, já que, segundo Maia e Fonseca (1999), a validade de um instrumento num dado contexto não implica que o seja também num outro contexto.

A versão final da Entrevista e Folha de Resultados do PECC, em língua portuguesa (Anexos VI e VII) é consequência dos seguintes resultados:

O nome do instrumento, PECC - *Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers*, foi, inicialmente, traduzido para “Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular pelos Prestadores de Cuidados” mas, dado que “prestadores de cuidados” representa, nesta frase, o sujeito da acção passiva, alterou-se para “Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular dos Prestadores de Cuidados”, segundo o consenso de todos os intervenientes. No entanto, por uma questão de identificação do instrumento, a nível internacional e de pesquisa, optou-se por manter as iniciais do nome em inglês.

Da análise efectuada às duas traduções iniciais resultaram algumas dúvidas relativamente à equivalência linguística de certos termos e expressões. Tendo em conta a opinião do painel de peritos fizeram-se as opções que se consideram mais adequadas, no sentido de manter um significado idêntico ao original.

Procurando esclarecer algumas das opções tomadas e indo ao encontro dos processos técnicos mais relevantes propostos por Vilela e Barros (2000), apresentamos, em seguida, um quadro exemplificativo (Quadro 16).

Quadro 16: Processos técnicos de tradução.

Processo	Explicação	Exemplos no PECC
Empréstimo	Não se realiza a tradução da palavra da língua de partida, geralmente devido à ausência de equivalente na língua de chegada.	- Nomes de pessoas - Marc de Hert - Neologismos técnicos – “ <i>Insight</i> ” - Nome do instrumento – PECC
Equivalência	Mantém-se o conteúdo, não havendo, no entanto, qualquer semelhança linguística entre as duas línguas.	Expressões idiomáticas, provérbios: <i>One swallow does not make a summer</i> - Por morrer uma andorinha, não se acaba a Primavera.
Naturalização	Adaptação de uma palavra da língua de partida à ortografia da língua de chegada.	<i>Parkinsonism</i> – Parkinsonismo
Decalque	Substituição dos elementos de uma língua por elementos de outra.	<i>Weekend</i> – fim-de-semana
Tradução literal	Verifica-se, neste caso, uma correspondência em termos de conteúdo e de forma entre as línguas.	<i>Lack of co-operation</i> – Falta de cooperação
Transposição	Processo em que se realiza uma mudança estrutural (gramatical) da língua de partida para a língua de chegada, embora o sentido se mantenha.	<i>PECC is a recently developed tool</i> – PECC é uma ferramenta recentemente desenvolvida.
Modulação	Quando a mensagem não “soa” natural, deve ser transmitida sob uma perspectiva diferente.	<i>Highest degree of Education</i> – Formação Académica
Adaptação	Uso de um equivalente na língua de chegada, sempre que se verificam diferenças culturais entre as duas línguas	<i>Caregivers</i> – prestadores de cuidados
Redução	Omissão de palavras de uma frase.	<i>How often have you had a feeling of anxiety?</i> - Com que frequência sentiu ansiedade?
Expansão	Introdução de novos elementos na frase	<i>Total admissions</i> – número total de internamentos

Os mesmos autores referem existirem outros processos de tradução que se utilizam intuitivamente em algumas situações, com o intento de transmitir a mensagem de forma mais natural e clara.

Na opinião de Geisinger (1994), por vezes um instrumento pode ser traduzido e adaptado questão a questão; outras vezes deve ser feita uma tradução e adaptação em termos conceptuais. O resultado deve adaptar-se culturalmente, para ter um sentido semelhante e comparável ao que o item teria, caso fosse respondido por um indivíduo da população original.

Assim, na parte da entrevista do PECC que avalia a capacidade de interpretação através da utilização de expressões, provérbios e ditados populares, foi necessário um cuidado especial, no sentido de se manter a equivalência do significado dos mesmos. Alguns tinham o seu análogo na língua portuguesa, pelo que não apresentaram problemas ao nível da tradução.

Nos restantes casos procurámos expressões, provérbios e ditados populares portugueses que fossem de encontro ao sentido conceptual dos originais, de acordo com a opinião do painel de peritos.

As duas traduções, realizadas de forma independente, foram comparadas e analisadas, tendo daí resultado os termos traduzidos e adaptados para português, enumerados no seguinte quadro (Quadro 17):

Quadro 17: Equivalências linguísticas e versão final de tradução.

Termo/frase em Inglês	Duas Traduções	Versão Final
<i>Unusual thought content</i>	Perturbações do pensamento Vs Ideias Bizarrias	Perturbações do pensamento
<i>Grandiosity</i>	Grandeza Vs Megalomania	Grandeza
<i>Motor retardation</i>	Lentidão psicomotora Vs Pobreza psicomotora	Lentidão psicomotora
<i>Conceptual disorganization</i>	Desorganização conceptual vs Desorganização conceitual	Desorganização conceptual
<i>Insight in disease</i>	<i>Insight</i> vs Compreensão da doença	<i>Insight</i>
<i>tools</i>	Ferramentas vs Instrumentos	(ambas)
<i>functioning</i>	Funcionalidade vs Funcionamento	Funcionalidade
<i>Reasoning</i>	Raciocínio vs Poder de interpretação	Poder de interpretação
<i>Blunted affect</i>	Embotamento afectivo vs Embotamento	Embotamento afectivo
<i>Activities of daily life</i>	Actividades do quotidiano vs Actividades diárias	Actividades do quotidiano
<i>Caregivers</i>	Prestadores de cuidados vs Cuidadores	Prestadores de cuidados
<i>Past week</i>	Semana passada vs Semana anterior	(ambos)
<i>Scoring Sheet</i>	folha de avaliação vs folha de Resultados	Folha de Resultados
<i>Assessment</i>	Classificação vs Avaliação	Classificação
<i>Burden</i>	Carga Vs Fardo	Carga

