

# A Investigação sobre Esquizofrenia em Portugal: Uma Revisão Sistemática<sup>1</sup>

Joana Barbosa

## A ESQUIZOFRENIA

No final do século 19, Emil Kraepelin descreveu e catalogou a ‘Demência Precoce’ – hoje designada de Esquizofrenia – como até então não havia sido feito. A escolha do nome deixava explícito o seu aparecimento precoce e aquilo que considerava ser o seu critério evolutivo até um estado de enfraquecimento psíquico (Elkis, 2000; Lambert & Kinsley, 2006; Silva, 2006). Em 1908, Eugen Bleuler, renomeou a ‘Demência Precoce’ de Kraepelin, passando a chama-la de ‘Esquizofrenia’, de modo a que o termo refletisse o rompimento entre várias atividades psicológicas (do grego, schizo significa “clivagem” e phrene significa “funções psíquicas”) (Amaro, 2011; Lambert & Kinsley, 2006). De igual modo, fez o aperfeiçoamento de algumas variáveis, nomeadamente: o aumento da idade de início de aparecimento da doença (não necessariamente precoce); o processo evolutivo (não demencial); e a valorização de alguns sintomas que viriam a ser considerados essenciais para o seu diagnóstico (Elkis, 2000). O que designou como “o grupo das esquizofrenias” era dividido em quatro subformas: Paranoia, Catatonia, Hebefrenia e Esquizofrenia Simples. No que respeita aos sintomas, Bleuler classificou-os em fundamentais (ambivalência, trans-

<sup>1</sup> O artigo incorpora a dissertação de mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica apresentada a 24 de Abril de 2013. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

tornos afetivos e alterações da associação) e acessórios (alucinações, delírios, alterações na fala e comportamento), considerando estes últimos produto dos primeiros (Bleuler, 2005). Curiosamente, durante largos anos, foram precisamente os sintomas acessórios que despertaram maior interesse por parte da comunidade científica.

Em meados do século 20, o conceito de Esquizofrenia foi ampliado de tal modo, predominantemente nos Estados Unidos, que determinadas patologias, como perturbações da personalidade e de humor, passaram a ser erroneamente diagnosticadas como Esquizofrenias. A partir da década de 1970, os manuais de diagnóstico foram estreitando o seu conceito, de tal modo que este se tornou um dos mais restritos do mundo (Elkis, 2000). Em 1980, Crow propunha a divisão da Esquizofrenia em dois tipos: Tipo I ou Positivo, cujos principais sintomas seriam alucinações e delírios; e Tipo II ou Negativo, cujos sintomas associados seriam o embotamento afetivo e a pobreza do discurso (Silva, 2006).

Atualmente, a Esquizofrenia é vista como um transtorno psiquiátrico grave e incapacitante que compromete diversas áreas de funcionamento do indivíduo; afeta tanto homens como mulheres, tendendo a manifestar-se entre os 15 e os 35 anos, diminuindo fora deste intervalo. A sua prevalência varia entre 0,5 e 1% da população adulta, estimandose que atinja 24 milhões de pessoas em todo o mundo (Lambert & Kinsley, 2006). O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) fornece três categorias de sintomas para a Esquizofrenia, designadamente, os positivos, os negativos e os desorganizados (American Psychiatric Association, 2002). Os positivos são aqueles que surgem como um novo sintoma, face ao funcionamento prévio, designadamente, as alucinações e os delírios. Os negativos dizem respeito à perda de aptidões do reportório de funcionamento normal do indivíduo, como a alogia, o embotamento afetivo, a abulia e o isolamento social. Por sua vez, os sintomas desorganizados referem-se a padrões de pensamento e discurso frequentemente incoerentes.

Embora a etiologia da Esquizofrenia permaneça desconhecida, atualmente, ninguém questiona a sua relação com fatores genéticos. Assim, Filho e Samaia (2000) concluem que 70 a 80 % da suscetibilidade para desenvolver esta psicopatologia está relacionada com a genética, e que também fatores pré e perinatais potenciam o risco de aparecimento, levandoos a afirmar que a Esquizofrenia é, muito provavelmente, um transtorno etiologicamente heterogêneo. Neste sentido, Cruz, Salgado e Rocha (2010) concordam com essa possibilidade, assumindo que existem casos de Esquizofrenia 'genética' e 'ambiental'.

