

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relação entre a Autoestima, Atividade Física e a
Capacidade Funcional: estudo centrado na
população com Esquizofrenia.

João Melo Cordeiro
Setembro 2015

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relação entre a Autoestima, Atividade Física e a
Capacidade Funcional: estudo centrado na
população com Esquizofrenia.

Dissertação apresentada com vista à
obtenção do grau de Mestre em
Ciências do Desporto, área de
Especialização em Atividade Física
Adaptada, nos termos do Decreto-lei n.º
74/2006, de 24 de março

Orientadora: Professora Doutora Tânia Lima Bastos
Coorientador: Professor Doutor Rui Corredeira
Coorientadora: Professora Doutora Eluana Gomes

João Cordeiro
2015

FICHA DE CATALOGAÇÃO

Cordeiro, J. M. (2015). *Relação entre a Autoestima, Atividade Física e a Capacidade Funcional: estudo centrado na população com Esquizofrenia.*

Porto: J. M. Cordeiro. Dissertação, apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre, do 2º Ciclo, em Atividade Física Adaptada.

Palavras-chave: AUTOESTIMA, ATIVIDADE FÍSICA, CAPACIDADE FUNCIONAL, ESQUIZOFRENIA.

Aos meus pais, pois,
sem eles, nada teria conseguido alcançar,
nem a nível académico nem a nível pessoal.

Agradecimentos

Só foi possível realizar este trabalho com o apoio e a disponibilidade de várias pessoas. Assim, quero agradecer a todos pela ajuda e pelo contributo que me foram dando, ao longo deste caminho.

Aos meus pais e irmão, por tudo aquilo que me proporcionaram ao longo da vida e, sobretudo, nesta etapa especialmente importante.

Aos meus avós, tios e primos, que sempre me apoiaram nos meus estudos, incentivando-me e interessando-se pelo meu percurso académico.

Aos meus colegas, Sara, Sandra, Paulo e Ângela, pelos momentos vividos, pelas aulas dadas em conjunto, pela amizade.

À minha orientadora, Professora Doutora Tânia Bastos, pela paciência e disponibilidade demonstradas, ao longo de todo este tempo, acompanhando o meu trabalho e apontando-me vias para o realizar, a nível da investigação e da transmissão de conhecimentos.

À minha coorientadora, Professora Doutora Eluana Gomes, pela alegria, sabedoria, frontalidade e igual disponibilidade para me acompanhar neste percurso.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Rui Corredeira, pelo apoio, amizade e ânimo que me foi transmitindo.

À Professora Mestre Raquel Costa, por todo o tempo que dedicou a acompanhar-nos e pelos seus sábios conselhos.

A todos os meus amigos que me acompanharam e ajudaram a superar determinadas épocas mais difíceis do meu percurso, fazendo com que eu ultrapassasse os obstáculos e continuasse em frente.

A uma pessoa muito especial, que esteve sempre ao meu lado e sem a qual eu não teria conseguido levar a cabo esta dissertação de Mestrado.

A todos os participantes do Hospital de S. João, pelo seu contributo da sua participação, pelo carinho, empenho e entusiasmo revelado durante as aulas.

A todos os participantes da “Nova Aurora”, pelas profícuas conversas e pelo esforço evidenciado durante as aulas.

A todos os participantes do Instituto de Saúde São João de Deus – Casa de Saúde de São José, pelo afeto e disponibilidade demonstrados.

Índice Geral

| | |
|----------------------------|------|
| Agradecimentos..... | VII |
| Índice Geral..... | IX |
| Índice de Quadros..... | XIII |
| Resumo..... | XVI |
| Abstract..... | XIV |
| Lista de Abreviaturas..... | XXI |

Capítulo I - Introdução Geral

| | |
|--------------------------------------|-------|
| 1. Introdução Geral | - 4 - |
| 1.2. Referências Bibliográficas..... | - 6 - |

1 Capítulo II - Fundamentação Teórica

| | |
|--|--------|
| 2. Fundamentação Teórica..... | - 12 - |
| 2.1. Esquizofrenia..... | -12 - |
| 2.1.1. História e Definição | - 12 - |
| 2.1.2. Prevalência, Etiologia e Sintomatologia | - 14 - |
| 2.1.3. Diagnóstico e Tratamento..... | - 16 - |
| 2.2. Autoestima..... | - 18 - |
| 2.2.1. Definição de Autoestima..... | - 18 - |
| 2.2.2. Definição de Autoconceito... .. | - 20 - |
| 2.2.3. Definição de Autopercepção..... | - 21 - |
| 2.2.4. Autoestima e Atividade Física..... | - 22 - |
| 2.3. Atividade Física..... | - 23 - |
| 2.3.1. Atividade Física e Saúde..... | - 23 - |
| 2.3.2. Atividade Física e Esquizofrenia..... | - 25 - |

| | |
|--|--------|
| 2.4. Capacidade Funcional..... | - 27 - |
| 2.4.1. Definição de Capacidade Funcional..... | - 27 - |
| 2.4.2. Capacidade Funcional e Esquizofrenia..... | - 28 - |
| 2.5. Referências Bibliográficas..... | - 29 - |

3 Capítulo III - Estudo Empírico

| | |
|--|--------|
| 3.1. Introdução..... | - 44 - |
| 3.2. Material e Métodos..... | - 47 - |
| 3.2.1. Caracterização da Amostra..... | - 47 - |
| 3.2.2. Projeto “Impacto da Atividade Física e Desportiva em Pessoas com Doença Mental Grave” | - 48- |
| 3.2.3. Instrumentos | - 48 - |
| 3.2.3.1. Questionário Sociodemográfico | - 49 - |
| 3.2.3.2.2. Medidas Antropométricas..... | - 49 - |
| 3.2.3.2.3. Teste da Caminhada dos 6 minutos | - 50 - |
| 3.2.3.2.4. Questionário Internacional de Atividade Física..... | - 50 - |
| 3.2.3.2.5. Questionário de Rosenberg..... | - 50 - |
| 3.3. Procedimentos de Aplicação..... | - 51 - |
| 3.4. Procedimentos Estatísticos | - 51 - |
| 3.5. Apresentação de Resultados | - 52 - |
| 3.5.1. Medidas Descritivas da Escala de Autoestima de Rosenberg .- | 52 - |
| 3.5.2. Fiabilidade | - 53 - |
| 3.5.3. Relação entre Escala de Autoestima de Rosenberg e as suas Variáveis..... | - 54 - |
| 3.6. Discussão de Resultados | - 57 - |
| 3.7. Conclusão | - 60 - |
| 3.8. Referências Bibliográficas..... | - 61 - |

| | |
|-------------------------|--------|
| 4. Conclusão Geral..... | - 70 - |
|-------------------------|--------|

Anexos

| | |
|---|-----------|
| Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido..... | - XXXI - |
| Anexo 2 - Questionário Sociodemográfico..... | - XXVII - |
| Anexo 3 - Questionário de Rosenberg..... | -XXXVIII- |
| Anexo 4 - Teste da Caminhada dos 6 minutos..... | - XLI - |
| Anexo 5 – Questionário Internacional de Atividade Física..... | - XLV - |

Índice de Quadros

| | |
|---|--------|
| Quando 1 – Medicação Antipsicótica utilizada na amostra..... | – 47 - |
| Quadro 2 – Medidas Descritivas da primeira aplicação..... | – 52 - |
| Quadro 3 – Medidas Descritivas da segunda aplicação..... | – 53 - |
| Quadro 4 – Consistência Interna da EAR..... | – 53 - |
| Quadro 5 – Relação entre EAR e as variáveis..... | – 54 - |
| Quadro 6 – Correlações..... | - 57 - |

Índice de Anexos

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 2 - Questionário Sociodemográfico

Anexo 3 - Questionário de Rosenberg

Anexo 4 - Teste da Caminhada dos 6 minutos

Anexo 5 – Questionário Internacional de Atividade Física

Resumo

A Esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves de hoje em dia, sendo os seus portadores indivíduos muitas vezes estigmatizados pela população em geral. O tratamento antipsicótico leva a que eles se isolem, não sejam integrados na sociedade, acabando por deixar os seus empregos, a sua vida social, ficando isolados em casa. Sentimentos de invalidez, angústia e vergonha são muito comuns na população com Esquizofrenia, o que faz com que o nível de autoestima destes indivíduos, bem como a sua capacidade funcional baixem. Assim, a prática de Atividade Física (AF) nesta população é importante, uma vez que ela aumenta os níveis de sociabilidade entre colegas que a praticam, promovendo não só esse aumento do nível de autoestima, como aumentando também a capacidade funcional. Deste modo, pretendemos comparar os níveis de autoestima em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal, entre indivíduos com Esquizofrenia. Assim como explorar as propriedades psicométricas do questionário de Rosenberg (1965) à população com esquizofrenia a nível nacional e avaliar as associações entre a autoestima, atividade física e capacidade funcional. A amostra é constituída por 49 participantes, tendo-lhe sido aplicado um questionário sociodemográfico, o questionário de Rosenberg, o teste da Caminhada dos 6 minutos (6MW) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Relativamente à análise estatística, aplicou-se o teste t de Student e o teste ANOVA para amostras independentes, com nível de significância fixado em $p \leq 0,05$. Os resultados revelaram que os níveis de autoestima diferem entre: i) quem possui o Ensino Secundário e o Ensino Superior; ii) quem respondeu que os sintomas diminuíram após a prática de atividade física de quem não sabe; iii) quem se encontra empregado ou não. Verificou-se as boas propriedades psicométricas do questionário de Rosenberg para a população com esquizofrenia a nível nacional e também uma correlação moderada entre a capacidade funcional e a atividade física. Em suma, através da prática de atividade física os indivíduos possuem uma melhor autoestima para a sua vida diária bem como uma capacidade, reforçando a ideia da prática de atividade física no quotidiano destes indivíduos.

Palavras-chave: AUTOESTIMA, ATIVIDADE FÍSICA, CAPACIDADE FUNCIONAL, ESQUIZOFRENIA.

Abstract

Schizophrenia is one of the most serious mental diseases of nowadays, their sufferers being individuals often stigmatized by general population. The antipsychotic treatment leads to their isolation, not to be integrated in the society, eventually to leave their jobs, their social life and becoming isolated at home. Feelings of disability, distress and shame are very common in the population with schizophrenia, which makes the level of self-esteem of these individuals as well as their functional capacity decrease. Thus the practice of physical activity (PA) in this population is important, as it increases the levels of sociability among peers who practice it, promoting not only the increase of self-esteem but also the increase of their functional capacity. Thus we intend to compare the levels of self-esteem according to the variables related to physical activity, functional capacity and body composition between individuals with schizophrenia, as well as explore the psychometric properties of Rosenberg questionnaire (1965) in the population with schizophrenia at national level and assess the associations between self-esteem, physical activity and functional capacity. The sample is constituted by 49 participants, having been applied a sociodemographic questionnaire, Rosenberg questionnaire, the 6 minutes walk test (6 MW) and the international physical activity questionnaire (IPAQ). Regarding the statistical analysis applied the student t test and the ANOVA test for independent samples with the level of significance set at $p \leq 0,05$. The result revealed that the levels of self-esteem differ between i) who has secondary education and higher education; ii) who replied that the symptoms decreased after the practice of physical activity; iii) those who are employed or not. It was verified the good psychometric properties of the Rosenberg questionnaire for the population with schizophrenia at national level and also a moderate correlation between functional capacity and physical activity. In short, through the practice of physical activity the individuals have a better self-esteem in their daily life, as well as a functional capacity, reinforcing the idea of practicing physical activity in their quotidian.

Keywords: SELF-ESTEEM, PHYSICAL ACTIVITY, FUNCTIONAL CAPACITY, SCHIZOPHERNIA.

Lista de Abreviaturas

| | |
|---------------|--|
| APA | American Psychiatric Association |
| AF | Atividade Física |
| CF | Capacidade Funcional |
| Cit. | Citado |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| DP | Desvio Padrão |
| DSM 5 | Diagnostic and Statistical Manual of Disorders 5 |
| EAR | Escala de Autoestima de Rosenberg |
| e.g. | Exempli gratia = por exemplo |
| et al. | et alteri = e outros |
| FADEUP | Faculdade de Desporto da Universidade do Porto |
| ICD-10 | International Classification of Disease - 10 |
| IDP | Instituto de Desporto de Portugal |
| i.e. | id est = isto é |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| M | Média |
| MET | Equivalente metabólico |
| NCCMH | National Collaborating Centre for Mental Health |
| NIMH | National Institute of Mental Health |
| pag. | Página |
| RCQ | Relação Cintura-Quadril |
| WHO | World Health Organization |

Capítulo I

Introdução Geral

1. Introdução Geral

A esquizofrenia é uma doença mental que altera o pensamento, a percepção, o funcionamento do cérebro, o afeto e o comportamento (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2010). Em Portugal, a esquizofrenia foi diagnosticada como a psicopatologia com mais internamentos em serviços hospitalares especializados (Direção-Geral da Saúde, 2004). Os sintomas da esquizofrenia podem classificar-se em positivos e negativos. Os sintomas positivos revelam agitação, alucinações, delírios e alterações da percepção. Os negativos caracterizam-se pelo isolamento social, pelo pouco interesse, pela pouca motivação e pelos défices cognitivos (Vancampfort, 2012). A população com esquizofrenia apresenta uma taxa elevada de doenças não transmissíveis, comparativamente com a população em geral (Roick et al., 2007). Esta situação resulta de um conjunto de comportamentos desajustados em relação à saúde em geral (e.g., falta de cuidados pessoais, estilo de vida sedentário) e dos efeitos secundários da medicação antipsicótica.

Nos indivíduos com esquizofrenia verifica-se a adoção de hábitos alimentares desadequados, consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas de forma exagerada, acabando estes por serem menos ativos do que a população geral (Roick et al., 2007; McCreadie, 2003). A este quadro associa-se frequentemente a falta de atividade física, o que reduz ainda mais a capacidade funcional destes indivíduos (Vancampfort et al., 2011).

Face a esse cenário, a atividade física (AF) surge como uma forma desta população melhorar a qualidade de vida, ganhar uma melhor autoestima, adquirindo maior autonomia e sociabilidade no seu dia-a-dia (Carless, 2008; Perham & Segundo, 2007). A AF é considerada uma terapia no controlo dos sintomas da Esquizofrenia (Faulkner & Sparker, 1999), tendo como finalidade a melhoria da saúde mental e física dessa população (Crone et al., 2010). A AF tem um efeito benéfico sobre o bem-estar psicológico, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos combatendo o sedentarismo. (Crone et al., 2010). Assim sendo, a AF deve ser associada ao tratamento clínico destes indivíduos (Faulkner et al., 2006).

Para além da medicação antipsicótica, o tratamento da esquizofrenia caracteriza-se por um conjunto de intervenções psicossociais, que visam ajudar

o indivíduo com esquizofrenia a ter maiores cuidados de higiene pessoal, maior facilidade na comunicação e no estabelecimento de relações sociais (NIMH, 2009). Através da prática de AF, poderá ocorrer uma diminuição do colesterol, da tensão arterial, bem como da gordura corporal (Vancampfort, 2009). A AF desempenha também um papel importante no combate à osteoporose, na redução dos riscos de queda e de fraturas ósseas, uma vez que melhora o equilíbrio, a coordenação, a agilidade, a aparência do indivíduo (Singh, 2008). Ocorrem ainda melhorias a nível da coordenação, da agilidade, e, em suma, da aparência geral do indivíduo (Singh, 2008).

A autoestima é interpretada como um padrão de crenças que os indivíduos tomam como referência no que concerne ao seu próprio valor, sendo, muitas vezes, formada nas percepções relativas às experiências pessoais e ao feedback do mundo exterior (Crocker & Park, 2004). Um indivíduo com alta autoestima obtém um afeto positivo protegendo-se do stress e de outras emoções negativas, facilitando o ajustamento pessoal. Pelo contrário, uma baixa autoestima está associada à depressão, ansiedade, mau ajustamento e a mais emoções negativas, comparativamente com as pessoas com autoestima adequada (Leary, 1983; Taylor & Brown, 1988). Para além disto, uma autoestima elevada protege os indivíduos de sentimentos de ansiedade e promove a saúde física (Greenberg et al., 1992; Taylor & Brown, 1988). Outro fator importante a destacar em quem possui uma autoestima elevada é o de que estes indivíduos possuem mais objetivos de vida, têm maior vontade de lutar para alcançar os objetivos desejados, são mais persistentes perante os obstáculos, acabando por ter uma melhor performance e um maior sentimento de integridade e de adequação perante a sociedade (Bandura, 1977; Greenwald, 1980; Leary, 1995).

Há várias barreiras com que os indivíduos com esquizofrenia se defrontam na sociedade, como a falta de acesso às instalações para a prática de exercícios e a falta de suporte social, por exemplo (Ussher et al., 2007). Para além destas barreiras sociais e ambientais, a AF leva este tipo de população a apresentar um menor prevalência de sintomas negativos (Vancampfort et al., 2011a), sintomas estes que apresentam efeitos negativos relativamente à capacidade destes pacientes para o trabalho, interferindo com as habilidades sociais, tornando assim a adaptação ao ambiente de trabalho

ainda mais difícil (Bond & Meyer, 1999; Lysaker, Bell, & Beam-Goulet, 1995), bem como levando a um alto nível de inatividade física, desencadeadora da referida baixa da autoestima (Vancampfort et al., 2011a). Esta, por sua vez, conduz a sentimentos de ansiedade, levando esses indivíduos a adotarem uma atitude de defesa perante a sociedade, desenvolvendo sentimentos de solidão, concentrando-se nas suas fraquezas e acabando desprovidos de autoconfiança (Jones et al., 2010).