Da análise do quadro 17 destacam-se as seguintes observações:

- Relativamente à expressão “*insight in disease*”, adoptou-se o termo “*Insight*”, por se tratar da terminologia utilizada em Portugal, no contexto da psiquiatria clínica.
- Para o termo “*tools*”, foram usadas, ao longo do documento, as duas versões resultantes das traduções, “ferramenta” e “instrumento”, por ambas se adequarem ao sentido pretendido.
- O termo “*assessment*” foi traduzido para “classificação”, já que surgia, por vezes, associado ao termo “*evaluation*”, traduzido para “avaliação”.
- O termo “*grandiosity*” foi traduzido para “grandeza” uma vez que este é o termo normalmente utilizado, quando associado a delírios psicóticos (embora se utilize o termo “megomania” em outras situações clínicas).
- Para a expressão “*last week*” adoptaram-se duas expressões em língua portuguesa, “semana anterior” e “semana passada”, de acordo com a utilização regular de ambas as expressões na nossa língua, tendo em conta o enquadramento semântico na frase.
- O termo “*reasoning*” foi traduzido para “poder de interpretação” pois refere-se à capacidade do paciente analisar e decifrar ditados populares e provérbios, isto é, de os interpretar.
- O nome atribuído à “Folha de Resultados”, fruto da tradução da expressão “*Scoring Sheet*”, advém do facto de que, embora a finalidade seja a avaliação do paciente, se utilizar uma escala numérica para tal.

Após a análise da comparação entre o original e a versão retro-traduzida, indo de encontro com a opinião de Geisinger (1994), para quem a retro-tradução pode ajudar a garantir a similaridade de sentido entre linguagens, foram realizadas algumas adaptações linguísticas no sentido de se obter a equivalência semântica e funcional do instrumento, daí resultando a versão pré-final do documento.

Embora se tenha averiguado que a versão retro-traduzida, (Anexos VIII e IX), mantinha o conteúdo original, verificaram-se algumas adaptações

linguísticas, tanto na Folha de Resultados como na Entrevista, como se pode ver, respectivamente, nos quadros 18 e 19:

Folha de Resultados

Quadro 18: Resultado da análise da retroversão da Folha de Resultados.

Termo/frase em Inglês, na versão original	Termo/frase equivalente, em língua portuguesa, na versão final
<i>Personal details</i>	Dados Pessoais
<i>Living environment before admission</i>	Meio ambiente antes do internamento
<i>First admission (ever) for psychic disease</i>	Primeiro internamento por doença psiquiátrica
<i>Total admissions</i>	Nº total de internamentos
<i>Total length of stay</i>	Tempo total de internamento
<i>Datum Last admission in ward/hospital</i>	Data do ultimo internamento
<i>Suicidal attempts in the past?</i>	Tentativas anteriores de suicídio?
<i>High lethal suicidal attempts in the past?</i>	Tentativas anteriores graves de suicídio?
<i>Ever a forced admission in the past?</i>	Algum internamento forçado no passado?
<i>Did the patient have an aggressive behaviour in the past?</i>	O paciente já apresentou comportamento agressivo no passado?
<i>Automutilation</i>	Automutilação
<i>How serious is the problem at present, taking your specific knowledge of this population into account?</i>	Tendo em conta o seu conhecimento específico deste tipo de pacientes, qual o grau de gravidade do problema, neste momento?

Entrevista

Quadro 19: Resultado da análise da retroversão da Entrevista

Termo/frase em Inglês, na versão original	Termo/frase equivalente, em língua portuguesa, na versão final
<i>Anchor points</i>	Conceitos- chave
<i>thoughts that have been uppermost.</i>	pensamentos mais recorrentes
<i>you have no confidence</i>	não confia
<i>finishing jobs.</i>	finalizar determinadas tarefas
<i>get going</i>	Iniciar alguma actividade
<i>dejected</i>	infeliz e desiludido
<i>feel unpleasant tingling sensations</i>	sente uma sensação desagradável de formigueiro

Da apreciação dos quadros 18 e 19 podemos destacar as observações seguintes:

- O termo “*admission*” foi alterado de “admissão” para “internamento”, em todos os itens, uma vez que a primeira hipótese teria que estar associada a um nome (ex: admissão no Hospital), sendo que a palavra “internamento” remete automaticamente para Instituição Hospitalar.
- Na expressão “*First admission (ever) for psychic disease*”, retirou-se o termo “*ever*” – “desde sempre”, dado se ter considerado implícito na expressão “primeiro internamento”.
- Na expressão “*How serious is the problem at present, taking your specific knowledge of this population into account?*”, a expressão “desta população”, foi substituída pela “deste tipo de pacientes”, por se tratar de uma entrevista presencial, onde faz sentido personalizar, o mais possível, a terminologia.
- A adaptação linguística de “*anchor-points*”, inicialmente traduzida para “pontos-chave”, resultou no termo “conceitos-chave”, por ser mais abrangente.
- Foi utilizada a expressão “determinadas tarefas”, para o termo “*jobs*” em inglês, uma vez que, neste caso, a tradução para “trabalho” poderia induzir em erro, por confusão com “emprego”.
- O painel de peritos concordou com a utilização da expressão “infeliz e desiludido”, para o termo “*dejected*”, por explicitar melhor o estado de espírito que se pretende, por oposição a “desanimado”.
- A expressão “*feel unpleasant tingling sensations*”, inicialmente traduzido para “sente sensações desagradáveis, como prurido”, foi alterada para “sente uma sensação desagradável de formigueiro”, procurando, desta forma, tornar a linguagem mais acessível ao paciente.

Esta versão da Entrevista e Folha de Resultados, obteve a concordância do painel de peritos, relativamente à adaptação linguística e cultural tendo, posteriormente, sido encaminhada ao autor do documento, para verificação da coerência de conteúdo relativamente ao original.