Os avanços atuais, nas técnicas de neuroimagem, deixam claro que os doentes apresentam significativas alterações estruturais e funcionais, a nível cerebral, como o aumento do tamanho dos ventrículos, menor volume do cerebelo, perda de substância cinzenta em diversas áreas, atividade excessiva no tálamo, estriado, hipocampo, córtex orbitofrontal, entre outras. No que respeita à neuroquímica, são conhecidas alterações na dopamina, enquanto a serotonina, a acetilcolina e o glutamato são vistos como agentes potenciais na Esquizofrenia (Lambert & Kinsley, 2006).

Rocha, Queirós, Aguiar, Marques, e Horta (2009) referem que esta patologia varia, consideravelmente, de indivíduo para indivíduo, apresentando-se como uma doença incerta na sua evolução. Para os autores, esta variabilidade é consequente da heterogeneidade do processo patofisiológico, a par com fatores biológicos, genéticos, ambientais e sociais que tanto funcionam na qualidade de vulnerabilidades, como de elementos protetores. Em qualquer caso, muito se tem avançado, nos últimos anos, na investigação acerca da quantificação e qualificação da extensão dos défices presentes na Esquizofrenia. Neste sentido, são diversos os autores que consideram as alterações cognitivas como um dos aspetos centrais da doença (Bonner-Jackson, Grossman, Harrow, & Rosen, 2010). Adad, Cartro, e Mattos (2000) estimam que 40 a 60% dos indivíduos com Esquizofrenia apresentam défices cognitivos. Embora não exista consenso quanto ao curso do declínio, ao longo da doença, aparentemente os défices cognitivos são prévios ao seu aparecimento (Monteiro & Louzã, 2007).

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

Parece ser consistente, na maioria dos estudos revistos por Monteiro e Louzã (2007), que indivíduos com Esquizofrenia apresentam desempenhos mais baixos, ao nível das áreas da atenção, funções executivas, memória de trabalho, memória e aprendizagem verbal. Também para Bonilha e Colaboradores (2008), os doentes manifestam um significativo comprometimento cognitivo que envolve a memória, atenção e funções executivas, incluindo a volição. Por outro lado, num raro estudo de 20 anos de acompanhamento de indivíduos com diferentes patologias psiquiátricas, Bonner-Jackson, Grossman, Harrow, e Rosen (2010) concluíram que pacientes

com Esquizofrenia mostraram menor velocidade de processamento, quando comparados com outros indivíduos com diferentes quadros.

Diversos investigadores defendem que o perfil neuropsicológico dos pacientes com Esquizofrenia é tipicamente caracterizado por défices proeminentes na memória, aprendizagem, abstração, funções executivas, velocidade de processamento e atenção, salvaguardando, ainda assim, que existem pacientes com desempenhos neuropsicológicos dentro dos parâmetros normais (Reichenberg, et al., 2009). Reichenberg afirmou que os processos cognitivos que aparentam estar relativamente preservados, na Esquizofrenia, são as funções da linguagem, os processos perceptuais e a memória não declarativa, ainda que o autor considere que esta última não tem sido objeto de investigação (Reichenberg, 2010).

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

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

Segundo Junior, Barbosa, Barbosa, Hara, e Rocha (2010), as alterações cognitivas são a principal causa de incapacidade funcional para o paciente portador de Esquizofrenia. Para Palmer, Dawes e Heaton (2009), a severidade dos défices cognitivos está claramente associada à capacidade funcional dos indivíduos. De acordo com Monteiro e Louzã (2007), apenas um número restrito de défices cognitivos apresenta correlação significativa com o prejuízo funcional. Os autores referem que o funcionamento social se relaciona com a memória declarativa e vigilância e que, por outro lado, a vida independente está correlacionada com as funções executivas, memória declarativa e memória operacional. Por sua vez, o funcionamento ocupacional depende das funções executivas, memória declarativa, memória de trabalho e vigilância. Mas, independentemente das correlações encontradas, é sabido que a manifestação da sintomatologia varia com as características idiossincráticas e com o tempo, tendendo o efeito cumulativo da doença a ser grave e persistente, com prejuízo sociofuncional para o indivíduo (Souza & Coutinho, 2006).

Para o doente, a convivência com o transtorno é acompanhada de extremo sofri-

mento e limitações, sendo as suas consequências refletidas na vida afetiva, familiar, social e financeira; muitas vezes seguida de destruição dos sonhos, sentimentos de menos valia e incompreensão. A estas situações juntam-se as questões relativas à estigmatização e ao preconceito que têm de ser enfrentadas tanto pelos doentes, como pelas suas famílias.