A capacidade funcional é definida pela perda ou alteração das estruturas fisiológicas de desempenhar de atividades normais da vida diária (WHO, 2011). As atividades da vida diária referem-se a um conjunto de atividades como vestir-se, higienizar-se, mudar de posição, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, alimentar-se, capacidade de locomoção e ter um certo cuidado com a sua imagem pessoal. A capacidade funcional também é entendida como a capacidade de um indivíduo viver de forma autónoma, realizando as tarefas que fazem parte do seu dia-a-dia, o que lhe permite a possibilidade de viver sozinho (Rebelatto & Morelli, 2004). Farinati (1997) acrescenta a qualidade de vida à afirmação anterior, uma vez que o indivíduo, ao ter uma maior capacidade funcional irá, certamente, melhorar a sua qualidade de vida.

Kurtz e Tolman (2011) refere que em indivíduos com esquizofrenia, a função cognitiva apresenta limitações relacionadas com défices de atenção, memória no trabalho, velocidade de processamento, aprendizagem verbal, raciocínio e resolução de problemas. Além disso, este tipo de população apresenta muitas vezes problemas financeiros (Shibre et al., 2003) e o pequeno grupo de amigos (Sibitz et al., 2011). O estigma, a discriminação e a incapacidade de manter relações sociais também prejudicar o bom funcionamento social (Lysaker & Davis, 2004). Este cenário torna difícil a auto-gestão da doença (Zou et al., 2008) e pode levar a uma piora da qualidade de vida (QV) em indivíduos com esquizofrenia.

No entanto, não encontramos estudos que associem a capacidade funcional, o nível de atividade física e a autoestima, na população com esquizofrenia. Paralelamente, não foram encontrados na literatura estudos que tenham avaliado as propriedades psicométricas do questionário de Rosenberg (1965) aplicado à população com esquizofrenia a nível nacional. Nesta medida, o objetivo deste estudo é explorar as propriedades psicométricas, (i.e.,

estabilidade temporal e a consistência interna) do questionário de Rosenberg (1965) aplicado à população com esquizofrenia. Adicionalmente, analisaremos comparativamente os níveis de autoestima em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal. Por último, foram avaliadas as associações entre a autoestima, capacidade funcional e o nível de atividade física.

Relativamente à organização da dissertação, esta encontra-se dividida em 5 capítulos, nomeadamente: I) Capítulo 1, a Introdução Geral, onde estão descritas as várias temáticas que fazem parte do trabalho, bem como a pertinência, os objetivos e a estrutura da dissertação; II) Capítulo 2, a Fundamentação Teórica, onde estão descritos, de forma aprofundada, os conteúdos teóricos que explicam e enquadram os conceitos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho; III) Capítulo 3, Estudo Empírico, constituído por introdução, materiais e métodos, apresentação e discussão de resultados e conclusões; IV) Capítulo 4, Conclusão Geral, onde é realizada uma análise geral deste trabalho, destacando-se as principais dificuldades e vantagens do seu desenvolvimento; V) Capítulo 5, os anexos, onde se encontram os questionários e os testes aplicados aos participantes. No final de cada capítulo, encontram-se as respetivas referências bibliográficas.

1.1. Referências Bibliográficas

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 160-162.
- Bond, G. R., & Meyer, P. S. (1990). The role of medications in the employment of people with schizophrenia. *Journal of Rehabilitation*, 65, 9-16
- Carless, D. (2008). Narrative, Identity, and Recovery from Serious Mental Illness: A Life History of a Runner. *Qualitative Research in Psychology*, 5, 233–248.
- Crocker, J., Lee, S. J., & Park, L. E. (2004). The pursuit of self-esteem: Implications for good and evil. *The social psychology of good and evil*, 271-302. New York: Guilford Press.

- Crone, D., Tyson, P., & Holley, J. (2010). I'm proving health, well-being and cognition in schizophrenia: making the case for physical activity. *Journal of public mental health, 9*(2), 32-35.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano de acção para a Saúde 2004 – Áreas prioritárias*. Lisboa: DGS.
- Farinati, P. T. V. (1997). Avaliação da autonomia do idoso: Definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia, 1*, 1-9.
- Faulkner, G., & Sparkes, A. (1999). Exercise as Therapy for Schizophrenia: An Ethnographic Study. *Journal of sport & exercise psychology, 21*, 52- 69.
- Faulkner, G., Cohn, T., & Remington, G. (2006). Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 82*(2-3), 225-231.
- Greenberg, Jeff; Solomon, Sheldon; Pyszczynski, Tom; Rosenblatt, Abram; Burling, John; Lyon, Deborah; Simon, Linda; Pinel, Elizabeth (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(6), 913-922.
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist, 35*, 603-618.
- Jones, R.M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., & Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: A longitudinal study. *Psychosis, 2*, 218-226.
- Journal of Personality and Social Psychology, 68*(3), 518-530.
- Kurtz, M.M., Tolman, A. (2011). Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia, what is their relationship? *127*, 157–162.
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment, 47*, 66-75.
- Leary, Mark R.; Tambor, Ellen S.; Terdal, Sonja K.; Downs, Deborah L. Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis.
- Lysaker, Bell, & Beam-Goulet (1995). Wisconsin card sorting test and work performance in schizophrenia. *Psychiatry Res, 56*(1), 45-51.

- Lysaker P. H., Davis L. D., Hunter N. L. (2004) Neurocognitive, social and clinical correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *70*, 277–285.
- Mccreadie, R.G. (2003). On behalf of the Scottish Schizophrenia Lifestyle Group. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 534–539.
- National Institutes of Mental Health (NIMH). (2009). *Schizophrenia*. U.S Department of Health and Human Services.
- Rebelatto J. R, Morelli (2004). Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso, 215-245.
- Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel- Heller, S., & Angermeyer, M. C. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 268- 276.
- Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, et al. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 37(2), 316-23.
- Shibre T, Kebede D, Alem A, Negash A, et al. (2003). Schizophrenia: Illness impact on family members in a traditional society--Rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 27-34.
- Singh, M. A. F. (2008). Exercise & Fracture Prevention: A Guide for GPs & Health Professionals. *Osteoporosis Austrália*.
- Ussher M, Stanbury L, Cheeseman V et al. (2007) Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(3), 405-408.
- Vancampfort, D., Knapen, J., De Hert, M., Van Winkel, R., Decx, S., Maurissen, K., Peukeus, J., Simons, J., & Probst, M. (2009). Cardiometabolic effects of physical activity intervention for people with schizophrenia. *Physical Therapy Reviews*, 14(6), 388 – 398.
- Vancampfort D., Sweers K., Probst M., Mitchell A., Knapen J., & Hert D. (2011a). Quality assessment of physical activity within clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cardio-metabolic risk factors in persons with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47(6), 703-710.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011b). Lack of physical activity during leisure time contributes to

an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2–3), 122-127.

World Health Organization (2011). *Global Recommendations on Physical Activity Healthy*.

Zou L. Q., Xie J. X., Yuan H. S., Pei X. L., Dong W. T., Liu P. C. (2008). Diffusion tensor imaging study of the anterior limb of internal capsules in neuroleptic-naive schizophrenia. *Acad. Radiol.* 15, 285–289.

Capítulo II

Fundamentação Teórica

2. Fundamentação teórica

2.1. Esquizofrenia

2.1.1. História e Definição

A partir da Idade Média, os indivíduos identificados como tendo comportamentos ligados a fenómenos sobrenaturais, ou até mesmo associados a atos de feitiçaria, eram queimados em fogueiras, por então se considerar que estavam possuídos por espíritos do demónio. Assim, naquela época, as pessoas que, por exemplo, ouviam vozes eram consideradas portadoras de poderes sobrenaturais, sendo muitas vezes tidas como “chefes” ou mesmo feiticeiros. Esta especificidade não era, pois, entendida como uma doença mental, mas antes como um estilo de vida. Durante o século XV, houve uma mudança de pensamento e atitude relativamente aos indivíduos que possuíam doença mental, tendo surgido os primeiros centros hospitalares para o seu internamento. Os vadios, os pobres, os viciados em álcool, entre outros, eram também incluídos neste leque de indivíduos com doença mental (Hoening, 1995).

O conceito de “demência”, um conjunto de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento normal da pessoa, foi assim primeiramente designado em 1809, por John Haslam, médico e escritor britânico, e por Philippe Pinel, médico francês. Posteriormente, a esquizofrenia foi definida por Benedict Augustin Morel, médico francês, como “demência precoce”, em 1852, por ocasionalmente se manifestar durante a adolescência, tendo como consequências a deterioração mental e condutas regressivas (Kraepelin, 1919; Bleur, 1950; Serralonga, 1998).

Kraepelin, psiquiatra alemão, juntou à demência precoce (descrita por Morel, em 1852), a designação de hebreína (Hecker, em 1871), de catatonia (Kahlbaum, em 1874) e de demência paranóide, considerando que estas seriam as expressões clínicas da esquizofrenia. Assim, a esquizofrenia passou a ser concetualizada e descrita como uma entidade clínica única, por Bleuler, psiquiatra suíço. Curiosamente, foi salientado o facto de a palavra, na sua composição, conter o elemento “schizo”, um verbo grego que significa fender,

separar, clivar, e o substantivo grego “phrén”, que significa espírito, inteligência (Bleuler, 1950; Peters, 1991; Andreasen, 1999; Kyziridis, 2005).

Kraepelin associou a “demência precoce” a um distúrbio metabólico, dentro do grupo das demências endógenas. Também descreveu todos os sintomas que se observam na esquizofrenia, tais como o enfraquecimento das atividades emocionais impulsoras da volição e também a perda da “unidade interna”, essencial ao normal funcionamento intelectual e emocional, assim como a nível do desejo. (Elkis, 2000). A perda da “unidade interna” é considerada uma síndrome que revela incoerência do pensamento, mudanças intensas do humor, instabilidade do pragmatismo, alucinações, perturbações na atenção, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos (Kraepelin, 1919).

Bleuler, nos anos 1950, década em que as pesquisas começaram a ser direcionadas para os neurotransmissores, como elementos principais da gênese da esquizofrenia, considerou alguns sintomas fundamentais para o diagnóstico da esquizofrenia, que seriam: um comportamento bizarro, autismo, ambivalência, perturbação das associações e embotamento afetivo. Sintomas como os delírios, alucinações e perturbações de humor eram vistos como secundários para a realização do diagnóstico (Bleuler, 1967). Poucos anos mais tarde, surgem os primeiros critérios de diagnóstico, estruturados para a esquizofrenia, com a inclusão dos sintomas da perspectiva de Bleuler e de Kurt Schneider e referindo um período mínimo com a perturbação mental de seis meses (Spitzer et al., 1978; Andreasen 1999). Crow (1980), psiquiatra britânico, demonstrou a existência de uma dilatação ventricular nos indivíduos com esquizofrenia, bem como alterações estruturais no córtex cerebral assimétricas. Com isto, a hipótese da existência de uma predisposição genética para a esquizofrenia ficou associada a um rearranjo cromossômico na zona homóloga dos cromossomas sexuais, mais particularmente no gene protocaderina XY.

A esquizofrenia afeta, principalmente, as pessoas que se encontram na faixa etária adolescente/adulto. É uma doença que se caracteriza por um percurso crônico, sendo considerada uma das principais causas de incapacidade na faixa etária dos 15 aos 44 anos e a nona principal causa de incapacidade das pessoas em todo o mundo (Varambally, et al., 2012; Baspure, et al., 2012).

Sabe-se, também, que a população com esquizofrenia apresenta significativas taxas de doenças cardiovasculares (DCV), que se traduzem numa menor esperança média de vida (entre 20 – 25%), em comparação com a população saudável. As razões que justificam esta situação incluem os hábitos pouco saudáveis, como a dieta pobre, o sedentarismo e o tabagismo, bem como o tratamento com medicação antipsicótica, que podem adicionar consequências metabólicas deletérias, só por si (Strassnig, Brar & Ganguli, 2011). Por exemplo, a medicação neuroléptica pode promover problemas metabólicos significativos, como o aumento de peso, anormalidades lipídicas e alterações no funcionamento da glicose. O consumo destes medicamentos, a longo prazo, pode contribuir também para níveis de mortalidade mais elevados nesta população. Flores et al. (2011) acrescenta a esses problemas a diminuição da atenção, da concentração, da motivação, da energia, assim como alterações afetivas, alterações do ciclo sono-vigília, um maior isolamento, o não conseguir distinguir o que é real do que não é, o comportar-se de maneira estranha perante situações sociais, problemas de memória, quebra do funcionamento interno corporal e ainda problemas com a memória e com a conversação.

2.1.2. Prevalência, Etiologia e Sintomatologia

Estima-se que a prevalência da esquizofrenia seja de 4,5 por cada 1000 habitantes e a incidência de 15 por 100000 habitantes (Tandol, Keshavan & Nasrullah, 2008). De acordo com o Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial das Nações Unidas (OMS) (2002), esta doença é universal, atingindo pessoas de todo o mundo, independentemente do género, idade, capacidade económica ou o local onde vivem. O risco para um indivíduo desenvolver esta doença mental grave, transmitida por um primo, tia ou tio em primeiro grau é de 3%, mas aumenta se for transmitida por um dos pais (6%), um irmão (10%) de um gémeo dizigótico (17%), ambos os pais (45%) e um gémeo monozigótico (48%) (Harrison et al., 2006). Relativamente ao tempo de aparecimento da esquizofrenia, este difere em ambos os sexos. São os homens que têm um início mais precoce da doença (entre os 18 e os 25 anos), ao contrário das mulheres, que apresentam um início mais tardio (entre os 25 e os 35 anos),

(*American Psychiatric Association*, 2002; Jablensky, 2000; Cañamares et al., 2001; Sorensen, 2011).

As causas para o aparecimento desta doença mental grave são diversas e vão desde fatores de vulnerabilidade, de *stress* ambiental (acontecimentos de vida, ambientes de estimulação excessiva, falta de suporte social, padrões desajustados de emoção na família), a fatores protetores da pessoa e do meio (Cañamares et al., 2001; Roder, Zorn, Wykes & Reeder, 2005 Brenner & Muller, 2008). Sawa e Snyder (2002) consideraram que a dopamina, o glutamato e a serotonina são os neurotransmissores que podem fazer parte dos problemas do desenvolvimento neuronal, originando doenças como a esquizofrenia.

Há dois tipos de sintomas nesta doença mental, os sintomas positivos e os sintomas negativos. Dos sintomas positivos da esquizofrenia fazem parte as distorções do pensamento (delírios, principalmente de influência, referência e paranoides), mudanças na percepção (alucinações, essencialmente auditivas na 2ª e 3ª pessoas) e défices comportamentais (comportamento desorganizado). Os sintomas positivos são descritos por um excesso/distorção de funções cognitivas/comportamentais normais. Quanto aos sintomas negativos, estes caracterizam-se pelo embotamento afetivo ou atimia, alogia ou pobreza da fala/discurso, apatia ou abulia, anedonia ou associabilidade e falta de vontade ou diminuição no interesse, motivação e capacidade de iniciar uma tarefa. Os sintomas negativos tendem a estar presentes durante a doença e são reveladores de estados deficitários, associados a uma falta de respostas a nível comportamental e emocional (Cañamaraes et al., 2001; Carpenter, 2004; Keshavan et al., 2008; Rollins, Bond, Lysaker, McGrew & Salyers, 2010; Liberman et al., 2013).

Os indivíduos com esquizofrenia geralmente apresentam uma diminuição do volume do cérebro, um aumento dos ventrículos laterais, uma diminuição do lobo temporal na região do hipocampo, redução de neurónios corticais e peri-ventriculares, ausência de células da glicose e alteração da posição das células piramidais (Sorensen, 2011). De acordo com as pesquisas de Khashaw (2008), verifica-se também uma redução de cerca de 40% das sinapses neurais durante a puberdade. Se esta redução ocorrer demasiado tarde ou com irregularidades, poderá ocorrer uma perda de sinapses mais

significativa o que poderá levar ao aparecimento da esquizofrenia, desencadeando défices de atenção, memória, velocidade de processamento e funcionamento executivo, variando entre 1,5 a 2 desvios-padrão abaixo da média das dimensões cognitivas da população saudável.