A apreciação da versão retro-traduzida, realizada pelo autor do instrumento, Marc De Hert, confirmou a equivalência de conteúdos, havendo, no entanto, algumas alterações pontuais, ilustradas nos quadros 20 e 21.

Quadro 20: Resultado da análise da retroversão da Escala de Avaliação do grau de gravidade do problema do paciente, realizada pelo autor do instrumento, Marc De Hert.

Original em Inglês	<i>Not ill</i>	<i>Very limited</i>	<i>Limited</i>	<i>Moderate</i>	<i>Outspoken</i>	<i>Serious</i>	<i>Very serious</i>
1ª Versão traduzida	Não está doente	Muito pouco grave	Pouco grave	Moderado	Explícito	Grave	Muito grave
Retro-tradução	<i>Not ill</i>	<i>Very slightly serious</i>	<i>Slightly serious</i>	<i>Moderate</i>	<i>Explicit</i>	<i>Serious</i>	<i>Very serious</i>
Versão Final em Português	Não está doente	Muito pouco grave	Pouco grave	Gravidade moderada	Grave	Muito Grave	Extremamente grave

Quadro 21: Resultado da análise da retroversão, realizada pelo autor do instrumento, Marc De Hert.

Original em Inglês	<i>The conviction is not such as is normally accepted by other members of the individual's cultural or subcultural group</i>
1ª Versão traduzida	Ideia falsa, da qual o/a paciente tem convicção absoluta, mas que não é normalmente aceite como tal pelos membros do grupo ou subgrupo cultural do/a paciente.
Retro-tradução	<i>Fake idea, of which the patient is absolutely sure but which is not normally accepted by other members of the individual's cultural or subcultural group</i>
Versão final em português	A ideia, da qual o/a paciente tem convicção absoluta, não vai de encontro ao que é normalmente aceite pelos membros do grupo ou subgrupo cultural do/a paciente.

Examinando os quadros 20 e 21, podemos observar os seguintes resultados:

- A escala de avaliação do grau de gravidade do problema do paciente (Folha de Resultados – Tipologia do paciente) foi identificada pelo autor, como correspondendo à Escala de Impressão Clínica Global, tendo o mesmo colocado algumas incertezas, nomeadamente quanto ao termo “*Explicit*”. De acordo com o painel de peritos, a escala deveria apresentar consistência em termos de linguagem e expressar a gravidade da perturbação em termos graduais. Assim, em conformidade com estes critérios, optou-se pela adaptação da escala na sua globalidade, substituindo os termos “moderado”, “explícito”, “grave” e “muito grave”, respectivamente por “gravidade moderada”, “grave”, “muito grave” e “extremamente grave”. Conseguiu-se, desta maneira, imprimir uma escalada de gravidade, em termos conceptuais, que não era evidente na primeira tradução.

- O autor do instrumento considerou que a tradução inicialmente feita à frase “*The conviction is not such as is normally accepted by other members of the individual's cultural or subcultural group*”, não correspondia exactamente ao sentido original. Após análise e consulta ao painel de peritos, considerou-se que a expressão “ideia falsa” não ia de encontro ao sentido do termo “*conviction*” dado impor o conceito de falsidade, não existente na versão original. Desta forma, optou-se por retirar o termo “falsa” e ajustar a frase em termos gramaticais.

A correcção linguística, realizada por um profissional da área, identificou algumas incoerências ao nível da correspondência entre o índice e o texto propriamente dito, como se pode verificar no quadro 22.

Quadro 22: Resultado da análise da correcção linguística.

Índice	Texto
5.5.1 Dificuldades no pensamento abstracto	5.5.1 Pensamento abstracto
5.5.4 Défice de atenção/alheamento	5.5.4 Défice de atenção

Embora a tradução corresponda ao que consta no documento original, considerámos importante, por uma questão de facilidade na consulta do documento, manter a concordância entre o índice e o texto. Assim optámos por utilizar o conteúdo do índice, no texto correspondente, dado incluir indicações mais específicas e completas do assunto abordado.

3.5. Conclusão

Dado que foram seguidas as linhas orientadoras, de acordo com peritos deste campo do conhecimento, para a tradução e adaptação linguística e cultural do instrumento “Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular dos Prestadores de Cuidados”, podemos considerar a versão apresentada da Entrevista e Folha de Resultados, adaptada à realidade portuguesa e equivalente, em termos semânticos e linguísticos, com o PECC original.

Deste modo podemos concluir que o trabalho apresentado constitui um contributo para a validação do *PECC – Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers* para a realidade portuguesa.

IV. Considerações Finais e Sugestões

IV. Considerações Finais e Sugestões

Para que seja possível a aplicação deste instrumento, será necessário proceder à avaliação do seu nível de fiabilidade e validade. Torna-se, então, indispensável analisar as suas propriedades psicométricas dado que, segundo Ferreira e Marques (1998), a adaptação de um instrumento, de uma cultura para outra diferente, envolve a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas e a avaliação das propriedades psicométricas.

O nosso estudo permitiu apresentar um instrumento adaptado linguística e culturalmente à língua portuguesa “Instrumento de Avaliação de Psicoses para uso Regular dos Prestadores de Cuidados”, de acordo com o exposto no Capítulo III. Assim, sugerimos que este seja submetido a procedimentos psicométricos idênticos aos realizados na versão original, no sentido de, de acordo com Bradley (1994), se realizar um processo de adaptação adequado ao contexto a que se destina.

Dadas as potencialidades deste instrumento, apresentamos ainda as seguintes sugestões:

- Aplicar este instrumento a indivíduos em fases distintas de evolução da Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.
- Realizar estudos em zonas variadas do país, no sentido de estabelecer comparações no que diz respeito às diferenças culturais existentes dentro do próprio país.
- Realizar a aplicação por diferentes prestadores de cuidados, dentro da equipa multidisciplinar, e proceder às respectivas comparações.
- Efectuar estudos utilizando diferentes bandas de idade e por género.
- Comparar resultados, obtidos pela aplicação em populações de pacientes psicóticos praticantes e não praticantes de actividade física.