Na verdade, segundo Oliveira e Fortunato (2007, p. 156): ‘Ao longo dos séculos, a loucura manteve um parentesco com as culpas morais e sociais que parece longe de ser rompido, permanecendo nas representações sociais, no imaginário, e contribuindo para o processo de estigmatização’. A ideia de que o louco é violento e/ou agressivo ganha especial relevo, quando se fala em doenças como a Esquizofrenia, o que em muito contribui para o estigma a esta associado. É de sublinhar que, nos últimos anos, as evidências epidemiológicas têm mostrado que a associação entre Esquizofrenia e violência é um achado robusto (Valença, 2008; Teixeira, Pereira, Rigacci, & Dalgalarrodo, 2007; Cabral, Macedo, & Vieira, 2008). Ainda assim, Valença (2008) afirma que, embora o transtorno mental possa funcionar como facilitador de comportamento violento, não é, por si só, gerador de conduta criminal.

Neste sentido, Cabral, Macedo e Vieira (2008) referem que a associação entre a Esquizofrenia e violência está longe de ser linear, uma vez que têm que ser levados em conta uma grande variedade de fatores de risco. Aqueles autores afirmam que a referida associação se potencia com o baixo nível socioeconómico, o sexo masculino, o abuso de álcool e/ou consumo de substâncias ilícitas, bem como com a presença de determinados delírios e/ou alucinações. Desta forma, concluem que quando controlados estes fatores, as taxas de violência são comparáveis à população normal. A este respeito, é ainda de enfatizar que os meios de comunicação social, pelo destaque que atribuem a casos pontuais, nos cenários de violência ou criminalidade existentes, acabam por contribuir para a consolidação de falsos mitos relativos à doença mental, em geral, e à Esquizofrenia em particular.

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

Como não poderia deixar de ser, a família, sendo considerada como uma continuidade do paciente, acaba por sofrer também com o processo de estigmatização. Numa fase inicial, alguns elementos do quadro familiar, muitas vezes, tendem a negar a doença, fazendo com que o portador de Esquizofrenia se sinta mais isolado,

contribuindo eles próprios para a segregação. Além disso, os diferentes membros da família são, frequentemente, confrontados também eles com uma doença que desconhecem, sendo obrigados a conviver com o ‘bizarro’ e o estranho. Assim, o cuidador ou responsável, para além de ter que prestar os cuidados básicos ao doente, como alimentação e higiene; estar alerta para as alterações da conduta ou sintomatologia; assegurar o cumprimento da medicação; e de ter que suportar uma maior carga financeira para fazer face à doença, experimenta, ainda, uma sobrecarga emocional pelo facto de lidar, constantemente, com o sofrimento do outro (Santana A. F., 2011).

Tudo isto faz com que também as famílias ou cuidadores tenham que ser alvo de intervenção, o que se encontra, atualmente, previsto nas políticas de saúde mental e diretrizes de atuação (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). A este facto acresce a necessidade de implementação, na sociedade, de campanhas eficazes de desmistificação da doença mental, muito em particular da Esquizofrenia. Por tudo isto, facilmente se compreende que um quadro com a amplitude da Esquizofrenia tenha originado, nos últimos anos, uma crescente preocupação relativa às respostas comunitárias e clínicas, mas também face à Qualidade de Vida (QV) percebida por estes pacientes.

A este respeito, diversos estudos mostram que a QV dos doentes depende da ocorrência de resultados positivos, no tratamento recebido nos serviços de saúde mental (Cesari & Bandeira, 2010). Por sua vez, Santana, Chianca, e Cardoso (2009) referem que a evolução da doença interfere, significativamente, na QV dos pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia. Na revisão sistemática realizada por Souza e Coutinho (2006), a maioria dos estudos analisados apontavam para o facto de a QV, nos pacientes com Esquizofrenia, não estar associada a fatores como o estado civil, idade e escolaridade. No entanto, foi encontrada uma correlação positiva entre a QV e o facto de os doentes se encontrarem empregados, mesmo em trabalho assistido. Embora esta revisão tenha analisado um número significativo de investigações realizadas nos últimos anos, importa salientar que os resultados apontam para conclusões discrepantes face ao que referem outros autores.