2.1.3. Diagnóstico e Tratamento

De acordo com os critérios do DSM-5 (2013), verifica-se nos indivíduos com esquizofrenia a tendência para o isolamento progressivo, acabando estes por se afastarem da sociedade. Verifica-se também que estes revelam um menor poder de iniciativa, menor motivação e interesse pelas suas atividades normais, assim como um comportamento peculiar acentuado, tendo poucos cuidados na higiene e cuidados pessoais. Revelam igualmente ter pensamentos bizarros e crenças bizarras, dificuldades em se concentrarem, atitudes de desconfiança e hostilidade, preocupações por temas relacionados com a filosofia e a religião, tendo também pouco discurso e apresentando perturbações no sono. De acordo com o DSM-5 (2013), para haver o diagnóstico de esquizofrenia, é preciso que ocorram dois ou mais sintomas, como ideias delirantes, as alucinações, o discurso desorganizado, o comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos (e.g., embotamento afetivo, alogia) durante um mês. Pelo menos um dos sintomas tem de ser delírios, alucinações ou discurso desorganizado, levando a uma disfunção social ou ocupacional por um período de, pelo menos, seis meses, com repercussões negativas.

Segundo Sloboda (2002), os tratamentos têm como finalidade reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos, prevenir o reaparecimento dos episódios sintomáticos e a deterioração associada ao funcionamento da pessoa, assim como dar um apoio ao indivíduo, para que possa ter um funcionamento ao mais alto nível. Porém, há pacientes que não aderem ao tratamento, tendo como principais comportamentos a recusa em reconhecer a necessidade de tratamento, a dúvida na eficácia dos medicamentos, a preocupação com os efeitos secundários, com o estigma, terem vergonha do que as outras pessoas possam pensar, o esquecimento, a preocupação com o preço ou a incerteza da finalidade do medicamento (Harrison et al., 2006). Haas et al. (2009) mostram que os antipsicóticos são o apoio ao tratamento agudo e de manutenção na

esquizofrenia. Estes mostram-se eficazes no tratamento das alucinações, delírios e distúrbios do pensamento, prevenindo possíveis recaídas.

Existem dois tipos de drogas antipsicóticas: os antipsicóticos típicos ou convencionais (1ª geração) e os antipsicóticos atípicos (2ª geração). Os antipsicóticos da 1ª geração processam eficazmente perante sintomas psicóticos positivos dos doentes em 70% dos casos, e são os que têm também maior impacto no funcionamento cognitivo, melhorando a ativação cerebral em determinadas zonas corticais. A clozapina é o antipsicótico mais comum (Harrison et al., 2006; O' Grada & Dinan, 2007; Snitz et al., 2005; Rummel et al., 2012; Subotnik et al., 2014). Por outro lado, os antipsicóticos de 2ª geração impedem os recetores de dopamina e serotonina, o que resulta numa melhoria dos níveis dos sintomas positivos, facilitando no tratamento dos sintomas negativos. (Galera & Giacon, 2006). Porém, como efeitos paralelos destes antipsicóticos, podem surgir o aumento de peso, a maior prevalência de ocorrer diabetes de tipo 2 e também um maior risco de acidente vascular cerebral (Harrison et al., 2006). Analisando ainda os efeitos dos antipsicóticos de 2ª geração, verifica-se, que os pacientes com esquizofrenia apresentam entre uma vez e meia a duas vezes maiores probabilidades de virem a ter excesso de peso, correndo também um duplo risco de virem a ter diabetes e hipertensão e um risco aproximadamente cinco vezes maior de dislipidemia, assim como distúrbios a nível dos lípidos, em comparação com a população em geral (Hert et al., 2009). Na esquizofrenia, a inatividade física é identificada como um dos mais importantes fatores de risco associados à doença cardiovascular e, por conseguinte, à mortalidade (Kilbourn et al., 2009; Huang, 2011).

Para além da medicação, é importante considerar outros aspetos associados à funcionalidade psicossocial, ao desenvolvimento de recursos de suporte e à reintegração e participação destes indivíduos na sociedade, de forma a serem independentes e a apresentarem uma melhoria na sua qualidade de vida (Assis et al., 2009; Cañamares et al., 2001; Hogarty, 2002; Marques, 2007; Roder et al., 2008; Silverstein, 2000; Wang et al., 2010). Neste contexto, é necessário destacar a importância da atividade física que constitui uma psicoterapia adicional para o tratamento. Segundo Ryan (2008), a atividade física pode e deve contribuir de forma substancial para o tratamento

da esquizofrenia, elevando a expressão social e a reinserção social dos pacientes. Foz et al. (2000) referem que tem surgido um aumento do interesse nas pesquisas sobre a contribuição da atividade física como terapia para o tratamento destas doenças, uma vez que esse tipo de atividade promove a qualidade de vida dos indivíduos. Richardson et al. (2005) afirmam que têm sido recomendados programas de atividade física, como medidas de rotina, nos serviços de psiquiatria para indivíduos com esquizofrenia.

2.2. Autoestima

2.2.1. Definição de Autoestima

Segundo Rosenberg (1986), a autoestima global corresponde a uma descoberta do “Eu” e de tudo o que se refere à personalidade do indivíduo, ao conhecimento de todos os aspetos positivos e negativos de si mesmo e ao respeito por si próprio. Isto permite ao indivíduo estabelecer relações mais ricas e produtivas com o seu meio envolvente, apresentando perante ele uma atitude de aprovação ou reprovação. O mesmo autor citado anteriormente identificou três regiões de autoestima: a de como o indivíduo se vê a si mesmo (o eu extenso), a de como gostaria de ser visto (o eu desejado) e a de como se mostra aos outros (o eu pressentido).

Burns (2004) e Lerry et al. (1995) distinguem dois tipos de autoestima - a condicional e a incondicional. A autoestima condicional baseia-se em estar satisfeito consigo mesmo, pelas qualidades que se adquirem e pelos defeitos que se eliminam ao longo da vida. A autoestima incondicional é mais simples, assumindo de forma automática um valor intrínseco, apenas só por se ser humano. Outra ideia importante que o autor realça é a de que o indivíduo tem verdadeira autoestima não quando é excelente, mas sim quando se sente como tal. De acordo com Branden (2001) & Park (2004), a autoestima é a soma da confiança e do respeito que alguém tem por si mesmo, estando nela implícito o juízo de valor que cada um faz da sua capacidade para enfrentar os desafios da vida e reclamar o seu direito a ser feliz, respeitando e defendendo os seus interesses e necessidades. Com isto, qualquer indivíduo se poderá sentir melhor preparado para fazer frente às adversidades que o rodeiam, tendo maiores probabilidades de ser criativo na vida profissional, mais ambicioso em todos os aspetos, com maiores possibilidades de estabelecer

relações pessoais enriquecedoras, conseguindo maiores níveis de respeito para respeitar o outro e, por fim, vivendo com mais alegria ao longo da vida.

Por outro lado, Polanio (2003) e Lerry (1995) propõem que o conceito de autoestima seja o de um indivíduo mais lutador, que deve entrar nas suas experiências negativas para as resolver, lutando contra elas, em vez de as negar, fazendo-se a si mesmo a partir de tudo o que seja bom ou mau, saudável ou doentio, acabando por conhecer o *self*, ou seja, a si próprio. Para André (2000) e Brown (1995) o amor, a confiança e a visão de si mesmo são os três pilares fundamentais para se ter uma boa autoestima. O amor por si próprio, cada indivíduo já o possui, cada um à sua maneira. A confiança surge de maneira natural, quando temos uma visão positiva de nós próprios e quando somos capazes de identificar as nossas qualidades, sabendo usá-las de forma que nos satisfaçam. Outro aspeto que o mesmo autor refere é que qualquer indivíduo pode ter autoestima, sendo que esta, porém, tem de ser alimentada regularmente, variando de indivíduo para indivíduo.

Relativamente à avaliação da autoestima, a escala de Rosenberg é um dos utensílios mais utilizados para avaliar a autoestima global (Rosenberg, 1989). Ela foi inicialmente desenvolvida por Rosenberg (1965) para a avaliação de adolescentes e hoje em dia pela sua transparência e cordialidade, a escala já foi traduzida em 28 idiomas diferentes e aplicado em 53 diferentes contingências culturais (Schmitt & Allik, 2005). É de longe a mais utilizada para o Auto-relatório da autoestima (Rosenberg, 1965).

O questionário de Rosenberg é constituído por 10 itens, focados nos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo, em que 5 são de orientação positiva e 5 de orientação negativa. A linguagem acessível e a rapidez de aplicação dos itens e os resultados positivos fizeram com que a escala de Rosenberg fosse um padrão de referência na avaliação da autoestima. A referida escala apresenta bons níveis de consistência interna, de estabilidade temporal e de correlações significativas com outros instrumentos e metodologias que avaliam a autoestima. A escala está validada no contexto cultural português por Santos & Maia com valores de consciência interna de 0,89 e 0,92. É de longe a mais utilizada para o auto-relatório da autoestima, sendo validada em muitas amostras populacionais, nomeadamente de

indivíduos com esquizofrenia, em Espanha por Vázquez Morejón et al., 2004 com valores de consciência interna de 0,72 e 0,89

A relação da autoestima com o autoconceito são fulcrais para o entendimento do *self*. A autoestima é compreendida como sendo os julgamentos que a pessoa faz de si própria, incorporando sentimentos positivos e negativos à sua própria pessoa. Assim, a autoestima consiste no método avaliativo que o indivíduo estabelece acerca das suas qualidades e desempenhos, integrando a parte afetiva do autoconceito (Fontaine, 1991).

2.2.2. Definição de Autoconceito

Segundo Rosenberg (1979), o autoconceito pode ser definido como um conjunto de pensamentos e sentimentos que se referem ao *self*, enquanto objeto. Segundo Neto (1998), o autoconceito não constitui necessariamente uma visão “objetiva” do que somos, mas sim uma amostra de nós próprios, tal como nos percebemos. O autoconceito tem como finalidade esclarecer a forma como um determinado indivíduo se relaciona com os outros e lida com diferentes áreas, a nível físico, social e espiritual ou moral, que fazem parte das suas necessidades e motivações. Permite ainda esclarecer o porquê de certas emoções surgirem em determinados contextos, o porquê da pessoa se inibir perante um fator extrínseco e o porquê do indivíduo apresentar um determinado comportamento perante uma situação ocasional. Com isto, é-nos permitido compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo. Quanto melhor for o autoconceito de um indivíduo, melhor será o seu desempenho num determinado papel social, tendo uma melhor satisfação pessoal e emoções mais agradáveis, acabando esse estado por originar novos comportamentos e objetivos (Serra 1986; McWhirter et al., 2002).

De acordo com Faria (2003), o autoconceito caracteriza-se por ser: organizado e estruturado – o indivíduo atribui significados às suas experiências e organiza-se; multifacetado e multidimensional – o indivíduo pode ter percepções distintas de diferentes áreas, tendo ou não uma ideia geral sobre si (Veiga, 1990). O conceito multifacetado e multidimensional parte do princípio de que o autoconceito é composto por vários subconceitos. Assim, é dividido em autoconceito académico e em autoconceito não académico. O autoconceito

acadêmico está dividido por subáreas específicas, nomeadamente, a Matemática, o Inglês e a História. O autoconceito não acadêmico encontra-se dividido por três subtipos, nomeadamente, o autoconceito físico (aptidões e aparência física), emocional (estados emocionais particulares) e social (pares sociais e pessoas significativas).

Através da atividade física, é possível desenvolver o autoconceito não acadêmico, essencialmente o autoconceito físico, uma vez que a aparência física será, então, uma dimensão da imagem corporal, definida como os pensamentos e sentimentos que as pessoas têm relativamente ao seu corpo (Barbosa, 2001) e associada a fatores desenvolvimentais, psicológicos e sociais, tais como a autoestima, a confiança interpessoal ou a estabilidade emocional (Cash & Pruzinky, 1990).

A imagem do corpo condensa um conjunto de representações que o indivíduo foi desenvolvendo acerca do seu corpo, através de experiências sensoriais, cognitivas, afetivas e sociais (Bruchon – Schwitzer, 1990; Cash & Pruzinsky, 1990). Segundo Batista (1995), a imagem do corpo é multidimensional, está integrada na imagem global do indivíduo e, por isso, interfere na autoestima global.

2.2.3. Definição de Autoperceção

Por autoperceção entende-se a noção que o sujeito tem de si próprio, através das suas atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das suas capacidades, competências, aparências e aceitabilidade social. Estas perceções formam-se através de experiências nos diferentes contextos de vida, perante reforços do meio e outros significados. A perceção que o sujeito tem de si mesmo, provavelmente, vai ter influência no seu comportamento e ação, interferindo na forma como se percebe (Shavelson et al., 1976).

Se um indivíduo possuir um autoconceito positivo, isso é sinónimo de que tem uma atitude positiva de si mesmo, através das autoperceções positivas de eficácia, competência, aceitação, segurança na sua aparência física e competências sociais. Irá gostar de si mesmo, confiar nas suas próprias capacidades, possuir um grau de satisfação consigo próprio, irá ter mais facilidade em ter relações de amizade, saberá utilizar os desafios como recursos para o seu desenvolvimento pessoal e conseguirá adequar as

estratégias de *coping* para rentabilizar e gerir o seu tempo (Antunes & Fontaine, 1996).

2.2.5. Autoestima e Esquizofrenia

Frequentemente, os indivíduos com esquizofrenia sofrem pela perda do seu emprego e pela perda de competências profissionais, assim como também desistem de procurar trabalho e até de escolher e manter um emprego (Brekke, Kohrt & Green, 2001; Massel et al., 1990). Algumas das características clínicas da doença, tais como os internamentos e a gravidade dos sintomas negativos, podem afetar drasticamente o desempenho do indivíduo no trabalho (Mowbray, Bybee, Harris & Beam-Goulet, 1995). A depressão é um fator muito desgastante ao longo desta doença provocando perdas significativas ao nível social e profissional (Aydemir, Danaci & Pirildar, 2002; Siris et al., 2002). Assim, a autoestima tem um papel fundamental na continuidade destes sintomas (Bowins & Shugar, 1998), sendo um importante fator no dia-a-dia do trabalho, bem como no percurso da vida profissional do indivíduo com esquizofrenia (Sax & Madison, 1997; Van Dongen, 1996).

As atitudes estigmatizantes face às doenças mentais são encontradas em toda a sociedade (Babic, 2010). As atitudes de estigmatização pela sociedade levam os indivíduos com esquizofrenia a distanciarem-se dela, acabando esse afastamento por reduzir a possibilidade de procurarem o acesso aos bens essenciais (Link, 2001) (Corrigan, 1999). Indivíduos com maiores níveis de resistência ao estigma e maior oposição aos estereótipos da sociedade apresentam maiores níveis de autoestima, de autoconfiança, maiores níveis de metacognição e maior à-vontade para viverem em sociedade (Sibitz, 2011).

Os indivíduos com esquizofrenia apresentam, no geral, uma baixa autoestima provocada pela fraca aceitação da doença, o que os pode mesmo levar a desenvolver ideias suicidais, depressão e desespero (Beck et al., 2009). Por vezes, acabam por deixar o tratamento que lhes foi prescrito, isolando-se nas suas habitações pelo estigma público de que sentem vergonha (Rush et al., 2002). Pelo contrário, os indivíduos com Esquizofrenia com alta autoestima apresentam uma melhor capacidade de adaptação, são mais honestos em relação a si mesmos e mais propensos a aceitarem-se a si próprios e a serem

aceites pelos outros à sua volta, revelando maiores níveis de confiança, mais motivação, menos estereótipos na forma como a sociedade os vê, apresentam uma melhor percepção e atitudes mais positivas face à medicação, assim como um aumento da duração do trabalho, independentemente do tipo de trabalho realizado (Bustillo et al., 2001).

2.3. Atividade Física

2.3.1. Atividade Física e Saúde

A Organização Mundial da Saúde (2012) passou a considerar a saúde como uma condição humana, nas dimensões física, social e psicológica, caracterizada por uma continuidade de polos positivos e negativos. A saúde positiva é descrita como a capacidade de ter uma vida satisfatória, vivida de forma feliz, confirmada, na maior parte das vezes, pela percepção de bem-estar geral; já a saúde negativa está associada à morbidade que, no extremo, pode levar à mortalidade prematura.

Neste contexto, vale a pena refletir sobre o conceito de atividade física. Assim, a atividade física é definida como sendo a de qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, originando um gasto de energia superior ao estado de repouso (Caspersen et al., 1985). O exercício físico refere-se ao movimento corporal estruturado, repetitivo, e executado, com o intuito de melhorar e/ou manter uma ou mais componentes de boa forma física, por uma série de movimentos de diversos segmentos corporais, feitos de forma repetitiva e estruturada, o que leva ao desenvolvimento de uma aptidão física, de habilidades motoras, sendo o condicionamento físico, estabelecido de acordo com o diagnóstico de necessidades ou défices específicos dos seus praticantes, em diferentes contextos (Domingues, Araújo & Gigante, 2004). A atividade física é estimada como uma das funções humanas mais básicas e importantes da vida de qualquer ser humano, sendo também considerada como um dos melhores métodos para a manutenção da saúde (Domingues, Araújo & Gigante, 2002).

A atividade física leva à aptidão física, dividindo-se esta em aptidão física relacionada com a performance e em aptidão física relacionada com a saúde. A primeira diz respeito aos contributos para um bom desempenho em tarefas específicas, quer a nível profissional quer nos desportos. A aptidão

física relacionada com a saúde envolve várias componentes associadas ao estado de saúde, à utilização de energia para as atividades da vida diária ou à prevenção e redução dos riscos de doenças (Cavill et al., 2006; Nahas, M., 2010).