V. Referências Bibliográficas

V. Referências Bibliográficas

- Allison, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Cappelleri, J. C., Infante, M. C. et al., (1999). Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1686-1696.
- Almeida Filho N., Mari J. de J., Coutinho E., Franca J. F., Fernandes J., Andreoli S. B. et al., (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171, 524-529.
- Alvarenga-Silva H, Costa C., e Teixeira Jr. A., (2000). Esquizofrenia de início na infância: uma revisão da apresentação clínica e da evolução. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 10(12), 387-393.
- Alves, A. (2003). *A imagem corporal em indivíduos esquizofrênicos*. Porto: A. Alves. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Alves, A., Silva, A., e Vasconcelos, O. (2004). Satisfação com a imagem corporal em indivíduos com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(2), 133–152.
- Alves, M. S. (2003). *Esquizofrenia, Imagem Corporal e Actividade Física – Estudo da percepção e da satisfação com a imagem corporal em indivíduos esquizofrênicos, praticantes e não praticantes de actividade física*. Porto: S. Alves. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- American Psychiatric Association (2000). *Diretrizes no Tratamento da Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- American Psychiatric Association (2002a). *Mini DSM-IV-TR – Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2002b). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Andreasen N. (1999). A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 781-787.
- Andreasen N., e Flaum M. (1994). Characteristics symptoms of schizophrenia. In A. F. Widiger, H. A. Pincus, M. B. First, R. Ross, e W. Davis (Ed.). *DSM – IV Source Book. Section III: Schizophrenia and other psychotic disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1994, pp. 351-379.
- Arieti, S. (1974). *Interpretation of Schizophrenia*. N.Y. Basic Books.
- Bahls, S, e Zacar, F. M. H. (2006). *As intervenções psicossociais no tratamento da esquizofrenia*. (Vol.2), Curitiba: RUBS. pp. 24-33.

- Ballone G.J. (2005). *Curso e Evolução da Esquizofrenia*. In PsiqWeb, Psiquiatria Geral. Consultado 16 Fev 2009, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>
- Ballone G.J. (2004). *Tratamento da Esquizofrenia*. In. PsiqWeb, Psiquiatria Geral. Consultado 16 Fev 2009, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>
- Ballone, G.J. (2003). *Diagnóstico em Psiquiatria*, In PsiqWeb, Psiquiatria Geral. Consultado 16 Fev 2009, disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/diagnostico.html>
- Banville, D., Desrosiers, P., e Genet-Volet, Y. (2000). Translating Questionnaires and Inventories Using a Cross-Cultural Translation Technique. *Human Kinetics Publishers*, 19,374-387.
- Barraclough, J., e Gill, D. (1997). *Bases da Psiquiatria moderna*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Belbenoit, G. (1974). *O Desporto na Escola*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Bento, J. O. (1991a). *Desporto, Saúde, Vida. Em defesa do Desporto*. Lisboa: Horizonte da Cultura Física.
- Bento, J. O. (1991b). Para um desporto referenciado à saúde In J. O. Bento, A Marques (Eds.), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. pp 147-155.
- Bento, J. O. (1995). *O outro lado do Desporto*. Porto: Campo das Letras.
- Bento, J. O. (1999) Contexto e Perspectivas In: J.O. Bento, R. Garcia, A. Graça (Eds.), *Contextos da Pedagogia do Desporto* (pp. 16 – 112). Livros Horizonte.
- Berger, B. G. (1989) The role of physical activity in the life quality of older adults. In: W. W. Spirduso, H. M. Eckert. (Eds.) *Physical activity and aging. American Academy of Physical Education Papers*. Kansas City: Human Kinetics Books.
- Berger, B. G., Pargman, D., e Weinberg, R. S. (2006). *Foundations of Exercise Psychology* (2^a ed. Rev). USA: Fitness Information Technology.
- Blasco, T. (2000). *Actividad física y salud*. In: Florianópolis CDS-UFSC Atividade ao ar livre no tratamento dos transtornos mentais. Anais do III Simpósio de Produção e Veiculação do Conhecimento em Educação Física. Florianópolis, 2000.
- Bleuler E. (1950) *Dementia praecox or the group of schizophrenias. Monograph series on schizophrenia*. (Vol.1). New York: International University Press.
- Bleuler E. (1985). *Psiquiatria*. (15^a ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bleuler, E. (1908). Die Prognose der Dementia Praecox - Schizophreniegruppe. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 65, 436-464.