Assim, para Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu e Fonseca (2005), o estado civil é apontado como um dos melhores preditores da evolução da Esquizofrenia, de modo que ser casado e ter uma adaptação psicossocial pré-mórbida adequada aparenta estar relacionado com um prognóstico favorável da QV. Onde parece existir algum consenso é no facto de os pacientes com Esquizofrenia que têm maior apoio social apresentarem, também, maior QV do que aqueles que têm menor apoio (Rodríguez-Vidal, Casto-Salas, Sanhueza-Escobar, Valle-Utreras, & Martínez-Arriagada, 2011).

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

Uma evolução científica significativa tem ocorrido, no que respeita às formas de tratamento e de intervenção perante a Esquizofrenia, de modo que longe vão os tempos dos comas induzidos por insulina, das lobotomias frontais e da tão usada hidroterapia. Segundo Lambert e Kinsley (2006), a revolução, no tratamento da Esquizofrenia, começou com o reconhecimento de que esta doença constitui um transtorno neurobiológico, resultante de malformações na estrutura e no funcionamento cerebral. Neste sentido, a farmacoterapia não é exceção, sendo essencial no tratamento desta doença, encontrando-se centrada na transmissão dopaminérgica. Os antipsicóticos ou neurolépticos, como são designados, atenuam a intensidade da sintomatologia, não curando a psicopatologia. Os antipsicóticos típicos foram os primeiros a ser descobertos e utilizados, apresentando bons resultados ao nível da sintomatologia produtiva, mas com efeitos colaterais complexos, como os extrapiramidais. Mais recentemente, foram introduzidos os atípicos ou de segunda ordem que, aparentemente, produzem maior eficácia nos sintomas negativos (Tissot, Neto, & Elkis, 2003). Embora alguns estudos indiquem que as vantagens destes fármacos têm tido sobrestimadas e as suas desvantagens subestimadas, é hoje claro que têm grande influência na diminuição da taxa de recaídas e hospitalização dos doentes (Morrison, et al., 2013).

Desta forma, Silva (2006), afirma que, embora a medicação seja a espinha dorsal do tratamento, deve ser acompanhada de procedimentos integrados que incluem todos os níveis de intervenção. Esta doença, que é marcadamente neurobiológica, carece de intervenções especializadas e fundamentadas que passem pela reabilitação neuropsicológica, muito para além das intervenções farmacológicas atuais. A reabilitação cognitiva, de acordo com diversos autores, tem-se revelado uma forma de intervenção promissora, com melhorias claras na cognição do doente, compensando ou promovendo competências neurocognitivas, com base nos pressupostos da plasticidade cerebral (Marques, Queirós, & Rocha, 2006).

Em simultâneo, a abordagem psicossocial torna-se também imprescindível para voltar a organizar a vida do doente, devendo ser selecionada, de acordo com a evolução do quadro psicopatológico e com as potencialidades do indivíduo. Dependendo, assim, de caso para caso, as formas de intervenção psicossocial poderão passar,

nomeadamente, pela psicoterapia individual ou de grupo; abordagem psicossocial institucional (hospital de dia, internamento ou comunidade terapêutica); grupos de autoajuda; intervenções familiares; sessões de psicoeducação; reabilitação vocacional. A diversidade de propostas tem por base a multidisciplinaridade exigida às equipas, a fim de poderem complementar conhecimentos, traçar objetivos e potenciar resultados. Centrados no doente, Psiquiatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Técnico de Serviço Social e Enfermeiro devem procurar coordenar conhecimentos técnicos específicos e promover o nível máximo de autonomia e funcionalidade da pessoa com esquizofrenia.

Em qualquer caso, o estabelecimento de um plano de intervenção individualizado implica, necessariamente, uma rigorosa avaliação do doente, na qual todos os aspetos até aqui mencionados devem ser levados em conta e, sempre que possível, mensurados. Neste sentido, existem diversos instrumentos de avaliação, mas nem todos são sensíveis aos défices presentes na Esquizofrenia, fazendo com que os técnicos tenham que realizar uma criteriosa seleção dentro da panóplia existente. Neste contexto, é particularmente importante referir o Grupo de Trabalho em Esquizofrenia (GTE) que, num artigo de revisão relativo à Cognição, Cognição Social e Funcionalidade, sistematizou os instrumentos mais usados para mensurar estas áreas na Esquizofrenia, fazendo algumas recomendações de utilização (Vaz-Serra, et al., 2010). Relativamente à Cognição, é indicada a possibilidade de utilização de diversas baterias de testes, nomeadamente: *Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status* (RBANS); *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia* (BACS); *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* (CANTAB) ou a sua versão portuguesa *Avaliação Cognitiva Estandardizada Conde de Ferreira* (ACECF). Não obstante, o GTE considera que a bateria MATRICS – *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*, sendo específica para atender a alguns aspetos presentes na Esquizofrenia, é a mais ajustada para avaliar a cognição nestes doentes (Vaz-Serra, et al., 2010). No que respeita à Funcionalidade, o GTE propõe a escala de Avaliação Global de Funcionamento das Relações (GARF – *Global Assessment of Relational Functioning*); a Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS – *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*); e a Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP – *Personal and Social Performance Scale*) (Vaz-Serra, et al., 2010).