Nesse sentido, o *American College of Sports Medicine* (2000) descreve as atividades aeróbicas como sendo aquelas que são realizadas a 60% a 80% da frequência cardíaca máxima. A estimulação da função do sistema cardiorrespiratório e do sistema vascular, feita por este tipo de atividade física que intervém no metabolismo, acaba por aumentar a capacidade cardíaca e pulmonar, assim como preenche o músculo de energia, a partir do oxigênio. O exercício anaeróbico é realizado entre 80% a 90% da frequência cardíaca máxima ou no limiar máximo (90% a 100%), verificando-se a produção de ácido láctico e um grande esforço realizado por um número restrito de músculos (ACSM, 2000).

Ciente do papel fulcral da atividade física na prevenção da doença e no bem-estar dos indivíduos, o *American College of Sports Medicine* (2007) aconselha mesmo a realização de cerca de 30 a 60 minutos de atividade física, de intensidade moderada, no mínimo três vezes por semana, para se obterem benefícios para a saúde, em geral. Para além disso, recomenda-se a prática de atividade física de 30 minutos, de intensidade moderada, todos os dias, para a obtenção de benefícios para a saúde ou, em alternativa, a realização de 60 minutos de atividades vigorosas em pelo menos 3 dias por semana. Estas atividades devem ser do tipo: andar de bicicleta, natação, ténis, corrida, entre outros. É claro que a atividade física tem de ser ajustada à condição física e à faixa etária, os adultos devem praticar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica, durante a semana, de intensidade moderada. Para se obterem benefícios de saúde adicionais, o tempo dessa atividade física deverá ser alargado para cerca de 300 minutos semanais (ACSM, 1998).

Os inúmeros benefícios característicos da prática de atividade física são, pois, amplamente reconhecidos, quer a nível fisiológico, quer a nível psicológico (Colberg, 2003; Gouveia, 2001). Constata-se que, problemas de saúde relacionados com o excesso de peso e a obesidade, em indivíduos adultos, parecem ser fruto das suas dificuldades nas tarefas da vida diária, no surgimento de fadiga e de dor, do isolamento social e da depressão (Braet &

Vien, 1997; Rimmer et al, 2007; Besdevant, 2006). Pode-se, pois, concluir que a prática de atividade física, de forma regular, uma alimentação saudável, a redução dos níveis de *stress* e manter relacionamentos positivos são hábitos de vida essenciais para se ter qualidade de vida, mais saúde, bem-estar e um estilo de vida positivo (NAHAS, 2006).

A atividade física, com gasto de 2000 Kcal por semana, está associada a um aumento de um a dois anos de esperança média de vida (Warburton, Nicol & Bredin, 2006). Assim, na área da condição física, os benefícios da atividade física traduzem-se no aumento da força, da resistência, da velocidade e da flexibilidade. Na área psicomotora, as vantagens revelam-se na melhoria do controlo postural, na coordenação motora, no equilíbrio, no conhecimento do corpo e das suas reais potencialidades, quer psicomotoras, quer físicas, assim como no desenvolvimento de certos centros nervosos e de estruturas anatómicas danificadas, o que poderá adiantar o processo terapêutico, desenvolver o desenvolvimento cognitivo, levando ao aumento do autoconceito e da comunicação. A atividade física contribui, igualmente, para o impedimento de estados depressivos e de ansiedade, para a redução da instabilidade e da agressividade, para o agilizar da integração social e para o aumento global da qualidade de vida, produzindo uma sensação de bem-estar e equilíbrio (Lança, 2007).

2.3.2. Atividade Física e Esquizofrenia

Os processos de motivação para a prática de atividade física são um grande desafio para melhorar a adesão das pessoas, em geral, e, em especial, dos indivíduos com doenças mentais, como aquela que temos vindo a destacar – a esquizofrenia. Ao nível físico os indivíduos com esquizofrenia são menos ativos do que a população em geral (Faulkner et al., 2006). Ora, como vimos, um fator de risco relacionado com as doenças cardiovasculares é o sedentarismo (Kilbourne et al., 2009). Verifica-se que mais de 75% dos indivíduos com esquizofrenia não praticam atividade física vigorosa e mais de 40% não executam sequer atividade física moderada (Faulkner et al., 2006).

Esta constatação é bastante negativa, uma vez que se sabe que a atividade física melhora a qualidade de vida e a saúde física desses indivíduos

com esquizofrenia (Richardson et al., 2005). Através dela, é possível combater as emoções negativas (depressão e ansiedade), reduzir o stress, melhorar a qualidade do sono e a autoestima (Faulkner & Biddle, 1999; Faulkner & Sparker, 1999; McAuley, 1994). O controlo dos sintomas positivos também é um dos benefícios da prática de atividade física (e.g., alucinações auditivas) (Faulkner & Biddle, 1999).

Sonstroem (1984) analisou 16 estudos com vários tipos populacionais incluindo esquizofrenia, para testar a hipótese de que a participação em programas de exercício melhora a autoestima. Estes estudos levaram à conclusão de que programas de exercício estão associados com um aumento significativo nos valores dos escores de autoestima dos participantes. Esta conclusão foi baseada numa predominância de resultados positivos, em 16 estudos.

Beebe et al., (2005) aplicaram, durante 2 meses semanas, sessões de caminhadas, em indivíduos com Esquizofrenia e concluíram a sua importância do benefício da saúde física dos participantes. Outro estudo, Acil et al. (2008) verificaram que a AF sobre o estado mental e a qualidade de vida de 30 indivíduos, durante um programa de 10 semanas, concluindo que a AF é útil na diminuição dos sintomas psiquiátricos bem como no aumento da qualidade de vida. Gomes et al., (2014) demonstraram que o AF pode ter um impacto positivo sobre a qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia, estudo este realizado durante 6 anos.

Um outro estudo, de Maggouritsa et al., (2014), foi realizado com 30 indivíduos com Esquizofrenia durante 8 semanas, com um programa de exercício físico com o objetivo de verificar se o exercício físico interfere na autoimagem e na autoestima dos indivíduos. Os dados foram recolhidos pela Escala de Body-Cathexis e pela Escala de Autoestima de Rosenberg. Os resultados demonstram que, através da atividade física realizada com indivíduos com Esquizofrenia, se obtiveram efeitos positivos.

Vancampfort et al., (2011), através de um estudo com 67 indivíduos com Esquizofrenia no qual se aplicou o Teste da Caminhada dos 6 minutos, o Physical Self-Perception Profile e o da B-WISE, o objetivo do estudo foi de comparar o nível de atividade física e a capacidade funcional para o exercício com as variáveis da imagem corporal e da autoestima. Concluiu-se, pelos

feedbacks positivos dados pelos terapeutas, que se verificou motivação nos pacientes para se tornarem-se mais ativos fisicamente.

Finalmente, apreciou-se ainda um “estudo de caso”, realizado com um jovem adulto do sexo masculino, com o diagnóstico de Esquizofrenia. Este foi submetido a um programa de exercício progressivo, durante 12 semanas. Concluiu-se aqui também que um programa de exercício pode ajudar as pessoas com doenças mentais graves, nomeadamente com Esquizofrenia, a melhorarem a sua condição física, a reforçarem a autoconfiança, a melhorarem a imagem corporal e a desenvolverem as suas capacidades emocionais e psicossociais (Adams, 1995).

Vannfraeche-Raway & Boussard (1995) defendem, pois, que a atividade física merece ter um lugar importante no processo terapêutico, salientando que o exercício confirma, através do corpo, o que a psicoterapia faz pelas funções mentais.

2.4. Capacidade Funcional

2.4.1. Definição de Capacidade Funcional

O débito cardíaco refere-se à quantidade de sangue bombeada pelo coração, habitualmente durante o período de 1 minuto. O valor máximo para o débito cardíaco reflete a capacidade funcional em atender às solicitações da atividade física. Por ser referente a uma bomba como o coração, depende do seu ritmo de bombeamento, da frequência cardíaca e da quantidade de sangue ejetada em cada bombada, o volume de ejeção. A pessoa treinada pode ter uma frequência cardíaca máxima ligeiramente menor que a pessoa sedentária, em idade semelhante. Assim sendo, o atleta de endurance consegue obter uma grande capacidade funcional exclusivamente como resultado de um grande volume de ejeção. De uma forma geral, a capacidade funcional do coração durante o exercício máximo é maior em indivíduos treinados do que em destreinados (McArdle et al., 2001).

Segundo Spirduso (1995), o aumento da longevidade deverá corresponder à aptidão de manter a qualidade de vida agregada à melhor saúde, ao bem-estar, bem como ao talento de realizar, de forma autónoma, as tarefas do dia-a-dia. Como refere Andrews (2001), é uma prioridade a aquisição de competências que possibilitem à população a execução das suas

tarefas básicas diárias, sem a ajuda de terceiros. As tarefas do dia-a-dia, como ir às compras, vestir-se, ir ao quarto de banho, implicam um nível mínimo de força muscular, flexibilidade, coordenação e equilíbrio.

O conceito de capacidade funcional pode, pois, ser definido como a eficiência com que o indivíduo corresponde às exigências físicas do dia-a-dia, que incorporam desde as atividades mais básicas, para se ter uma vida autónoma, até às ações mais complexas da rotina diária, como as deslocações, o autocuidado, a frequência de atividades ocupacionais e recreativas (Shubert et al., 2006; Okuma, 1997). A capacidade funcional baseia-se, assim, num novo paradigma de saúde, para que qualquer indivíduo possa viver de forma autónoma, executando as atividades físicas e mentais necessárias, para a preservação das suas atividades básicas e instrumentais (Ramos, 2003; Sousa, 2002).

Doherty (2003) mostrou que um dos principais pontos que contribui para a diminuição de desempenho da capacidade funcional é a diminuição da força e da massa muscular, o que se verifica ao longo do envelhecimento. A interação das várias aptidões físicas que fazem parte da capacidade funcional poderá complicar a determinação sobre o predomínio de qual aptidão física é que é mais pertinente para uma dada ação funcional (Camara et al., 2008).

2.4.2. Capacidade Funcional na Esquizofrenia

Indivíduos com esquizofrenia apresentam uma saúde em geral bem como a capacidade funcional abaixo do recomendado em comparação com a população geral na realização das tarefas de vida diária (Hennekens et al., 2005). Melhorar a capacidade funcional destes indivíduos irá melhorar a inclusão social, ficando menos tempo durante o internamento, para a promoção dessa inclusão do paciente na sociedade, fazendo parte do processo de reabilitação deste mesmo. Com isto, o paciente volta às suas funções que sempre teve, de ser pai ou mãe ou irmão(ã), de estar a trabalhar ou a estudar, de ter a capacidade de administrar a sua vida financeira, entre outras (Harvey et al., 2007). Encarregar estes pacientes de determinados papéis sociais pode melhorar as terapias realizadas, podendo ainda ajudar no melhor entendimento da capacidade funcional desta população, sendo também uma forma de colaborar no processo da inclusão social, entre outros (Harvey et al., 2007).

Apesar do aumento do risco de doença nesta população e, contrariamente ao que seria de esperar, os pacientes com esquizofrenia ainda têm um acesso mais restringido a cuidados de saúde em geral, com reduzidas oportunidades para a prevenção e tratamento, do que o que se verifica na população sem problemas psiquiátricos (Vancampfort et al, 2013). Há um número restringido de tratamentos físicos para os pacientes psiquiátricos, tanto na prática da atividade física, quanto no aumento da capacidade funcional motora na atuação primária ou secundária (Vancampfort et al, 2010).

Para se avaliar a capacidade funcional de um indivíduo realiza-se o Teste de Caminhada de 6 minutos que é um teste submáximo, fácil de administrar, barato e seguro, validando vários tipos de resposta, desde as respostas globais e integradas de todos os sistemas envolvidos durante exercício, incluindo o sistema pulmonar e cardiovascular, circulação sistêmica e periférica, aos sistemas neuromusculares (American Thoracic Society, 2006).

O aumento da capacidade funcional (VO₂pico) em pelo menos 1 MET, correspondente ao metabolismo basal, poderá melhorar a sobrevivência em cerca de 12%, nos homens (Myers et al., 2002) e em 17%, nas mulheres (Batista et al., 2011), podendo um modesto 0,28 MET (1 ml/kg/min) melhorá-la em 9% (Kavanagh et al., 2002). Uma maior capacidade de funcionamento cardiorrespiratório, dos pulmões e do sistema circulatório em fornecer oxigênio e nutrientes aos músculos, para que estes possam realizar o seu trabalho (Heyward, 2004), está associada a um aumento da esperança de vida, junto dos fatores de risco das doenças cardiovasculares (Batista et al., 2011).

2.5. Referências Bibliográficas

- Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815
- Adams, L. (1995). How exercise can help people with mental health problems. *Nursing Times*, 91, 37-39
- Addeo, R. R., Greene, A. F., Geisser, M. E. (1994). Construct validity of the Robson Self-esteem Questionnaire in a college sample. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 439 – 446

- American Psychiatric Association (2015). DSM – V: Manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais. *Lisboa: Climepsi Editores, (4)*
- American Thoracic Society. (2006). Guidelines for the Six – Minutes Walk Test. *ATS Statement*
- André, C., & Lelord, F. (2000). A autoestima. Gostar de si mesmo para viver melhor com os outros. *Editorial Presença*
- Andreasen, N. (1999). A unitary model of schizophrenia: Bleuler’s “fragmented phrene” as schizencephaly. *Arch Gen Psychiatry, 56, 781-789*
- Antunes, C., & Fontaine, A., M. (1996). Relação entre o conceito de si próprio e a percepção de apoio social na adolescência. *Caderno de Consulta Psicológica, 12, 81 - 92*
- Assis, J. C., Villares, C. C., & Bressan, R. A. (2009). Entre a razão e a ilusão, desmistificando a esquizofrenia. *Porto: Encontrar-se*
- Association, A. P. (2015). Manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais
- Aydemir, O., Danaci, A. E., & Prildar, S. (2002). Distinguishing depressive from no depressive patients in schizophrenia in terms of symptomatology. *Turkish Journal of Psychiatry, 13, 173–178.*
- Babic, D. (2010). Stigma and mental illness. *Mat Soc Med, 22, 43 - 60.*
- Baldwin, A., & Hoffman, J. P. (2002). The dynamics of self-esteem: A growth-curve analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 31, 101-113.*
- Barch, D. Carter, C., & Cohen, J. (2004). Factors influencing stroop performance in schizophrenia. *Neuropsychology, 18, 477 – 489.*
- Baspure, S., Jagannathan, A., Kumar, S., Varambally, S., Thirthalli, J., Venkatasubramanain, G., Nagendra, H., & Gangadhar, B. (2012). Barriers to yoga therapy as an add-on treatment for schizophrenia. *Joy International Journal of Yoga, 70-73.*
- Battaglia, G., Alesi, M., Ingulia, M., Rocella, M., Caramazza, G., Bellaforce, M., & Palmar, A. (2013). Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 595–603.*
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2009) Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy. *Guilford Press.*

- Beebe, L. H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S. S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(6), 661-676.
- Bentall, R., & Mclnman, A. (1993). Exercise and the quality of life.
- Bernard, P., Romain, A., Esseul, E., Artigusse, M., Poy, Y., Baghdadli, A. & Ninot, G. (2013). Barrières et motivation à l'activité physique chez l'adulte atteint de schizophrénie: revue de littérature systématique. *Science & sports, 28*, 247-252.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. Measures of personality and social psychological attitudes. *San Diego, CA: Academic Press, 1*, 115 – 160
- Bleur, E. (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias. Monograph series of schizophrenia. *New York: International University Press, 1*
- Braden, N (2001). Os Seis Pilares da Autoestima. *Paidós Ibérica, Barcelona*
- Brekke, J. S., Kohrt, B., & Green, M. F. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 697 – 708.
- Brown, J. D. (1993). Self-esteem and self-evaluation: Feeling is believing. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self, 4*, 27 – 58.
- Bruchon – Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the body image: the Body Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills, 65*, 887 – 893.
- Burns, D. (2004). Autoestima em Dez Dias. *Paidós Ibérica, Barcelona*
- Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., et al (2001) The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry, 158*, 163175.
- Byrne, B. M. (1983). Investigating measures of self-concept. *Measurement and Evaluation in Guidance, 16*, 115 – 126
- Caemmerer, J., Correll, C., & Maayan, L.(2012). Acute and maintenance effects in no pharmacologic interventions for antipsychotics associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophrenia, 140*, 150-168