- Bobes, J., Arango, P., Carmena, R., Garcia-Garcia, M., e Rejas, J. (2007). Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: Results of the CLAMORS Study. *Schizophrenia Research*, 90, 162-173.
- Bonder, D. (1991). Schizophrenia, Paranoid Disorders and Others Psychoses. in G. Kielhofner (Ed.), *Psychopathology and Function* pp. 77-89. New Jersey: Mental Health Professional Series.
- Bouchard, C. (1994). Physical Activity, Fitness and Health: Overview of consensus symposium In: H. Quinney, L. Gauvin, A. Wall (Eds.), *Toward Active Living. Proceedings of International Conference on Physical Activity, Fitness and Health*, pp. 7-14. Champaign. Illinois: Human kinetics Publishers.
- Bouchard, C., e Shepard, R. J. (1994). Physical Activity, Fitness and Health: The model and concepts In C. Bouchard, R. J. Shepard, e T. Stephens (Ed.), *Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement*, pp. 77-88. U.S.A: Human kinetics Publishers.
- Bradley, C. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and cultures. In C. Bradley (Eds.). *Handbook of psychology and diabetes*, pp.43-55. Switzerland: Harwood Academic Press.
- Braghirolli, E. M. (1990). *Psicologia Geral*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Brannon, L., e Feist, J. (1992). *Health psychology, an introduction to behaviour and health*. Wadsworth: Belmont.
- Brown, S., Inskip H., e Barraclough B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 177, 212-217.
- Caldas de Almeida, J. M. (1997). A avaliação de necessidades de cuidados em saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15(4), 41-45.
- Caldas de Almeida, J. M., e Xavier, M. (1997). Perspectivas actuais do tratamento da esquizofrenia na comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 885-862.
- Caldwell, C. B, e Gottesman II. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.
- Calmeiro, L., e Matos, M. G. (2004). *Psicologia do Exercício e da Saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.
- Campos, J. C. F. (2008). *Instrumentos de Avaliação: Estudo centrado em Inventários Utilizados no Mestrado em Actividade Física Adaptada*. Porto: F. Campos. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Cannon, T. D. (1997). On the nature and mechanisms of obstetric influences in schizophrenia: a review and synthesis of epidemiologic studies. *International Review of Psychiatry*, 9, 387-397.

- Cannon, T. D., Kaprio, J., Longqvist, J., Huttunen, M., e Koskenvuo, M. (1998). The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish Twin Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 55, 67-74.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. J., e Christensen, G. M. (1985). Physical activity exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 2
- Clark, D. D. (1996). Age, socioeconomic status, and exercise self-efficacy. *The Gerontologist*. 36, 2.
- Cláudio, V. (1988). Padrões de Atenção na Esquizofrenia Paranóide. *Análise Psicológica*, 2(6), 235-243.
- Cohen, S. B. (1997). *The maladapted mind classic readings in evolutionary psychopathology*. University of Cambridge.
- Colvero, L. A., Ide C. A. C., e Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 38(2), 197-205.
- Conselho da Europa. (1988). *Carta Europeia do Desporto para Todos: as Pessoas Deficientes* (Desporto e Sociedade - Antologia de Textos nº 105). Lisboa: Ministério da Educação; Direcção Geral dos Desportos
- Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. (2004). *Diabetes Care* 27, 596-601.
- Correia, J. C. P. (2008). *Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Bateria de Avaliação do Movimento "Movement Assessment Battery for Children" para a População Portuguesa dos 4 aos 6 anos de idade*. Porto: P. Correia. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Crow, T.J. (1980). Positive and negative Schizophrenic Symptoms and Role of Dopamine. *Brithish Journal of Psychiatry*, 137, 383-386.
- Daker, M. V. (1994). Ensaio Crítico sobre questões Classificatórias e Diagnóstico em Psiquiatria. *Temas*, 48, 213-222.
- Daley, A. J. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? *Adv Psychiatric Treatment*, 8, 262-70.
- De Hert, M., Bussels, J., Lindstrom, E., Abrahams, F., Franssen, C., e Peuskens, J. (1999). *PECC – Psychosis Evaluation tool for Common Use by Caregivers*. Belgium. Design & Printing: drukkerij EPO.
- De Hert, M., Wampers, M., Thys, E., Wieselgren, I., Lindström, E., e Peuskens, J. (2002). "Validation study of PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers): Interscale validity and inter-rater reliability". *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6(3), 135-140.

- De Hert, M., Winkel, R. V., Wampers, M., Kane, J., Os, J. V., e Peuskens, J. (2007). Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophrenia Research*, 92(1-3), 68–73.
- Dicionário de Língua Portuguesa (2008). Porto: Porto Editora.
- Dicionário Essencial Inglês-Português/Português-Inglês (2005). Porto: Porto Editora.
- Dishman, R. K. (1995). Medical psychology in exercise and sport. *Medical clinics of North America*, 69, 123-143.
- Dolto, F. (2004). *A imagem inconsciente do corpo*. (2ª ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.
- Duarte, M. F., e Nahas, M. V. (1998). *O papel da atividade física no envelhecimento saudável*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22(1), 23-26
- Elkis, H., Friedman, L., Wise, A., e Meltzer, H. Y. (1995). Meta-analyses of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders. Comparisons with controls or patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 735-746.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., e Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Faria, I. H., e Figueira, M. L. (1988). Linguística e Psicopatologia Cognitiva: Contribuição para uma Abordagem Interdisciplinar da Esquizofrenia Paranóide. *Análise Psicológica*, 2(6), 119-134.
- Fauman, M. A. (2002). *Guia de Estudo para o DSM-IV TR* (1ª ed.). Climepsi Editores. Lisboa.
- Fausto, A. (2005). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa.
- Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes (1995). Breve História das Organizações Desportivas. *FPDD – Informação*, 7, 7-17.
- Feijó, O. G. (1992). *Corpo e Movimento: Uma psicologia para o esporte*. Shape. Rio de Janeiro.
- Ferreira, P. L., e Marques, F. B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e Linguística de instrumentos de medição em saúde. Princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Folkins, C., e Sime, W. (1981). Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 4, 36.

- Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. (Vol. 1). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. F. (1988). *Psiquiatria e Psicopatologia*. (Vol. 2). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Galera, S. A. F., Giacon B. C. C. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*; 40(2), 286-91. Consultado 7 Janeiro 2009, disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/251.pdf>
- Galinha, I. C., e Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o Estudo da Versão Portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): I – Abordagem Teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2 (23), 209-218.
- Gameiro, J. (1992) *Voando sobre a Psiquiatria*. Porto: Edições Afrontamento
- Gaulin, S. J. C., Burney, D. H., e McBurney, D. H. (2001). *Psychology: An Evolutionary Approach*. Prendice Hall.
- Geddes, J., Freemantle, N., Harisson, P., e Bebbington, P. (2000) Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal*, 321, 1371-1376.
- Geisinger, F. K. (1994). Cross-Cultural Normative Assessment: Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Ghisolfi, E. S. (2008). *Síndrome Psicótica*. Consultado 7 Janeiro 2008, disponível em <http://www.psiquiatriagral.com.br/psicopatologia/sindromepsicotica.html>
- Glantz, L. A., Gilmore, J. H., Lieberman, J. A., e Jarskog, L. F. (2006). Apoptotic mechanisms and the synaptic pathology of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81, 47-63.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., e Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156.
- Gonçalves, E., e Torres, A. (1998). *Técnicas de tradução de Inglês. Bloco 1*. Porto: Areal Editores.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., e Fadden, G. (2007). O Modelo de Fallon para Intervenção Familiar na Esquizofrenia: fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 2(25), 241-255.
- Gottesman, I., e Shield, J. (1982). *Schizophrenia: The Epigenetic Puzzle*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Green, M. F. (2003). *Schizophrenia Revealed*. London. WW Norton.
- Guccione, A. A. (1991). Physical therapy diagnosis and the relationship between impairments and function. *Physical Therapy*, 71, 499-504.

- Guillemin, F., Bombardier, C., e Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.
- Haley, S. M., Coster, W. J., e Blinda-Sundberg, K. (1994). Measuring physical disablement: the contextual challenge. *Physical Therapy*, 74, 443-451.
- Hardman, A. E. (1999). Accumulation of physical activity for health gains: what is the evidence? *British Journal of Sports Medicine*, 33(2), 87-92.
- Harrison, P., Geddes, J., e Sharpe, M. (2006) *Guia prático Climepsi de Psiquiatria*. (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Heiskanen, T., Niskanen, L., Lyytikainen, R., Saarinen, P. I., e Hintikka, J. (2003). Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 575-579.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R. et al. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863.
- Hutzler, Y., e Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: International Perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 1-20.
- I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM). (2004). *Revista da sociedade brasileira de hipertensão* (vol.7, nº4.). São Paulo, SP.
- International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA). (1989). 9º Simpósio Internacional de Berlim.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E. et al. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*, 20 (Suppl).
- Jannuzzi, G. (1985). *A luta pela educação do doente mental no Brasil*. São Paulo. Cortez.
- Jolley, S., Garety, P. A., Ellett, L., Kuipers, E., Freeman, D., Bebbinton, P. E. et al. (2006). A validation of a new measure of activity in psychosis. *Schizophrenia Research*, 85 (1-3), 288-295.
- Kaplan, H. I., e Sadock, B. J. (1986). *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. (3ª ed.), Porto Alegre. Artes Médicas.
- Kaplan, H. I., e Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. (8ª ed.) New York: Williams & Williams.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., e Grebb, J. A. (1997), *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ª ed.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Katholieke Universiteit – Leuven (2009). Consultado 8 Março 2009, disponível em <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/6628/items-by-author?author=De+Hert%2C+Marc%3B+U0055530>

- Kay, S. R. (1991). *Positive and negative syndromes in schizophrenia*. New York. Brunner Mazel.
- Kay, S. R., e Sevy, S. (1990), Pyramidical model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 537-545.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. e Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Knight, H. C. (1991). Double-Bind e Esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 2(9), 235-238.
- Kraepelin, E. (1919). Dementia praecox and paraphrenia. In *German Edition of the Textbook of Psychiatry* (8ª ed.), (pp. 74-75). Edinburgh: E & S Livingstone.
- Kraepelin, E. (1990). *Psychiatry. A textbook for students and physicians*. (2 vols). Jacques M. Quen. Watson Publishing International.
- Laing, R. D. (1971). *A política da família*. Lisboa: Portugalia.
- Laing, R. D. (1978). *O Eu Dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura*. (3ªed). Petrópolis: Editora Vozes.
- Leão, M. M. M. F. M. (2008). *Contributo para a Validação da Bateria de Avaliação do Movimento "Movement Assesment Battery for Children" para a População Portuguesa – Estudo Realizado com a Banda Quatro: 11-12 anos de idade*. Porto: M. Leão. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Lehman, A. F., e Steinwachs, D. M. (1988). Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team, treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1-10.
- Leitão-Azevedo, L. C, Guimarães, L. R., Lobato, M. I., e Belmonte-de-Abreu, P. (2007). Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. *Revista. Psiquiatria. Clínica*, 34(2), 184-188.
- Levy, P. (2001). Alfredo: "Eles iam fazer-nos mal..." Adolescência e esquizofrenia In: D. Sampaio, (Ed.), *Vozes e Ruídos. Diálogos com Adolescentes*. (12ª ed.). (pp.193-205). Lisboa: Caminho.
- Lima, S. R. C., (1993). *Educação física adaptada: uma proposta de trabalho para portadores de doença mental*. Campinas.
- Lindström, E., Ekselius, L., Jedenius, E., Almqvist, A., e Wieselgren, I. M. (1997). A checklist for assessment of treatment in schizophrenic syndromes: interscale validity and interrater reliability. *Primary Care Psych*, 3(4), 183-187.
- Louzã Neto, M. R. (2000). *Manejo clínico do primeiro episódio psicótico*. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22(1), 456.
- Louzã Neto, M. R., e Elkis H. (1999). *Esquizofrenia: abordagem actual*. São Paulo: Lemos