Para avaliação da Sintomatologia, à semelhança do que tem vindo a ser descrito, também poderão ser usados diversos instrumentos, como por exemplo: PANSS

– *Positive and Negative Syndrome SCALE*; Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R – *Symptom Checklist – 90 - Revised*); Inventário de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*); ou PSE – *Present State Examination*.

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

Face ao exposto, facilmente se constata que o último século tem vindo a ser profícuo, no que respeita ao enriquecimento do leque de conhecimentos relativos à Esquizofrenia. Neste contexto, o objetivo deste trabalho é abordar, através de uma revisão sistemática, a forma como, em Portugal, um país que sempre esteve atrasado na implementação das políticas de saúde mental internacionais, tem sido estudada a Esquizofrenia, no campo da investigação académica, ao longo daquele período.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Objetivo

A Revisão Sistemática (RS) é a investigação científica realizada sobre dados já obtidos, tendo por finalidade reunir, avaliar criticamente e produzir uma síntese dos resultados de múltiplos estudos primários. O objetivo deste trabalho é desenvolver uma revisão sistemática, no que respeita às Dissertações de Licenciatura, Dissertações de Mestrado e Teses de Doutoramento que tratam do tema da Esquizofrenia, em Portugal, entre o início do século 20 e Novembro de 2012, integradas no *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)*. Este portal foi escolhido como motor de busca, por se tratar de um agregador (metarrepositório) dos documentos depositados nos vários repositórios institucionais, bem como por disponibilizar o acesso a literatura científica e académica, cujo texto integral se encontra acessível.

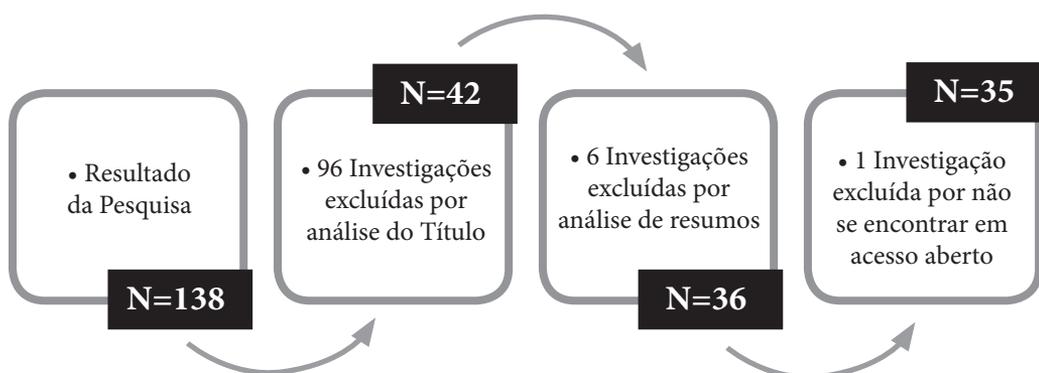
### Amostra

Para proceder à recolha da amostra, estabeleceram-se os critérios de inclusão Dissertações de Licenciatura, Mestrado e Teses de Doutoramento, realizadas em Portugal, disponíveis no RCAAP, relativas ao tema Esquizofrenia, selecionando, no motor de

busca, a opção ‘*Pesquisar Apenas Recursos Portugueses*’. De seguida, no filtro ‘*Tipo de Documento*’, escolheram-se apenas os três tipos pretendidos, neste caso: ‘*Dissertação de Licenciatura*’, ‘*Dissertação de Mestrado*’ e ‘*Tese de Doutoramento*’. O descritor utilizado foi a palavra ‘*Esquizofrenia*’. A recolha ficou concluída em Novembro de 2012, incorporando a totalidade de resultados encontrados, até então, que cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos, não tendo sido usado nenhum limite temporal.

A Figura 1 sintetiza o processo de seleção da amostra até à obtenção de um número final de 35 investigações a incluir no presente estudo.