- Camara, F. M., Gerez, A. G., Miranda, M. L. J., & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiatr*, 15 (4), 249 - 256
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. A., & Rodriguez, A. (2001). Esquizofrenia. *Madrid: Editorial Síntesis*
- Carpenter, W. T. (2004). Clinical constructs and therapeutic discovery. *Schizophrenia*, 72, 69 - 73
- Carter, E.W., & Hughes, C.(2005). Increasing social interaction among adolescents with intellectual disabilities and their general education peers: Effective interventions. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30, 179 - 193
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1990). Body Images: Development, Deviance and Change. *New York, London, The Guilford Press*
- Cavill, N., Foster, C., Oja, P., & Martin, B. W. (2006). Evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: Contrasting case studies. *Promotion & Education*, X (3), 104 - 111
- Chiu, L. H. (1988). Measures of self-esteem for school-age children. *Journal of Counseling and Development*, 66, 298 – 301
- Corrigan, P., W. (1999). The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*, 5, 201-222
- De Hert, M., Schreus, V., Vancampfort, D., & Van Winkel, R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*, 8(1), 15 – 22
- Demo, D. H. (1985). The measurement of self-esteem: Refining our methods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1490 – 1502
- Doherty, T, J. (2003) Invited Review: Aging and sarcopenia. *Journal of Applied Physiology Published*, 95(4), 1717 - 1727
- Domingues, M., Araújo, C., & Gigante, D. (2002). Conhecimento e percepção sobre o exercício físico em uma população urbana do sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 11 - 37
- Duarte, E., & Lima, S. M. T. (2003). Atividade física para pessoas com necessidades especiais: experiência e intervenções pedagógicas. *Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan*

- Elkis, H. (2000) A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 22, 23-26
- Elkis, H., Fracanzani, A., Thompson, P., Maes, M., & Meltzer, H. (1995). The concept of schizophrenia and the phenomenological models of Kraepelin, Bleuler and Schneider: A confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Research*, 15
- Faria, L. (2003). A importância do auto-conceito em contexto escolar. *Psicologia, sociedade & bem-estar. Leiria: Editorial Diferença*, 87 - 97
- Flores et al., (2011) Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Mental*, 34, 429-433
- Fountaine, A., M. (1991). O conceito de si próprio no ensino secundário: processo de desenvolvimento diferencial. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 33 - 54
- Francis, L. J., & Wilcox, C. (1995). Self-esteem: Coopersmith and Rosenberg compared. *Psychological Reports*, 76, 1050
- Garety, P., A, Kmipen, E., Fowler, D., Freemam, D., & Bebbington, P., E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 21(2), 189 - 195
- Gholipour, A., Abolghasemi, H., Gholinia, K. & Taheri, S. (2012). Token Reinforcement Therapeutic Approach is More Effective than Exercise for Controlling Negative Symptoms of Schizophrenic Patients: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Preventive Medicine*, 466-470
- Griffiths, R. A., Beumont, P. J. V., Giannakopoulos, E., Russel, J., Schotte, D., Thornton, C., Touyz, S. W., & Varano, P. (1999). Measuring self-esteem in dieting disordered patients: The validity of the Rosenberg and Coopersmith contrasted. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 227 – 231
- Hagborg, W. J. (1996). Scores of middle-school-age students on the Rosenberg Self-esteem Scale. *Psychological Reports*, 78, 1071 – 1074
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., R, G., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global psychical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247 - 257

- Harrison, P., Geddes, J., & Harpe, M. (2006). Handbook of on sport psychology. *Lisboa: Climpsi Editores*
- Harvey, P. D., Velligan, D. I., e Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia bulletin, 33(5)*, 1138
- Hasson, O., I., Hertz, I., Vilchinsky, N., & Kravetz, S. (2009). Attitudes toward the sexuality of persons with physical disabilities. *Submitted*
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. (2005) Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J, 150*, 1115–1121
- Hernandes, E. S. C. & Barros, J. D. F. B. (2004). Efeitos de Um Programa de Atividades Físicas e Educacionais para Idosos Sobre o Desempenho em Testes de Atividades da Vida Diária. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento, 12 (2)*, 43 – 50
- Hert, M., Bobes, J., & Cetkovich-Bakmas, M. (2011). Psychological (ou Physical?) illness in patients with severe mental disorders. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, and recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry, 138 - 151*
- Hoening, J. (1995). Schizophrenia: clinical section. A history of clinical psychiatry. *London: The Alone Press*, 336 - 408
- Hogarty, G. E. (2002). Personal therapy for schizophrenia & related disorders: a guide to individualized treatment. *New York: The Guilford Press*
- Hollmann, W., Struder, H. K., Tagarakis, C. V., & King, G. (2007). Physical activity and the elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, 14(6)*, 730 - 739
- Hooper, S., Giuliano A, Youngstrom E, Breiger D. (2010) Neurocognition in early-on set schizophrenia and schizoaffective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 49*, 52-60
- Huang, H., Wang, Y., & Wu, C. (2011). A polymorphism and weight gain in patients with schizophrenia under long-term clozapine, risperidone or olanzapine treatment. *Neurosci Lett, 504*, 274 – 285
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 250*, 274 - 285

- Keith, L. K., & Bracken, B. A. (1996). Self-concept instrumentation: A historical and evaluative review. *Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations*, 91 – 170
- Keshavan, M. S., Tandon, R., Boutros, N., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, just the facts. *Pathophysiology. Schizophrenia*, 106, 86 - 107
- Khashan, A, M, & Abel, K, M. (2008). Higher risk of spring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Arch Gen Psychiatric*, 65, 146 - 152
- Kilbourne, A., Morden, N., Austin, K., Ilgen, M., MacCarthy, J. D., G, & Blow, F. (2009). Excess heart-disease related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(6), 555 - 603
- Kohl, H. W., Fulton, J. E., & Caspersen, C. J. (2000). Assessment of physical activity among children and adolescents: a review and synthesis. *Preventive Medicine*, 31(2), 54 - 76
- Kraepelin, E. (1919). Dementia praecox and paraphrenia. Edinburgh: E & S Livingstone, 74 – 75
- Kyzidiris, T. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *The German Journal of Psychiatry*, 8, 42 - 48
- Kyziridis, T. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *The German Journal of Psychiatry*, 8, 4248
- Lança, R. (2007). O desporto e o lazer - Uma gestão integrada. *Lisboa: Caminho*
- Leary, M., Tambor, E., Tendar, S., & Downs, D. (1995). Self-Esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518 – 530
- Liberman, J., Stroup, T., Perkins, D. (2013). Fundamentos da Esquizofrenia. *Artmed*.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese, T. S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as barrier to recovery (?): The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatry Serv*, 52, 1621 – 1645.

- Maggouritsa G., Kokaridas D., Stoforos P., Patsiaouras A., Digelidis N., Theodorakis Y. (2014). The Effect of a Physical Activity Program on Improving Body Cathexis and Self-Esteem of Patients with Schizophrenia. *Inquiries in Sport and Physical Education*, 12, 40-51.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationship between symptoms, life satisfaction, and self concept. *Journal of Health and Social Behaviour*, 42(1), 64 - 79
- Massel, H. K., Liberman, R. P., Mintz, J., Jacobs, H. E., Rush, T. V., Giannini, C. A., & Zarate, R. (1990). Evaluating the capacity to work of the mentally ill. *Psychiatry*, 53, 31–43
- McArdle, W. D., Katch, F. I., & KATCH, V. I. (2001). Exercise Physiology - Energy, Nutrition, and Human performance. *Lippincott Williams & Wilkins*, 5
- McCurdy, B. A., & Kelly, D. B. (1997). Correlations of the MMPI-2 Low Self-esteem Scale with two self-esteem measures. *Psychological Reports*, 81, 826.
- Medecine (ou Medicina?), A. C. o. S. (2000). Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua prescrição. *Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan*, (5)
- Mikulovic, J., Marcellini, A., Conte, R., Duchateau, G., Vanhelst, J., & Fardy, P. S. (2010). Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency: Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite*, 56 (2), 403 - 407
- Mowbray, C.T., Bybee, D., Harris, S. H., & McCrohan, N. (1995). Predictors of work status and future work orientation in people with psychiatric disability *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 17 - 28
- Nahas, M. V. (2010). Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de vida ativo. *Brasil: Londrina Midiograf*, (5)
- Neto, F. (1998). Psicologia Social. *Universidade Aberta*
- O'Brien, E. J. (1985). Global self-esteem scales: Unidimensional or multidimensional? *Psychological Reports*, 57, 383 – 389
- Okuma, S. S. (1997). O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico. *São Paulo: Universidade de São Paulo*

- Organization, W. H. (2002). World Health Report: Reducing risks promoting healthy life. *Geneva: WHO*
- Pacher, S., Husted, J., Cohen, S., & Tomlinson, G. (1997). Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 22 (4)*, 231 – 234
- Pearsall, R., Smith, J., Pelosi, A. & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 14*
- Peters, C., P. (1991). Concepts of schizophrenia after Kraepelin and Bleur. *American Psychiatric Press, 93 - 107*
- Polanio, L, A. (2003). Em Busca da Autoestima Perdida. *Desclée de Brower, Bilbao*
- Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken, W., & Goris, M. (1992). Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: a reliability study. *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 89-97
- Puyau, M. R., Adolph, A. L., Vohra, F. A., & Butte, N. F. (2002). Validation and calibration of physical activity monitors in children. *Obesity Research, 10(3)*, 150 - 157
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: São Paulo. *Consulta: www.scielo.org/scielo*
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services, 56(3)*, 324 – 331
- Rider, B, A. (1978). Sensorimotor treatment of chronic schizophrenics. *Am J Occup Ther, 32(7)*, 451 – 455
- Roder, V., Zorn, P., Brenner, D., & Müller, R. (2008). Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos doentes com esquizofrenia, nas áreas residencial, laboral e de ocupação dos tempos-livres. *Porto: Encontrar-se, (2)*

- Rollins, G., R, Blond, G., R, Lysaker, P., H, McGrew, J., H, & Salyers, M., P. (2010). Coping with positive and negative symptoms. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 208 - 223
- Rosenberg, M. (1898). Society and the adolescent self-image. *Middletown, CT: Wesleyan University Press*
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. *Princeton: Princeton University Press*
- Rosenberg, M. (1979). Concerning (ou concerning"?)the Self. *Knieger Publishing Company*.
- Rosenberg, M. (1986). Concerning the Self Rendition *Florida: Kruger Publishing Company*
- Rummel, C., Komossa, K., Schwarz, S. (2012). Second generation antipsychotic drugs and extrapyramidal side effects: a systematic review and meta-analysis of head to-head comparisons. *Schizophr Bull*, 38, 167–177
- Rusch, N., Muller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Metzler, S., Dvorsky, D., Corrigan, P.W., Walitza, S., & Rossler, W. (2002). Longitudinal course of self-labeling, stigma stress, and well being among young people at risk of psychosis.
- Ryan, M. P. (2008). The antidepressant effects of physical activity: Mediating self-esteem and self-efficacy mechanisms. *Psychology and Health*, 23(3), 279 –307
- Santos, P. J., Maia, J. (2003). Análise Factorial Confirmatória e Validação Preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 2, 253 – 268
- Sawa, A., & Snyder, S., H. (2002). Schizophrenia: diverse approaches to a complex disease. *Science*, 296(5568), 692 - 695
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642
- Serra, A. (1986). A importância do autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57 - 66

- Serralonga, J. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. *Barcelona: Esquizofrenia, Masson, S.A* 455 - 487
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, J. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Education Research, 46*, 407 - 441
- Shubert, T. E., Schrod, L. A., Mercer, V. S., Busby, W. J., & Guiliani, C. A. (2006). Are scores on balance screening tests associated with mobility in older adults? *Geriatry Phys Ther, 29 (1)*, 33 - 90
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zideck, T., & Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bull, 37*, 316 - 323
- Silber, E., & Tippet, J. S. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Measurement, 35*, 897 – 904
- Silverstein, S. M. (2000). Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: unresolved issues, current trends and future directions. *Applied & Preventive Psychology, 9*, 227 - 248
- Simpson, C. K., & Boyle, D. (1975). Esteem construct generality and academic performance. *Educational and Psychological Measurement, 35*, 897 – 904
- Sirard, J. R., & Pate, R. R. (2001). Physical activity assessment in children and adolescents. *Sports medicine, 31 (6)*, 439 - 454
- Siris, S. G., & Bench, C. (2003). Depression and schizophrenia. *Blackwell Publishing Malden, MA*
- Snitz, B. E., Macdonald III, A. W., Carter, C.S., 2006. Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: a metanalytic review of putative phenotypes. *Schizophr Bull, 32*, 179 – 194
- Sonstroem, R. (1984). Exercise and self-esteem. *Exercise and Sport Sciences Review, 12*, 123-155 ???
- Sorensen, H. J., Nielsen, P. R., Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2011). Association between prepartum maternal iron deficiency and offspring risk of schizophrenia: population-based cohort study with linkage of Danish national registers. *Schizophrenia Bull, 37*, 982 - 987.

- Spirduto, W. W. (1995). Psychical (ou “physical”?) Dimensions of Aging. *Champaign, Illinois, Human Kinetics*
- Spirduto, W. W. (2005). Dimensões físicas do envelhecimento. *Barueri: Manole*
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders. *New York: Biometrics Research.*
- Stone, M., Morrison, D., Pilowsky, S., (2007). Glutamate and dopamine dysregulation in schizophrenia: a synthesis and selective review. *J Psychopharmacol*
- Strassnig, M., Brar, J. and Ganguli, R. (2011). Low cardiorespiratory fitness and a physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *National Institutes of Health, 103-109*
- Subotnik, K., Ventura, J., Gretchen – Doorly, D., Helleman, G., Agee, E., Casaus, L., Luo, J., Villa, K., Nuechterlein, K. (2014). The impact of second – generation antipsychotic adherence on positive and negative symptoms in recent-onset schizophrenia: *Schizophrenia Research*
- Tanaka, H., Taira, K., Arakawa, M., Urasaki, C., Yamamoto, Y., Okuma, H., Ueki, E., Sugita, Y., Shirakawa, S. (2002). Short naps and exercise improve sleep quality and mental health in the elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 56(3), 233 – 234*
- Tandol, R., & Narrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. *Schizophrenia Research, 102, 1-18*
- Vancampfort D., Probst M., Sweers K., Knapen J., Hert M. (2011a) Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self – perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123, 423 – 430*
- Vancampfort Davy, Michel Probst, Amber De Herdt, Rui Manuel Nunes Corredeira, Attilio Camaro, Dirk De Wachter and MArc de Hert. (2013) An impaired health related muscular fitness contributes to a reduced walking capacity in patients with schizophrenia: a cross sectional study. *Biomedcenter Psychiatry, 13(5)*
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Van Winkel, R., Deckx, S., Maurissen, K., Peukens, J., De Hert, M. (2010) Considering a frame of reference of

- physical activity research related to the cardio metabolic risk profile in schizophrenia. *Psychiatry Research* 177, 271 – 279
- Vancampfort, D., Probst, M., Sween, K., Maurissen, K., Knapen, J. (2011b) Reliability, minimal detectable changes, practice effects and correlates of the 6 min walk test in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 187, 62 – 67
- Vanfraechem – Raway, R., & Boussard, J. (1995). Benefits of exercise for People with Psychological Disorders. In R, Vanfraechem – Raway e Y. V Auwele (Eds.), *Brussels*
- Volkmar, F. (2001) Childhood schizophrenia: developmental aspects. *Schizophrenia in children and adolescents*, 60-81
- Wang, J., Omori. M., Fenton, M., Soares, B. (2010). Sulpiride augmentation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, (1)
- Warburton, N. B. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. 174 (6), 801 - 809.

Capítulo III

Estudo Empírico

3. Estudo Empírico

3.1 - Introdução

A esquizofrenia é uma doença mental (Tandon et al., 2009). Em 1998, em Lisboa e no Vale do Tejo, cerca de 21,8% do total de internamentos em estabelecimentos psiquiátricos foram de pessoas com esta doença mental (Grupo Coordenador da Saúde Mental da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1998).

Os indivíduos com esquizofrenia apresentam um conjunto de sintomas psiquiátricos que se dividem em sintomas positivos e negativos (Acil et al. 2008; Sewell et al., 2010). Dos sintomas positivos, salientam-se a distorção das funções normais, alucinações, delírios, os distúrbios de pensamento, a incoerência e a agitação física, discurso desorganizado (Acil et al., 2008). Relativamente aos sintomas negativos, estes caracterizam-se pela diminuição ou até mesmo pela perda de funções, a nível social, cognitivo e afetivo, estando associados a desordens emocionais e comportamentais (Vancampfort et al, 2009). Um dos efeitos colaterais da medicação é a alteração metabólica, provocando um aumento de peso, começando a ter uma imagem corporal negativa de si mesmos e uma consequente baixa autoestima (Markowitz, 2001).

A autoestima é a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns ao auto-valor. Consiste num conjunto de pensamentos e sentimentos referentes ao ser em si próprio, tratando-se, assim, de uma orientação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação) destes mesmos valores (Kernis et al., 2005). A autoestima tem sido, pois, um conceito importante para a compreensão da etiologia e do tratamento dos indivíduos com esquizofrenia. Sabe-se que existe uma ligação entre uma baixa autoestima e o desenvolvimento de ideias paranóides, delírios (Benrall et al., 2001), bem como na manutenção dos sintomas psicóticos (Garety et al., 2001). Os indivíduos com esquizofrenia com alta autoestima apresentam uma maior capacidade para aceitar a própria doença, para lidarem melhor com a percepção do estigma demonstrando e melhores competências para levarem uma vida independente. Pelo contrário, um indivíduo com esquizofrenia, com baixa autoestima, possui uma fraca aceitação da doença, uma baixa autoaceitação, uma maior percepção

do estigma, apresentando sintomas de desmoralização, uma maior angústia e, conseqüentemente, uma pior qualidade de vida (Crocker & Park, 2004). Constata-se que uma baixa autoestima leva mais facilmente à depressão, às alucinações, à ansiedade, à solidão, à pouca autoconfiança, a um mau ajustamento ao meio e às emoções negativas (Leary, 1995; Roe, 2003), a uma maior presença de sintomas positivos e a uma atitude mais crítica por parte da família (Garety, 2001), o que pode desencadear, entre outras conseqüências, os transtornos alimentares e até as ideias suicidas (McGee & Williams, 2000; Fox, 2000). Pelo contrário, os indivíduos com elevada autoestima possuem uma melhor capacidade de adaptação, aceitam-se a si mesmos, possuem uma elevada autoconfiança, qualidade de vida e motivação para desempenhar as atividades do dia-a-dia, bem como apresentam uma melhor capacidade funcional e um melhor funcionamento psicossocial (Gureje et al., 2004; Jones et al., 2010; Hedlund & Gyllensten, 2010).