- Maccay, E., Ryan, K., e Amey, S. (1996). Mitigating Engulfment: recovering from a first episode of psychosis. *Journal Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 34(11), 40-44.
- Machado, P., e Ribeiro, J. (1991). Efeitos psicológicos da actividade física in: J., Bento, e A. Marques (Eds), *Actas das Jornadas Científicas de Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade do Porto, pp.173-182.
- Maia, J. e Fonseca, A. M. (1999). Aprendizagem motora e tomada de decisão no Desporto: Considerações acerca dos cuidados a observar aquando da “importação” de instrumentos de aval psicológica oriundos de outras culturas. *Actas das VI Jornadas de Psicologia do Desporto*. Guarda: Serviços da Reprografia do IPG.
- Marlatt, G. A., e Gordon, J. R. (1993). *Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marot, R. (2004). *Psicosite: esquizofrenia*. Consultado 28 Novembro 2008, disponível em <http://www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm>
- Marques, T. P. (2002). E se o seu filho for esquizofrénico? *Viver*, 48, 92-94.
- Marques-Teixeira, J. (2000) *Revista Saúde Mental*, 2(5). Consultado 15 Janeiro 2009, disponível em http://www.saude-mental.net/pdf/vol2_rev5_editorial.pdf
- Martinsen, E. W., e Stephens, T., (1994). Exercise and mental health in clinical and ficeliving populations. In: R. K. Dishman (Ed.). *Advances in exercise adherence*. Champagne: Human Kinetics.
- Martinson, E. W., Hoffart, A., e Solberg, O. (1989). Comparing aerobic and nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial. *Comprehensive Psychiatry* 30, 324–331.
- Matos, E. G., Matos, T. M. G., e Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul*; 27(3), 312-318
- Maurício, V. D. (1994). “Ensaio crítico sobre questões classificatórias e diagnósticas em psiquiatria”. *Temas*, 48, 213-222.
- McArdle, W. D., Katch, F. L., e Katch, V. L. (1992). *Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- McAuley, E. (1994). Physical activity and psychosocial autcomes. In C. Bouchard; R. Shedhard. e T. Stephens, (org.) *Physical activity, fitness and health*. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- McAuley, E., e Rudolf, D. (1995). Physical activity, aging, and psychological wellbeing. *Journal of aging and physical activity*, 3, 67.
- Meerding, W. J., Bonneux, L., Polder, J. J., Koopmanschap, M. A., e Maas, P. J. (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, 317, 111-115.

- Meltzer, H. Y. (2001). Putting metabolic side effects into perspective: risks versus benefits of atypical antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(27), 35-39
- Menezes, P. R. (2000). Prognóstico da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22(1), 18-20.
- Meyer, J. M. (2005). Schizophrenia and the metabolic syndrome. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 8(1). Consultado 7 Janeiro 2009, disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/506136>
- Moniz, L. J. (1992). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Morgan, W. P. (1994). Physical activity, fitness and depression. In R. J. Bouchard, Shephard, e T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health* (pp. 851–867). Champaign IL: Human Kinetics.
- Morgan, W. P., e Goldston S., (Eds). (1987). *Exercise and mental health*. Washington, DC: Hemisphere.
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., e Pioli, R.(2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10(4), 323-329.
- Mota Cardoso, C. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moura e Castro, J. (1996). O Deficiente e o Desporto. *Horizonte*, 13(14), 26-30.
- MSD - Merck Sharp e Dohme. (2009). Manual Merck, biblioteca Médica Online. Secção 7: Perturbações Mentais, Capítulo 91: *Esquizofrenia e delírio*. Tema: Esquizofrenia. Portugal. Consultado 28 Novembro 2008, disponível em <http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D117%26cn%3D2151>
- Murray, C. J. L., e Lopez, A. D., (Orgs). (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 an projected to 2020. In Cambridge, M. A. (Ed.) *Global Burden of Disease and Injury Series* (Vol. 1). Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial.
- Nahas, M. V. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida – conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.
- Nasrallah, H. (2003). A review of the effect of atypical antipsychotics on weight. *Psychoneuroendocrinology*, 28(1), 83-96.
- Neto, A., Bressan R. A., e Filho, G. B. (2007). Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos actuais. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 34(2); 198-203.
- Newman, S. C., e Bland, R. C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(4), 239-245.

- Nicolau, P. F. M., (2009). *Psiquiatria Geral: Esquizofrenia, critérios DSM-IV*. Consultado 23 Fevereiro 2009, disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/aprendendodsm.htm>
- Nicolau, P. F. M., (2009). *Psiquiatria Geral: Esquizofrenia, critérios CID-10*. Consultado 23 Fevereiro 2009, disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/aprendendodsm.htm>
- Nieman, D. C. (1993). Como controlar as tensões da vida moderna. *Vida e Saúde*. 4, 9.
- Nuechterlein, K. H., e Dawson, M. E. (1994). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Nuno Grande (1991). Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e doença In: Bento, J., Marques, A (eds), *Actas das Jornadas Científicas: Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física do Porto, Porto, 1991, pp 27-32.
- Oliveira, M. S. (1999). *Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia. Considerações e Psicodinâmicas*. Coimbra: S. Oliveira. Dissertação de Mestrado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé (1980). *Classification Internationale des Handicaps: Déficiences, Incapacités et Désavantages*. Paris: Éditions Inserm.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2002a). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: trabalhando juntos pela saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2002b). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Climepsi Editores.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2005a). *Guia do principiante: para uma linguagem comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD). Lisboa: Colecção Cadernos.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2005b). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação – Cuidar sim – Excluir não*. Suíça: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.
- Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. (2008). Conferência Europeia de Alto Nível “Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar”. Bruxelas.
- Paim, I. (1990). *Esquizofrenia*. São Paulo: EPU.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, colecção: Psicologias.

- Pasquarelli, A. de S. (2003) *Esquizofrenia e Atividade Física: Um Estudo Teórico. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atividade Motora Adaptada*. São Paulo, SP: Unicamp.
- Patel, A., e Knapp M. R. J. (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, 5, 4-10.
- Pelarigo, L. C. K. (2000). A importância da avaliação física na prescrição de programas de exercícios direcionados à saúde. *Revista FEFIL*, 1.
- Penedo, F. J., e Dahn, J. R. (2005) Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*. 18(2), 189-193.
- Peters, C. P. (1991). Concepts of schizophrenia after Kraepelin and Bleuler. In: J. G. Howells, (Ed.). *The concept of schizophrenia: historical perspectives* (pp.93-107). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Plante, T. G., e Rodins, I. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current psychology: Research and Reviews*. 9, 3-24.
- Potter, J. C. (1981). Sport pour les Handicapés - Contribution à l'Année Internationale des Handicapés. In Comité pour le Développement du Sport ; Conseil de l'Europe Pychoneuroendocrinology, Strasbourg, 2003; 28(1), pp 183-96.
- Quaresma, M. (1997). *Contributo da actividade física na promoção da qualidade de vida e bem-estar em doentes mentais/esquizofrénicos*. Porto: M Quaresma. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Radomsky, E. D., Haas, G. L., Mann, J. J., e Sweeney, J. A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1590-1595.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J.K., Kramer, M. et al. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Ribeiro, P. R. M. (1996). *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU.
- Ribeiro, P. R. M. (1999). Da psiquiatria à saúde mental: as renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins. *Jornal Brasileiro de Psiquiatr*, 48, 4.
- Rice, D. P., Kelman, S., Miller, L. S., e Dummeyer S. (1990). *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville, Maryland: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, 901-694.
- Roeder, M. A. (1999). Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 4(2), 63.

- Roeder, M. A., e Pinheiro, C. (2000). *Atividade ao ar livre no tratamento dos transtornos mentais*. Anais do III Simpósio de Produção e Veiculação do Conhecimento em Educação Física. Florianópolis: CDS-UFSC.
- Sá Junior, A. R., Souza, M. C. (2007). Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(2), 164-168.
- Sampaio, R. F., Mancini, M. C., e Fonseca, S. T. (2002). Produção científica e actuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*; 6, 113-118.
- Santos, M. B., e Rodrigues, V. A. (1991). Esquizofrenia – Perspectiva de Conrad, *Análise Psicológica*, 1(9), 111-117.
- Schneider, J. F. (2000). O cuidado e a família do esquizofrénico. *Mundo Saúde*, 24(24), 284-90.
- Serrallonga, J. (1998). Esquizofrenia, In: J.V. Ruiloba (Ed), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. (4ª ed.). Barcelona: Masson, S.A., 1998, 455-487.
- Sharkey, B. J. (1998). *Condicionamento físico e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Shergill, S. S., Brammer, M. J., Williams, S. C., Murray, R. M., e McGuire, P. K. (2000). Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1033-1038.
- Silva (1991). *Desporto para Deficientes: Corolário de uma evolução Conceptual*. Porto: Silva. Dissertação de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica, apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Sime, W. E. (1990). *Discussion: exercise, fitness and mental health. A consensus of current knowledge*. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Sloboda, R. (2002). *Atividade física e esquizofrenia: percepção dos pais ou responsáveis*. Florianópolis-SC: R. Sloboda. Dissertação de mestrado em Educação Física apresentado ao Colegiado de Curso de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Spitzer, R. L., e Williams, J. B. W. (1985). Classification of mental disorders. In: H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 591- 613). Baltimore: Williams e Wilkins.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., e Robins, E. (1978). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*. New York: Biometrics Research.
- Steen, R. G., Mull, C., McClure, R., Hamer, R. M., e Lieberman, J. A. (2006). Brain volume in first-episode schizophrenia: systematic review and metaanalysis of magnetic resonance imaging studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 510-518.

- Strauss, J. S., Carpenter, W. T., e Bartko J. J. (1974). An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia-Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 69.
- Szasz, T. S. (1978a). *Esquizofrenia – O Símbolo Sagrado da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Szasz, T. S. (1978b). *A fabricação da loucura – um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. (2ª ed.), Rio de Janeiro: Zahar.
- Theodor, L., (2008). *Relatório: CID-11: possíveis contribuições*. Brasília: XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Ciência e Ética em Psiquiatria.
- Torrey, E. F. (1980). *Schizophrenia and Civilization*. New York: Jason Aronson.
- Üstün, T. B., Rehm, J., Chatterji, S., Saxena, S., Trotter, R., Room, R., Bickenbach, J., e WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, 354(9173), 111-115.
- UNESCO (1977). *Glossary of Special Education Terms*. Paris: UNESCO.
- Vanfraechem-Raway, R., e Boussard, J. (1995). *Benefits of exercise for People with Psychological Disorders*, In R., Vanfraechem-Raway, e Y.V. Auweele, (Eds), Brussels: FEPSAC. Proceedings IX European Congress on Sport Psychology, pp. 247-253.
- Vilela, M; e Barros V. (2000). *Técnicas de tradução de Inglês: Traduzir = Comunicar*. Bloco1, 10º/11º. Porto: Porto Editora.
- Weiden, P. S., Mackell, J. A., e MacDonnell, D. D.(2004). Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. *Schizophrenia Research*.; 66(1), 51-7.
- Wells, J. E., Bushnell, J. A., Hornblow, A. R., Joyce, P. R., e Oakley-Browne, M. A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315-326.
- WHO - World Health Organization. (1992). *CID-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.
- WHO (2006). *Benefits of Physical activity*. Consultado 6 de Dezembro 2008, disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/on/index.html
- Williams, J. B. W. (1944). Psychiatric Classification. In: R. E. Hales, S. C. Yudofsky, e J. A. Talbott. *Textbook of psychiatry*. Washington DC: American psychiatric Press, 1944, pp. 221-247.
- Wirshing, D. (2004). Esquizofrenia e obesidade: impacto dos medicamentos antipsicóticos. *Journal of Clinical Psychiatry* 65(18), 1 3-26.

- Xavier, M., Caldas de Almeida, J. M., Martins, E., Barahona, B., e Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Saúde Mental, Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(2), 5-16.
- Zubing, J., e Spring, B. (1977) Vulnerability – a new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

V. Anexos (em CD Rom)