A capacidade funcional pode ser definida como a capacidade de o indivíduo viver e realizar tarefas de forma independente, no seu dia-a-dia (Patterson & Mausbach, 2010). A aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação indica o nível de funcionalidade máximo que esse indivíduo pode atingir num determinado domínio (WHO, 2002). As exigências do quotidiano da população com esquizofrenia vão desde manter a higiene pessoal, administrar de uma forma apropriada a sua medicação, vestir-se sem apoio de terceiros, procurar trabalho, para que consigam viver independentemente (Packer et al., 1997). Hernandez e Barros (2004) afirmam que a diminuição da capacidade fisiológica, da resistência muscular, da força, das funções neurológicas e emocionais se refletem nos domínios motores e de autocuidado, assim como na diminuição da qualidade de vida. Assim, melhorar a capacidade funcional dos indivíduos com Esquizofrenia irá promover uma maior inclusão social, fazendo com que possam participar em mais atividades, levando-os a sentirem-se pessoas mais produtivas. Deste modo, estes indivíduos poderão voltar às funções que sempre tiveram, desempenhando os seus papéis de pais, mães ou irmãos (ãs), sendo-lhes possível continuar a trabalhar ou a estudar, assim como ter a capacidade de gerir a sua vida financeira, entre outros aspetos (Harvey et al., 2007).

A prática regular de atividades físicas, na última década, tem demonstrado ser fundamental para o bem-estar físico e mental de indivíduos com esquizofrenia (Vancampfort et al., 2009; Gorczynski & Faulkner, 2010; Holley, et al., 2011). Assim, segundo Falkner et al (2010) pode considerar-se a atividade física como um método não farmacológico que deve ser incorporado, dados os seus benefícios, na prática clínica para tratamento destes doentes. Na verdade, a prática de exercício físico não só atenua os sintomas depressivos resultantes da doença mental como também melhora a autoestima e o humor dos pacientes (Ellis et al., 2007; Maggouritsa et al., 2014). Além destes benefícios, melhorias nas alucinações, na regulação do sono, no comportamento em geral e no aumento das interações sociais (Faulkner & Sparkes, 1999).

No que se refere a auto-estima uma dos questionários aplicados na população com esquizofrenia é o questionário de Rosenberg, o mesmo foi validado para indivíduos com esquizofrenia em território espanhol, onde incluiu indivíduos com esquizofrenia, com um nível de consistência interna de 0,86, a nível nacional ainda não foi validado para a população com esquizofrenia. A nível nacional, Romano et al. (2007) o validou o respetivo teste para a população adolescente com níveis de consistência interna de 0,63 (itens de caráter negativo) e 0,74 (itens de caráter positivo). Santos & Maia (2013) validaram-no a adolescentes portugueses e obtiveram níveis mais elevados de consistência interna, cerca de 0,89 na primeira aplicação e 0,92 na segunda aplicação. O questionário de Rosenberg teste já foi, pois, validado em várias amostras populacionais, nomeadamente em indivíduos com esquizofrenia, e está disponível em 28 idiomas em 53 diferentes tipos de cultura (Schmitt & Allik, 2005).

Ainda não foram encontrados na literatura estudos que tenham avaliado as propriedades psicométricas do questionário de Rosenberg (1965) aplicado à população com esquizofrenia. Adicionalmente, não foram encontrados estudos que avaliem a relação entre autoestima com as variáveis sociodemográficas e clínicas de indivíduos com esquizofrenia de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal. Assim, o objetivo deste estudo é de verificar as referidas propriedades psicométricas, a estabilidade temporal e a consistência interna do questionário de Rosenberg

(1965) realizado com a população com esquizofrenia. Adicionalmente, analisaremos comparativamente os níveis de autoestima em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal. Por último, foram avaliadas as associações entre a autoestima, capacidade funcional e o nível de atividade física.

3.2 - Material e Métodos

3.2.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 49 participantes da Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial (ANARP), da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Hospital São João e do Instituto de Saúde São João de Deus – Casa de Saúde de São José. Todos eles apresentavam diagnóstico de esquizofrenia, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (DSM-V, 2013). Os participantes possuíam idades compreendidas entre os 21 e os 59 anos (M=42,9; DP=8,76), sendo dez do sexo feminino (M=45,6; DP=8,96) e trinta e nove do sexo masculino (M=42,2; DP=8,69).

Para poderem participar no estudo, os participantes tinham de se enquadrar nos seguintes critérios de inclusão, previamente estipulados: I) possuírem idade superior a 18 anos; II) não terem défice cognitivo associado; III) terem situação clínica estável; IV) assinarem uma declaração de consentimento informado, constituído por todos os procedimentos do estudo. Os medicamentos da respetiva amostra encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Medicação Antipsicótica utilizada pela amostra

| Medicação Antipsicótica | N | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| 1ª Geração | 10 | 20.4 |
| 2ª Geração | 25 | 51 |
| 1ª e 2ª Geração | 14 | 28.6 |
| Total | 49 | 100 |

Constatamos que mais de metade dos indivíduos da amostra utilizava medicação antipsicótica de 2ª geração (51%), de seguida, a combinação da 1ª geração com a da 2ª geração (28,6%) e, por fim, a medicação da 1ª geração (20,4%).

3.2.2. Projeto “Impacto da Atividade Física e Desportiva em Pessoas com Doença Mental Grave”

Este estudo foi realizado através do Projeto “Impacto da Atividade Física e Desportiva em Pessoas com Doença Mental Grave”, desenvolvido com base no protocolo entre o Gabinete de Educação Física Especial da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (FADEUP) e a Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial (ANARP), a Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Hospital São João e o Instituto de Saúde São João de Deus – Casa de Saúde de São José. Este projeto visa combater a falta de oportunidades da prática de atividade física planeada, para pessoas com doença mental grave, proporcionando a esta população um programa de atividade física regular e estruturada, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia.

3.2.3. Instrumentos

3.2.4.1. Questionário sociodemográfico

Com vista a proceder à caracterização da amostra, foi aplicado o questionário sociodemográfico. O referido questionário focou informação relativa aos dados pessoais (e.g., idade, habilitações literárias, estado civil), aos hábitos de prática desportiva (e.g., a idade de início de prática, se o indivíduo praticava atividade física no presente, o contexto de prática), às patologias associadas (e.g., número de internamentos, as condições de internamento) e à medicação utilizada pelos participantes. Os técnicos das unidades de psiquiatria colaboraram no preenchimento do questionário sempre que necessário.

3.2.4.2. Medidas antropométricas

O peso foi registado através de uma balança digital *Tanita* (*Tanita MC 180 MA*, *Tanita Company*, Reino Unido). A altura foi medida com um estadiómetro portátil *SECA 241*, mantendo a altitude antropométrica firme e estável. A medição da circunferência da cintura foi realizada com uma fita métrica, após uma expiração suave, entre a última costela palpável e a crista ilíaca. A medição da circunferência do quadril foi realizada com uma fita métrica, em torno da porção mais larga da nádega. O IMC foi calculado através da divisão do valor do peso do participante, em quilogramas, pelo quadrado da sua altura, em metros, obtendo-se um valor final expresso em quilogramas por metro quadrado (kg/m²).

3.2.4.3. Teste da Caminhada dos 6 minutos (6MWT)

O Teste de Caminhada avalia a capacidade funcional para o exercício. Este é um teste submáximo, fácil de administrar, barato e seguro, que avalia, na globalidade, as respostas dos sistemas cardiovasculares e pulmonares, durante o esforço (American Thoracic Society, 2002). O respetivo teste dá-nos dados sobre a capacidade física do indivíduo, na execução de tarefas da vida diária (Solway et al., 2001). Para a aplicação do teste, é necessário com 30 metros, onde o objetivo é percorrer a maior distância com um esforço e uma velocidade normal durante seis minutos, sendo autorizado parar a caminhada no caso de fadiga extrema ou algum outro sintoma limitante como dor torácica, dispneia, palidez, câibras nas pernas ou sudorese (ATS, 2002). A variável principal avaliada pelo 6MWT corresponde à distância total percorrida durante os 6 minutos e as outras variáveis avaliadas são a fadiga, dispneia e percepção do esforço através de Tabela de Borg Modificada (Silva e Pontes, 2006).

O protocolo do 6MWT reporta para 6 minutos para a aplicação do teste, e são aconselhados mais 10 minutos iniciais para repouso e mensuração da pressão arterial e frequência cardíaca do indivíduo. No início e no final do teste faz-se a mensuração da pressão arterial e da frequência cardíaca e se for necessário, 10 minutos para voltar à calma. Assim, o total do teste, tem no máximo, 26 minutos para aplicação do teste. Está validado a nível nacional em

indivíduos com esquizofrenia por Gomes et al., 2014, o coeficiente de correlação foi de 0,94.

3.2.4.4. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

O Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta, IPAQ-SF, mede a atividade física dos indivíduos, durante os últimos sete dias (Craig et al., 2003). É composto por sete itens e dispõe de informações sobre o tempo despendido em atividades físicas diárias, em minutos por dia, assim como dos dados de cada item do questionário (e.g., atividade vigorosa, atividade moderada e caminhada). Os participantes são classificados como pouco ativos, moderadamente ativos, ou muito ativos. Os valores de referência, para o cálculo do dispêndio energético são: 8.0 METs para AF vigorosa; 4.0 METs para AF moderada; e 3.3 METs para caminhada. A AF total é obtida pela soma dos valores reportados para AF vigorosa, AF moderada e caminhada. Os participantes desta amostra foram questionados sobre o número de dias em que tinham praticado, AF, e sobre o período de tempo (duração) em que estiveram envolvidos em cada uma das atividades, durante os últimos sete dias. Faulkner et al. (2006) contribuiu para a validação deste teste para indivíduos com esquizofrenia a nível internacional, demonstrando que o mesmo é válido e fiável, para ser usado nesta população. Assim como Gomes et al. (2004) contribuiu para a validação do questionário para indivíduos com esquizofrenia a nível nacional.

3.2.4.5 Questionário de Rosenberg

A escala de autoestima de Rosenberg (1965) é a escala mais usada na avaliação da autoestima. Esta escala serve para determinar a autoestima de um indivíduo, focando os sentimentos de respeito e de aceitação de si mesmo. A escala é composta por 10 itens de linguagem simples. Contém cinco itens positivos (1, 2, 4, 6, 7) e cinco itens negativos (3, 5, 8, 9, 10), para medir os níveis da autoestima global. A escala vai de 1 a 4 pontos, em que 1 corresponde ao item “discordo completamente” e o 4 ao item “concordo completamente”. As pontuações variam entre ao 10 e os 40. Quanto maior for o resultado, maior será a autoestima e o nível de aceitação que o indivíduo terá, relativamente a si próprio.

Em Espanha, Morejón et al. (2013) validou o questionário em indivíduos com doença mental, onde incluiu indivíduos com esquizofrenia, com um nível de consistência interna de 0,86, a nível nacional ainda não foi validado para a população com esquizofrenia. A nível nacional, Romano et al. (2007) o validou o respetivo teste para a população adolescente com níveis de consistência interna de 0,63 (itens de caráter negativo) e 0,74 (itens de caráter positivo). Santos & Maia (2013) validaram-no a adolescentes portugueses e obtiveram níveis mais elevados de consistência interna, cerca de 0,89 (primeira aplicação) e 0,92 (segunda aplicação). Esse teste já foi, pois, validado em várias amostras populacionais, nomeadamente em indivíduos com esquizofrenia, e está disponível em 28 idiomas em 53 diferentes tipos de cultura (Schmitt & Allik, 2005).

3.3. Procedimentos de aplicação

A bateria de testes foi aplicada aos indivíduos da Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial (ANARP) e da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Hospital São João, nas instalações da Faculdade de Desporto na Universidade do Porto, num ambiente calmo. Aos participantes do Instituto de Saúde São João de Deus – Casa de Saúde de São José- o questionário foi aplicado nas próprias instalações da casa de saúde, também num ambiente calmo. O questionário de Rosenberg foi aplicado duas vezes a cada indivíduo, sendo que a segunda aplicação (reteste) ocorreu duas semanas depois da primeira aplicação.

Começou a ser aplicado este questionário em março de 2015 e terminou em julho de 2005. Foi constituído por duas aplicações, uma primeira aplicação o teste e uma segunda aplicação, o reteste. O intervalo entre a primeira aplicação e a segunda aplicação foi de 2 semanas e a média de duração de cada questionário a cada indivíduo foi de 4 minutos.

3.4. Procedimentos Estatísticos

Depois de recolhidos os dados, passou-se à sua organização e, seguidamente, à respetiva análise estatística, através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

Para assegurar a normalidade da distribuição, excluindo a eventual presença de outliers, a análise exploratória de dados foi realizada com recurso ao teste de Shapiro-Wilk. Nas variáveis do estudo, utilizou-se a estatística descritiva (média e desvio padrão). O teste t medidas emparelhadas e o alfa de Cronbach foram utilizados para determinar a estabilidade temporal e a consistência interna, respetivamente. Testes de correlação (correlação de Pearson) para analisar a relação entre as variáveis da autoestima, capacidade funcional e atividade física. Recorreu-se à aplicação do teste t de Student e da ANOVA, para comparar a autoestima em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal

O critério usado para se apreciar o coeficiente de correlação utilizado teve por base os valores descritos por Pestana e Gageiro (2005), segundo os quais valores ≤ 0.2 são considerados correlação muito baixa, de 0.2 a 0.39 são considerados correlação baixa, de 0.4 a 0.69 são considerados correlação moderada, de 0.7 a 0.89 consideram-se correlação alta e de 0.9 a 1 são considerados correlação muito alta.

Utilizou-se a escala ordinal (valores em números, segundos e percentagens). O nível de significância, em todos os testes estatísticos, foi fixado em $p \leq 0.05$.

3.5. Apresentação de Resultados

3.5.1. Medidas descritivas da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

A média, o desvio padrão e o intervalo para cada um dos itens, bem como para a pontuação total da EAR são apresentados no quadro 2 e no quadro 3. A tabela 2 diz respeito ao primeiro momento de aplicação (teste) e a tabela 3 diz respeito ao segundo momento de aplicação (reteste).

Quadro 2- Medidas Descritivas (teste) EAR

| Momento1 | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|---------------|--------|--------|-------|---------------|
| Item 1 | 1.00 | 4.00 | 3.35 | .60 |
| Item 2 | 1.00 | 4.00 | 3.33 | .55 |
| Item 3 | 1.00 | 4.00 | 3.10 | .80 |
| Item 4 | 1.00 | 4.00 | 3.14 | .65 |

| | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|------|
| Item 5 | 1.00 | 4.00 | 2.65 | .90 |
| Item 6 | 1.00 | 4.00 | 3.22 | .65 |
| Item 7 | 1.00 | 4.00 | 3.14 | .58 |
| Item 8 | 1.00 | 4.00 | 2.39 | .89 |
| Item 9 | 1.00 | 4.00 | 2.73 | .81 |
| Item 10 | 1.00 | 4.00 | 2.85 | .73 |
| Pontuação total | 10.00 | 40.00 | 29.88 | 4.24 |

Quadro 3 – Medidas Descritivas (reteste) EAR

| Momento2 | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| Item 1 | 1.00 | 4.00 | 3.37 | .64 |
| Item 2 | 1.00 | 4.00 | 3.24 | .63 |
| Item 3 | 1.00 | 4.00 | 3.14 | .76 |
| Item 4 | 1.00 | 4.00 | 3.16 | .66 |
| Item 5 | 1.00 | 4.00 | 2.86 | .82 |
| Item 6 | 1.00 | 4.00 | 3.29 | .50 |
| Item 7 | 1.00 | 4.00 | 3.00 | .71 |
| Item 8 | 1.00 | 4.00 | 2.61 | .91 |
| Item 9 | 1.00 | 4.00 | 2.76 | .79 |
| Item 10 | 1.00 | 4.00 | 2.76 | .83 |
| Pontuação total | 10.00 | 40.00 | 3.02 | 5.11 |

A consistência interna da primeira (teste) e da segunda aplicação (reteste) da EAR foi de 0,786 e 0,883.

Quadro 4 – Consistência interna EAR

| EAR | Alfa de Cronbach |
|------------------|-------------------------|
| Momento 1 | 0,786 |
| Momento 2 | 0,883 |

3.5.2. Fiabilidade

a) Estabilidade Temporal:

A estabilidade temporal foi aferida pelo coeficiente de correlação de Pearson ($r=0.805$) entre as pontuações globais obtidas pela aplicação do instrumento/questionário com um intervalo de duas semanas entre aplicações. A associação das pontuações (no 1º e 2º momentos) revelou-se forte

($|r| \approx 0.728 > 0.70$) e estatisticamente significativa ($p < 0.001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos ($t = -1.197$; $p = 0.237$), o que é desejável para que ocorra estabilidade temporal.

b) Consistência Interna:

A estimativa de fiabilidade aferida pelo Alfa de Cronbach foi na primeira aplicação de 0.786 e passadas duas semanas o valor subiu para 0.883. Ambos os valores são indicadores de uma, pelo menos, razoável fiabilidade sendo que na última aplicação ela foi considerada como “boa” (Hill & Hill, 2008).

3.5.3. Relação entre o nível de autoestima do questionário de Rosenberg com as variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal.

Um dos objetivos do presente estudo é analisar o nível de autoestima do questionário de Rosenberg com as variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal. Dado que houve dois momentos de aplicação do instrumento EAR considerou-se como pontuação global de EAR (variável dependente) a média das pontuações obtidas nos momentos referidos.

Foi avaliada a significância estatística da diferença entre médias para grupos formados pelas diferentes categorias dos fatores em estudo. A tabela seguinte agrupa informação relevante para avaliar o papel das variáveis em consideração.

Quadro 5 – Média, Desvio-padrão e significância das diferenças (teste t-Student e/ou ANOVA a um fator)

| Fator | Níveis | Média | DP | t ou F¹ | p-value | Post Hoc |
|--------------|-------------------|--------------|-----------|---------------------------|----------------|-----------------|
| Sexo | Masculino (n= 39) | 30.01 | 4.52 | .056 | .956 | |

¹ Consoante o tipo de teste conduzido.

| | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------|------|-------|-------|
| | Feminino (n=10) | 30.10 | 3.82 | | |
| Com quem vive | Mãe/Pai (n=31) | 30.16 | 4.59 | .057 | .944 |
| | Sozinho (n=7) | 30.07 | 3.66 | | |
| | Outro (n=11) | 29.64 | 4.39 | | |
| Nível de escolaridade | Abaixo do 9º ano (n=25) | 30.64 | 4.14 | 3.767 | .031* |
| | Secundário (n=18) | 28.17 | 4.12 | | 0,44* |
| | Ensino Superior (n=6) | 33.08 | 4.0 | | |
| Profissão | Não (n=41) | 30.59 | 4.36 | 4.374 | .042* |
| | Sim (n=8) | 27.19 | 3.20 | | |
| Estado Civil | Solteiro (n=40) | 30.50 | 4.54 | 1.284 | .287 |
| | Casado (n=1) | 28.00 | 3.55 | | |
| | Divorciado (n=8) | 27.94 | 2.81 | | |
| Idade | Jovens – adultos (n=18) | 29.83 | 4.67 | .057 | .812 |
| | Meia – idade (n=31) | 30.15 | 4.23 | | |
| Ordenado (origem) | Reformado (n=21) | 30.81 | 4.12 | .391 | .679 |
| | Subsídio Desemprego (n=2) | 31.75 | 4.60 | | |
| | Salário (n=12) | 29.66 | 5.00 | | |
| Fumador | Não (n=20) | 30.60 | 5.10 | .256 | .857 |
| | Sim (n=27) | 29.74 | 3.91 | | |
| AF (atual) | Não (n=13) | 30.38 | 5.31 | .115 | .736 |
| | Sim (n=36) | 29.90 | 4.03 | | |
| AF (contexto) | Hospital (n=14) | 31.21 | 4.83 | 1.025 | .370 |
| | Ginásio (n=2) | 29.50 | 2.83 | | |
| | Outro (n=19) | 29.21 | 3.36 | | |
| Condição de tratamento | Internado (n=9) | 30.11 | 4.64 | .123 | .885 |
| | Hospital de Dia (n=5) | 29.10 | 5.79 | | |
| | Ambulatório (n=35) | 30.14 | 4.19 | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------|------|--------|-------|
| | Aumentou (2) | 27.75 | 0.35 | 5.200 | .004* |
| Sintomas após prática de AF | Diminui (32) | 31.09 | 4.01 | | 0.01* |
| | Permaneceu igual (8) | 30.81 | 3.24 | | |
| | Não sei (7) | 24.93 | 4.12 | | |
| IMC | Normal | 30.38 | 4.44 | 1.850 | .169 |
| | Excesso de Peso | 28.43 | 5.32 | | |
| | Obeso | 31.29 | 3.29 | | |
| Perímetro Cintura e Anca | Normal (n=9) | 32.00 | 4.11 | 1.762 | .191 |
| | Risco (n=40) | 29.74 | 4.43 | | |
| Recomendações ACSM | Cumpre (n=27) | 30.46 | 4.45 | ,328 | ,570 |
| | Não cumpre (n=22) | 29.71 | 4.4 | | |
| Nível AF | Pouco ativo (n=30) | 30.09 | 4.45 | 0.007 | .936 |
| | Moderadamente ativo (n=19) | 30.19 | 4.49 | | |
| Capacidade Funcional | Pouco Funcional (n=8) | 27.20 | 5.86 | 0.432 | 0.127 |
| | Moderadamente Funcional (n=33) | 32.64 | 4.62 | | |
| | Funcional (n=6) | 30.18 | 4.98 | | |
| AF (Famíliares) | Não (n=28) | 29.57 | 4.36 | 0.081 | 0.935 |
| | Sim (n=21) | 30.29 | 4.15 | | |
| AF (Por semana) | < 150 minutos | 29.88 | 4.43 | -0.172 | 0.864 |
| | > 150 minutos | 29.88 | 3.36 | | |
| Recomendações TV | Mais 2 horas | 29.71 | 3.94 | 0.376 | 0.707 |
| | Menos 2 horas | 30.10 | 4.70 | | |
| Medicação | 1º Geração | 30.30 | 2.31 | -0.532 | 0.595 |
| | 2º Geração | 29.88 | 5.17 | | |
| | Ambas | 29.57 | 3.63 | | |

Nota. * $p < .05$

As correlações entre as três grandes variáveis, a autoestima, capacidade funcional e o nível de atividade física se encontram no Quadro 5, a única correlação moderada verificou-se entre o nível da Atividade Física e a Capacidade Funcional (0,510).

Quadro 6 – Correlações entre a Autoestima, Capacidade Funcional e Nível de Atividade Física.

| | 1 | 2 | 3 |
|----|-------|------|---|
| 1. | - | | |
| 2. | -,132 | - | |
| 3. | -,035 | ,510 | - |

1- Autoestima
2- Capacidade Funcional
3- Nível de Atividade Física

3.6. Discussão de Resultados

Frank & Davidson (2009) referem que estas doenças mentais como a esquizofrenia podem ser atenuadas com uma prática regular de atividade física, registando-se melhorias significativas em termos comportamentais de sujeitos a elas submetidos. Na mesma linha de pensamento, Jones et al., (2010) indica uma melhoria da autoestima já que uma fraca qualidade do estado de saúde geral do doente pode levar a um ciclo vicioso de perda dos níveis confiança que, por seu turno, se refletem em menos saúde.

O facto de estes doentes apresentarem baixa autoestima e não socializarem leva a que, muitas vezes, sejam estigmatizados dando origem, como resposta, a um maior afastamento dos círculos sociais e familiares, o que, de certo modo, vai limitar os meios de suprirem as suas próprias necessidades (Corrigan et al., 1999; Babic et al., 2010; Maggouritsa et al., 2014). Por outro lado, se estes indivíduos possuem a resiliência necessária para enfrentarem a resistência com que se deparam em termos sociais, uma vez que a sua autoestima não está abalada, mais facilmente conseguiram integrar-se e serem autossuficientes na sua procura por um lugar na estrutura social (Sibitz et al., 2011; Maggouritsa et al., 2014).

O presente estudo leva a cabo parecer pertinente já que a nível internacional e nacional não há indicadores de investigação sobre a relação

dos níveis de autoestima em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal, assim como a respetiva associação das três grades variáveis na população com esquizofrenia. Assim, o presente estudo teve como principal de explorar as propriedades psicométricas, (i.e., estabilidade temporal e a consistência interna) do questionário de Rosenberg (1965) aplicado à população com esquizofrenia. Adicionalmente, analisaremos comparativamente os níveis de autoestima em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal. Por último, foram avaliadas as associações entre a autoestima, capacidade funcional e o nível de atividade física.

Em geral, pode-se dizer que os resultados obtidos confirmam as boas características psicométricas da escala de autoestima de Rosenberg em indivíduos com esquizofrenia. Os valores da consistência interna apresentam valores muito semelhantes aos obtidos com um outro estudo para a população com esquizofrenia de Vázquez Morejón (0,72 e 0,88) e com diversas populações em que o coeficiente alpha varia entre 0,79 e 0,88 (Rosenberg, 1965; Shapurian, Hojat & Nayerahmadi, 1987; Blascovich & Tomaka, 1993; Pastor, Navarro, Tom & Oliver, 1997; Gray-Little, Williams & Hancock, 1997; Martin-Albo et al., 2007; Rojas-Barahona et al., 2009).

Relativamente à confiabilidade no primeiro momento de avaliação a correlação é consideravelmente alta ($r= 0,79$). Este resultado indica uma adequada confiabilidade da escala. Esta confiabilidade alta é consistente com as observações feitas por alguns autores (Caldas & Hegumen Filipp, 1996; Mruk, 1998) no que se refere à boa estabilidade da auto-estima na população em geral. Deste modo, esta avaliação preliminar das propriedades psicométricas da escala de auto-estima de Rosenberg (1963) sugere que este instrumento é adequado para avaliar os níveis de auto-estima na população portuguesa com esquizofrenia. No entanto, futuros estudos deverão aumentar o tamanho da amostra de modo a proceder a análises estatísticas mais sofisticadas (i.e., análise confirmatória) de modo a validar este instrumento para a realidade em estudo.

O segundo aspeto analisado no presente estudo foi a análise comparativa entre os níveis de autoestima em função de variáveis

sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal. Assim, no que se refere ao nível de escolaridade, pode afirmar-se claramente que houve uma diferença significativa entre os sujeitos com o nível do ensino secundário e os sujeitos detentores de um grau académico de nível superior. Keijsers, Kampman e Hoogduin (2001) referem que um maior número de sintomas negativos são associados a uma falta de compromisso desenvolvida em sujeitos com níveis de educação mais baixos.

Na variável referente aos sintomas apresentados após a prática de AF, observou-se uma diferença significativa entre quem achou que após esta não registou qualquer alteração nos sintomas e quem acha que estes diminuíram. Os sintomas negativos parecem, segundo alguns estudos, ter um efeito nefasto no estado dos pacientes (Bond & Meyer, 1999; Lysaker & Bell, 1995). Aqueles que não possuem qualquer ocupação apresentam mais sintomas depressivos, tanto na população em geral (Slade e Salkever, 2001) como nos indivíduos de doença mental grave (Sands e Harrow, 1999) pelo que um incremento na sua qualidade de vida se pode traduzir numa melhoria dos sintomas, designadamente após uma atividade física programada e sistemática. Assim, uma boa saúde tanto física e, por inerência, psicológica, contribuirá para uma melhor adaptação dos indivíduos com esquizofrenia e para uma atenuação dos seus sintomas (Caron et al., 2005; Pattani, Constantinovici, & Williams, 2004; Van Dongen, 1996; Wu, 2008).

Relativamente à variável da profissão, se os indivíduos com esquizofrenia têm uma profissão ou não. O valor de autoestima mais alto foi dos indivíduos com esquizofrenia que não possuem uma profissão comparativamente com os indivíduos que têm uma profissão. Este achado vai contra ao que foi encontrado na literatura, na literatura relata que a autoestima aumenta com a duração da profissão exercida (Van Dongen, 1996). Ter uma profissão tem um efeito positivo sobre a autoestima independentemente do tipo de emprego exercido nos indivíduos com esquizofrenia e também indivíduos deste respetiva população em situação de desemprego possuem menores níveis de autoestima (Van Dongen, 1996).

A autoestima sofre alterações consoante o grau de escolaridade, sendo que quanto mais elevado o grau de escolaridade, mais elevada a autoestima.

Quanto maior a capacidade funcional, mais motivados e bem-dispostos se encontram. Os níveis autoestima estão também relacionados se o indivíduo se encontra empregado ou não de acordo com a literatura pesquisada, uma hipótese para tal fato é que a maioria da amostra não possuía profissão (n=41) ao contrário dos indivíduos com esquizofrenia que possuíam (n=8). Em suma, pode dizer-se que melhora o bem-estar e, por conseguinte, uma boa adaptação, depende de todo um conjunto de premissas que devem ocorrer em simultâneo, sob pena de, falhando uma, falharem todas.

Por último, na avaliação das associações entre a autoestima, a capacidade funcional e o nível de atividade física, foi possível aferir-se que a única correlação moderada foi entre o nível de atividade física e a capacidade funcional. Hennekens et al. (2005) & Maggouritsa et al. (2014) referem que Indivíduos com esquizofrenia apresentam uma saúde em geral bem como a capacidade funcional abaixo do recomendado, quando em comparação com a população geral na realização das tarefas de vida diária, pelo que, melhorar a sua capacidade funcional contribuirá para uma redução dos seus períodos de internamento e para a promoção da sua inclusão na sociedade. Logo, integrar esta prática nas suas rotinas deve passar a fazer parte do seu processo de reabilitação, possibilitando um regresso às suas funções habituais (Harvey et al., 2007; Maggouritsa et al., 2014). O autor refere também participação destes pacientes de determinados papéis sociais pode melhorar as terapias realizadas bem como concorrer para um melhor entendimento da capacidade funcional desta população, sendo também uma forma de colaborar no processo da inclusão social (Harvey et al., 2007).

Face ao exposto, acreditamos que não se deve descurar a prática de exercício físico por parte de indivíduos com esquizofrenia uma vez que esta se revelou adequada para atenuar alguns sintomas e para a melhoria da autoestima e da capacidade funcional.

3.7. Conclusão

Em geral, pode-se dizer que os resultados obtidos confirmam as boas características psicométricas da escala de autoestima de Rosenberg (1963) em indivíduos com esquizofrenia a nível nacional. Sendo este questionário

adequado para avaliar a autoestima destes indivíduos. Relativamente à relação da autoestima de os níveis de autoestima em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, de variáveis relacionadas com a atividade física, capacidade funcional e composição corporal, através dos resultados verificou-se que há um maior nível de autoestima em indivíduos que possuem um nível académico superior comparativamente com o nível secundário assim como um maior nível de autoestima nos indivíduos que sentem uma diminuição nos sintomas após a prática de AF comparativamente com os que não sabem. Ao contrário do que se era esperado pela literatura, verificou-se um maior nível de autoestima em indivíduos que não possuem profissão dos que possuem. Por último, o último objetivo confirmou com a literatura, a associação existente entre a AF e a Capacidade Funcional.

Em síntese, este estudo reforça o quão importante é importante a atividade física nos níveis de autoestima e capacidade funcional no apoio a vários níveis ao tratamento da Esquizofrenia. Dos vários benefícios físicos e mentais que os indivíduos com esquizofrenia conseguem através da prática regular de atividade física.

Para futuros estudos, aconselhamos a procura de uma amostra maior, para que dessa forma se possam realizar diferentes testes estatísticos de forma a fortalecer os resultados. Por último, podíamos entregar uma folha para que os indivíduos em estudo possam dar a sua opinião relativamente aos testes aplicados, se o fazem por gosto ou se têm interesse em saber os resultados dos testes e os seus significados.

1.9. Referências Bibliográficas

- Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815.
- Babic, D. (2010). Stigma and mental illness. *Mat Soc Med*, 22, 43 - 60.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2009) Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy. Guilford Press.

- Beebe, L. H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S. S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(6), 661- 676.
- Blascovich, J., Tomaka, J. (1993). Measures of Self-esteem: Measures of Personality and Social Psychological Attitudes Ann Arbor. 115-160.
- Bond, G. R., & Meyer, P. S. (1999). The role of medications in the employment of people with schizophrenia. *Journal of Rehabilitation, 65*, 9–16.
- Caron, J. C., Diaz, M. P., & Martin, A. (2005). The relationships between socio-demographic and clinical characteristics and quality of life in patients with severe mental illness. *Psychiatry Research, 137*, 203–213.
- Corrigan, P., W. (1999). The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract, 5*, 201-222
- Crocker, J., Lee, S. J., & Park, L. E. (2004). The pursuit of self-esteem: Implications for good and evil. *The social psychology of good and evil, 271 - 302*. New York: Guilford Press.
- De Hert, M., Dekker, J.M., Wood, D., Kahl, K.G., Holt, R.I.G., & Möller, H.J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). [*European Psychiatry, 4*](#), 412-424.
- Ellis, N., Crone, D., Davey, R., & Grogan, S. (2007). Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: A critical review. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 95–111.
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*, 189-195.
- Gray-Little, B., Williams, V., & Hancock, T. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*, 443-451.
- Grupo Coordenador da Saúde Mental da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1998.

- Gorczyński, P., Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 36(4), 665–6.
- Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., Ijntema, R., & Hert, M. D. (2012). Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia. *American Physical Therapy Association*, 92, 11-23.
- Harvey, P. D., Velligan, D. I., e Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia bulletin*, 33(5), 1138
- Faulkner, G. & Sparkes, A. (1999). Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 52–69.
- Frank, D.M. & Davidson, L. (2009). Experiences of Self-Esteem in Outpatients Diagnosed with Psychosis A Phenomenological Study. *Journal of Humanistic Psychology*, 52, 304-320.
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. (2005) Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 150, 1115–1121
- Hernandes, E. S. C., e Barros, J. d. F. B. (2004). Efeitos de Um Programa de Atividades Físicas e Educacionais Para Idosos Sobre o Desempenho em Testes de Atividades da Vida Diária. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento*, 12(02), 43-50.
- Holley, J., Crone, D., Tyson, P. & Lovell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 84–105.
- Jones, R.M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., & Turkington, D. (2010).The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: Alongitudinalstudy. *Psychosis*, 2, 218-226.
- Keijsers, G. P. J., Kampman, M. and Hoogduin, C. A. L. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, 32, 739–749.
- Leary, M., Tambor, E., Tendar, S., & Downs, D. (1995). Self-Esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518 – 530.

- Lindamer, L.A., McKibbin, C., Norman, G. J., Jordan, L., Harrison, K., Abeyesinhe, A. & Patrick, K. (2008). Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 104 (2008) 294-301.
- Lysaker, P., & Bell, M. (1995). Negative symptoms and vocational impairment in schizophrenia: Repeated measurements of work performance over six months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 205–208.
- Maggouritsa G., Kokaridas D., Stoforos P., Patsiaouras A., Digelidis N., Theodorakis Y. (2014). The Effect of a Physical Activity Program on Improving Body Cathexis and Self-Esteem of Patients with Schizophrenia. *Inquiries in Sport and Physical Education*, 12, 40-51.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Packer, S., Husted, J., Cohen, S., & Tomlinson, G. (1997). Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22(4), 231-234.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J.M., & Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologica*, 18, 269-283.
- Pattani, S., Constantinovici, N., & Williams, S. (2004). Predictors of re-employment and quality of life in NHS staff one year after early retirement because of ill health: A national prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 572–576.
- Patterson, T. L., e Mausbach, B. T. (2010). Measurement of Functional Capacity: A New Approach to Understanding Functional Differences and Real-World Behavioral Adaptation in Those with Mental Illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 139-154
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (1), 45-59.
- Rojas-Barahona, C.A., Zegers, B., & Förster, C.E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press
- Sands, J. R., & Harrow, M. (1999). Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *25*, 157–171.
- Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, et al. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* *37*(2), 316-23.
- Slade, E., & Salkever, D. (2001). Symptom effects on employment in a structural model of mental illness and treatment: Analysis of patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, *4*, 25–34
- Shapurian, R., Hojat, M., & Nayerahmadi, H. (1987). Psychometric characteristics and dimensionality of a Persian version of Rosenberg Self-esteem Scale. *Perceptual and Motor Skills*, *65* (1), 27-34.
- Sorgaard, K.W., Heikkila, J., & Hansson, L. (2002). Self-esteem in persons with schizophrenia. A Nordic multicenter study. *Journal of Mental Health* *11*, 405-415.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research* (110), 1-23.
- There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1190–1204.
Kernis, M., & Goldman, B. (2005).
- Vancampfort, D., Knapen, J., De Hert, M., van Winkel, R., Deckx, S., Maurissen, K., Peuskens, J., Simons, J., & Probst, M. (2009). Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Physical Therapy Reviews*, *14*(6), 388-398.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *129*(2–3), 122-127.
- Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómes-Conesa, A., Ijntema, R., & Hert, M. D. (2012). Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary

Care Approach for People With Schizophrenia. American Physical Therapy Association, 92, 11-23.

Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self esteem in working and non working persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 535–548.

World Health Organization. (2002). *World Health Organization The European Health Report 2002*. Copenhagen. WHO Regional Office of Europe.

Wu, H. C. (2008). Predicting subjective quality of life in workers with severe psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal*, 44, 135–146.

Capítulo IV

Conclusão Geral

4. Conclusão Geral

Concluída esta dissertação, é o momento de fazer uma reflexão sobre o tempo que me dediquei na realização da dissertação bem como das aulas e das vivências com todo o grupo e especialmente com o grupo de alunos, os indivíduos com esquizofrenia.

As aulas com o respetivo grupo que me ajudaram a enriquecer muito a nível profissional pela orientação das aulas de atividade física, uma área que nova para mim no começo. Explorar outra área de formação e ainda por mais com uma população na qual nunca tinha trabalhado, indivíduos com esquizofrenia. A possibilidade de poder integrar o projeto “Impacto da Actividade Física e Desportiva em Pessoas com Doença Mental Grave” permitiu isso tudo, pôr em prática novas experiências, novos conhecimentos, diferentes perspetivas e estratégias de encarar com uma população especial. Com isto, antes de pôr em prática os respetivos conhecimentos, só o soube através do primeiro ano de formação, salientando a disciplina Psicologia do Desporto, disciplina esta que me ajudou a compreender diversas estratégias, formas específicas desta área da Saúde Mental. Ao longo das aulas de atividade física desenvolvidas pelo respetivo projeto, fui tendo mais contato e afinidade com os participantes acabando por os conhecer melhor e adaptar-me às características de cada um.

Relativamente à elaboração da dissertação, as maiores aprendizagens ocorreram mais a nível da investigação, o como se elabora uma dissertação, o quanto trabalho é necessário para aplicar testes todos os testes à respetiva população.

No final deste percurso, após 2 anos letivos, considero que superei as expectativas iniciais, aperfeiçoando conhecimentos relativos tanto à referida população, dos processos de planeamento e estruturação de sessões de atividade física e de psicomotricidade da população com Esquizofrenia.

Anexos

Anexo 1
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Caro participante,

Este documento descreve o estudo para o qual o convidamos a participar.

Por favor, leia-o atentamente. No fim, o investigador irá perguntar-lhe se concorda participar neste estudo. Se não se sentir totalmente esclarecido, sintase à vontade para colocar todas as questões ao investigador presente. Não fique com dúvidas. Caso decida participar, e se surgirem novas questões, poderá contactar o investigador para esclarecê-las.

OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO

O objetivo principal deste estudo é verificar de que forma a motivação para o exercício, a autoestima, os hábitos alimentares, a capacidade funcional para o exercício, a qualidade do sono e a qualidade de vida são alteradas, em função da prática de exercício físico regular.

EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Nas instalações da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, o participante irá responder a 7 questionários e irá realizar o teste de caminhada, com a duração de 6 minutos.

Os questionários serão: I) Questionário sociodemográfico (envolve questões acerca dos dados pessoais, preferências, prática anterior de atividade física, entre outros); II) Questionário de Atividade Física (envolve questões acerca das atividades físicas que o realizou na última semana); III) Questionário de frequência alimentar (envolve questões acerca da frequência com que ingere determinados grupos de alimentos); IV) Questionário de motivação para o exercício (envolve questões acerca do que o motiva a praticar atividade física); V) Questionário de autoestima (envolve questões relacionadas com a forma de como avalia a sua autoestima); VI) Questionário de qualidade de sono (envolve questões relacionadas com os padrões de sono) e VI) Questionário de qualidade de vida (envolve questões relacionadas com a auto percepção acerca da qualidade de vida, no domínio físico, social, psicológico e ambiental).

O Teste de Caminhada de 6 minutos envolve uma caminhada, num espaço de 30 metros, durante 6 minutos. No início e no final do teste, serão verificadas a pressão arterial e a frequência cardíaca.

Serão também recolhidos o peso, altura, circunferência da cintura e do quadril, ainda a percentagem de massa gorda e a percentagem de água.

CARÁTER VOLUNTÁRIO DA PARTICIPAÇÃO E POSSIBILIDADE DE SAÍDA OU ABANDONO DO ESTUDO

Os participantes terão total liberdade para decidir se desejam ou não participar no estudo, não decorrendo desta decisão qualquer prejuízo para o próprio. Os participantes também poderão decidir retirar-se do estudo, em qualquer momento, sem que tal decisão comprometa o relacionamento com o serviço de psiquiatria em que estão envolvidos, nem o respeito pelos direitos à assistência que lhes são devidos.

GARANTIA DA PRIVACIDADE E DA CONFIDENCIALIDADE

Os dados recolhidos na pesquisa terão fins exclusivamente científicos e a identidade do participante será mantida em anonimato. Todos os dados e informações recolhidas serão guardados por profissionais devidamente capacitados e experientes. Apenas a equipa de investigadores terá acesso aos dados recolhidos, que serão mantidos na máxima privacidade e confidencialidade.

Declaro que me sinto esclarecido com a informação que me foi prestada e que foram respondidas todas as questões que desejei colocar. Declaro, com a minha assinatura, que consinto na minha participação neste estudo.

Porto, _____ de _____ de 20_____

O Participante

O Investigador

Qualquer dúvida, por favor, não hesite em contactar-nos:

Msc. Raquel Costa – Telemóvel: 916200685

Prof. Dr. Rui Corredeira – Telemóvel: 965080823

Prof. Dr. Tânia Bastos – Telemóvel: 914117120

Gabinete de Atividade Física Adaptada (FADEUP) - Telefone: 22 507 47 82

Anexo 2
Questionário Sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Início da Aplicação: _____ hrs Data: ___/___/___

Nome completo: _____

Instituição: _____

Contato telefônico: _____ Contato email: _____

Anamnese

1. Sexo: 0 feminino ___ 1 masculino ___

2. Qual a sua idade? _____ anos

3. Data de nascimento: ___/___/___

4. Quais as suas habilitações literárias?

1 Não sei ___ 2 Sem estudos ___ 3 1º ciclo ___ 4 2º ciclo ___ 5 3º ciclo ___

6 Ensino Secundário ___ 7 Ensino Superior ___ 8 Mestrado/ Doutorado ___

5. Qual o seu estado civil? 1 Solteiro(a) ___ 2 Casado(a) ___ 3 União de fato ___ 4 Viúvo(a) ___

5 Divorciado(a) ___ 6 Outro: _____

6. Tem filhos? 0 Não ___ 1 Sim ___

6.1 Quantos? _____

7. Com quem vive? 1 Mãe/Pai ___ 2 Esposa/Marido ___ 3 Sozinho ___ 4 Filhos ___ 5 Outro _____

8. Exerce alguma profissão? 0 Não ___ 1 Sim ___

8.1 Qual? _____

8.2 Qual a sua carga horária diária de trabalho? _____ horas/dia

9. Possui o ordenado mensal? 0 Não ___ 1 Sim ___

9.1 Origem do ordenado: 0 Reformado ___ 1 Subsídio desemprego ___ 2 Salário ___

9.2 Qual o seu rendimento mensal (Salários Mínimos Nacional- SMN 505,00)?

1 _____ até meio SMN (252,50)

2 _____ entre meio e um SMN (252,50 - 505,00)

3 _____ entre um e dois SMN (505,00 - 1010,00)

4 _____ entre dois e três SMN (1010,00 - 1515,00)

5 _____ entre três e cinco SM (1515,00 - 2525,00)

6 _____ acima de cinco SMN (2525,00)

10. Fuma atualmente? 0 Não ___ 1 Sim ___

10.1 Quantos cigarros fuma por dia? _____

10.2 Em que idade começou a fumar? _____

História Clínica

11. Ano da primeira consulta psiquiátrica _____

12. Quantas vezes já foi internado? _____

13. Condição de tratamento: 0 Internado ____ 1 Hospital de Dia ____ 2 Ambulatório ____

14. Nome do médico psiquiatra: _____

15. Medicação:

| Nome do medicamento | Princípio Ativo | Função | Dosagem/dia | Tipo de toma |
|---------------------|-----------------|--------|-------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

História de Atividade Física

16. Já praticou alguma atividade física/ exercício físico? 0 Não ___ 1 Sim ___

16.1 Qual(ais)? _____

16.2 Com que idade? _____

17. Pratica atualmente alguma atividade física/ exercício físico? 0 Não ___ 1 Sim ___

17.1 Qual (ais)? _____

17.2 Em que ano começou essa (s) atividade (s)? _____ - _____ - _____ - _____

17.3 Contexto em que pratica essa (s) atividade (s)? 0 Hospital ___ 1 Clínica ___

2 Clube ___ 3 Ginásio ___ 4 Outro _____

18. Algum dos seus familiares pratica alguma atividade física/ exercício físico? 0 Não ___ 1 Sim ___

18.1 Quem? 0 Mãe ___ 1 Pai ___ 2 Irmão/ Irmã ___ 3 Primos ___ 4 Outro _____

19. A prática de atividade física promoveu alguma alteração nos sintomas da sua doença?

0 Aumentou ___ 1 Diminuiu ___ 2 Permaneceu igual ___ 3 Não sei ___

20. No seu entender o que causou essas mudanças?

21. Houve alguém que o tivesse influenciado a praticar Atividade Física? Quem?

Composição Corporal

22. Peso _____ kg

23. Altura _____ cm

24. IMC _____

25. Circunferência cintura _____ cm

26. Circunferência quadril _____ cm

27. Massa Gorda _____ %

28. Massa isenta de gordura _____ %

28. Água _____ %

29. Final da Aplicação: _____ hrs

Duração total: _____ min.

Obs: _____

Anexo 3
Questionário de Rosenberg

Nome: _____

Data: _____

Hora de início e fim: _____



Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

Para cada item faça uma cruz sobre o rectângulo que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):

| | Concordo Completamente | Concordo | Discordo | Discordo Completamente |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sinto que tenho um bom número de qualidades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Em termos gerais sinto que estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. No geral estou satisfeito(a) comigo mesmo(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sinto-me por vezes inútil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Por vezes sinto que não sou nada bom (a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrigado pela colaboração!

Anexo 4
Teste de Caminhada dos 6 minutos

Avaliação - Teste 6 minutos (6MWT)

Participante: _____

Início: _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| 1 Peso | 2 Altura | 3 IMC | 4 Cintura | 5 Quadril | 6 RCQ |
|--------|----------|-------|-----------|-----------|-------|
| | | | | | |

| 7 Pressão arterial antes | 8 Pressão arterial depois | 9 Frequência cardíaca antes | 10 Frequência cardíaca depois |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | | | |

| 0-10 – Pontuação Escala Borg | | | 14 Distância Final (metros) |
|------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------|
| 11 Imediatamente antes | 12 3 minutos | 13 6 minutos | |
| | | | |

Fim: _____

15 Tempo total:

Observações: _____

Anexo 5
Questionário Internacional de Atividade Física

IPAQ

As questões referem-se ao tempo que o indivíduo despendeu, durante a última semana, a fazer atividade física. Inclui questões acerca das atividades que faz no trabalho ou na escola, para se deslocar de um lado para o outro, as atividades realizadas na sua casa ou no seu jardim e aquelas que efetua no seu tempo livre, para se entreter, realizando exercício físico ou desporto.

As suas respostas são importantes. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa ativa.

Ao responder às questões que se seguem, considere o seguinte:

Atividade física vigorosa refere-se a atividades que requerem muito esforço e que tornam a respiração muito mais intensa do que o normal.

Atividade física moderada refere-se a atividades que requerem esforço físico moderado e que tornam a respiração um pouco mais intensa do que o normal.

1a- Durante a última semana, quantos dias fez atividades físicas vigorosas, como levantar objetos pesados, cavar, fazer ginástica de intensidade elevada ou andar de bicicleta, a uma velocidade relativamente elevada. Pense apenas nas atividades físicas que fez, no mínimo, durante 10 minutos seguidos.

Em quantos dias por semana as realizou (se nenhum, marque 0 e passe para a questão 2 a)

1b- Num dos dias em que fez atividade física vigorosa, quanto tempo gastou? ____ horas ____ minutos

2a- Pense, novamente, apenas nas atividades físicas que fez, no mínimo, 10 minutos seguidos. Durante a última semana, quantos dias fez atividades físicas moderadas, como transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? **Não inclua o andar/caminhar.**

Quantos dias por semana? (se nenhum, marque 0 e passe para a questão 3 a) _____

2b- Num dos dias em que fez atividade física moderada, quanto tempo gastou? ____ horas ____ minutos

3a- Durante a última semana, quantos dias caminhou durante, pelo menos, 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que tenha feito somente para recreação, desporto ou lazer.

Quantos dias por semana (se nenhum, marque 0 e passe para a questão 4) _____

3b- No dia em que caminhou mais, quanto tempo gastou? ____ horas ____ minutos

4- A última questão refere-se ao tempo em que está sentado diariamente no trabalho, em casa, ao tempo gasto no percurso (?) para o trabalho e durante os tempos livres. Inclui também o tempo em que está sentado a uma secretária, o que gasta a visitar amigos, a ler, a viajar num autocarro ou sentado ou deitado, a ver televisão.

Durante a última semana, quanto tempo esteve sentado, por dia? ____ horas ____ minutos

Por dia, quanto tempo passou a ver televisão e vídeo ____ horas ____ minutos