**Figura 1. Diagrama de Seleção da Amostra**



Assim, o resultado inicial da pesquisa, de acordo com os passos descritos, conduziu a um total de 138 dissertações e teses. Numa primeira fase, excluíram-se 96, pela análise do título. O critério usado para a exclusão foi o facto de as temáticas abordadas não se relacionarem com a doença mental, ou claramente abordarem outras psicopatologias, ainda que o descritor escolhido constasse no título. Numa segunda fase, foram analisados os resumos de todas as dissertações que não continham a palavra Esquizofrenia no título, tendo sido excluídas mais 6 que usavam, nos seus enquadramentos, pontualmente, a palavra Esquizofrenia, apenas a título de exemplo.

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

aberto' ficaria posto em causa.

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

### **Procedimentos e Análise de Dados**

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

No que respeita às 'Principais Dimensões Avaliadas' pelos autores (D), dividiu-se este parâmetro em 14 possibilidades, devido à necessidade de enquadrar a diversidade do material encontrado: D1 Clínica (diagnóstico, duração da doença, evolução do quadro clínico, internamentos, sintomas, comportamento, entre outros). D2 Sociodemográfica (idade, género, escolaridade, estado civil, situação profissional ou ocupação, entre outros). D3 Família. D4 Funcionamento Social. D5 Funcionamento Global. D6 Personalidade. D7 Qualidade de Vida. D8 Desempenho Cognitivo. D9 Psicológica (expectativas, coping, motivação, imagem corporal, perceção de si próprio e do suporte social; perceção da capacidade para lidar com a doença, entre outras). D10 Processamento Sensorial. D11 Linguagem. D12 Sono. D13 Atividade Física. D14 Situação Jurídica (tipo de arma usada, tipo de crime, tipo de vítima, etc.).

Relativamente aos 'Instrumentos ou Escalas de Avaliação', foram enquadrados em categorias semelhantes às descritas anteriormente, exceto no que respeita à componente clínica, tendo-se definido uma maior especificação destes, nomeadamente, os que permitiram mensurar sintomatologia, questionários, entrevistas, consulta de processos clínicos, anamnese, entre outros.

Para proceder à recolha dos dados referidos, utilizou-se, ainda, o *Mendeley Desktop* que permitiu arquivar e organizar a amostra, promovendo o rigor da análi-

se, gestão, elaboração bibliografias e citações.

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

Após a conclusão dos passos referidos, foi realizada a exportação da base de dados para o SPSS 19 – *Statistical Package for the Social Sciences*, para proceder à análise descritiva dos mesmos.

Na análise descritiva dos elementos referidos, fez-se recurso aos trabalhos académicos na sua totalidade (N=35)<sup>2</sup>; porém, no que diz respeito aos dados ‘Tipo e Dimensão da Amostra’, ‘Principais Dimensões Avaliadas’, ‘Instrumentos ou Escalas de Avaliação Utilizados’ e ‘Principais Variáveis em Estudo’, optou-se por analisar unicamente os estudos primários, cujas amostras contemplassem Doentes com Esquizofrenia e/ou respetivos Familiares/Cuidadores (N=27). Deste modo, ficaram excluídos 6 estudos secundários<sup>3</sup> e 2 estudos primários<sup>4</sup>, cujas amostras eram constituídas por genes e por ratos.

## RESULTADOS

A amostra em análise é constituída por de 35 trabalhos académicos relativos ao tema Esquizofrenia, entre os quais constam 2 Dissertações de Licenciatura, 26 Dissertações de Mestrado e 7 Teses de Doutoramento.

O trabalho mais antigo data de 1911, tendo por título *A Demencia Precoce (Estudo Clínico)*, e o mais recente, de Julho de 2012, intitula-se *Qualidade de Vida, Satisfação com o Suporte Social e o Funcionamento Social na Esquizofrenia: Estudo Comparativo entre Doentes Residentes na Comunidade e Institucionalizados*. Tratam-se, portanto, de 102 anos de investigação, mas, como a Figura 2 demonstra, a grande maioria da produção académica situa-se a partir da década de 1980, com especial incidência depois do ano 2000. Consequentemente, a Dissertação de 1911 é melhor observada como um caso isolado, constituindo uma Dissertação Inaugural para a obtenção do grau de Médico, apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. O trabalho descreve e classifica 5 casos clínicos de ‘Demência Precoce’, nas suas formas Hebefrénica,

---

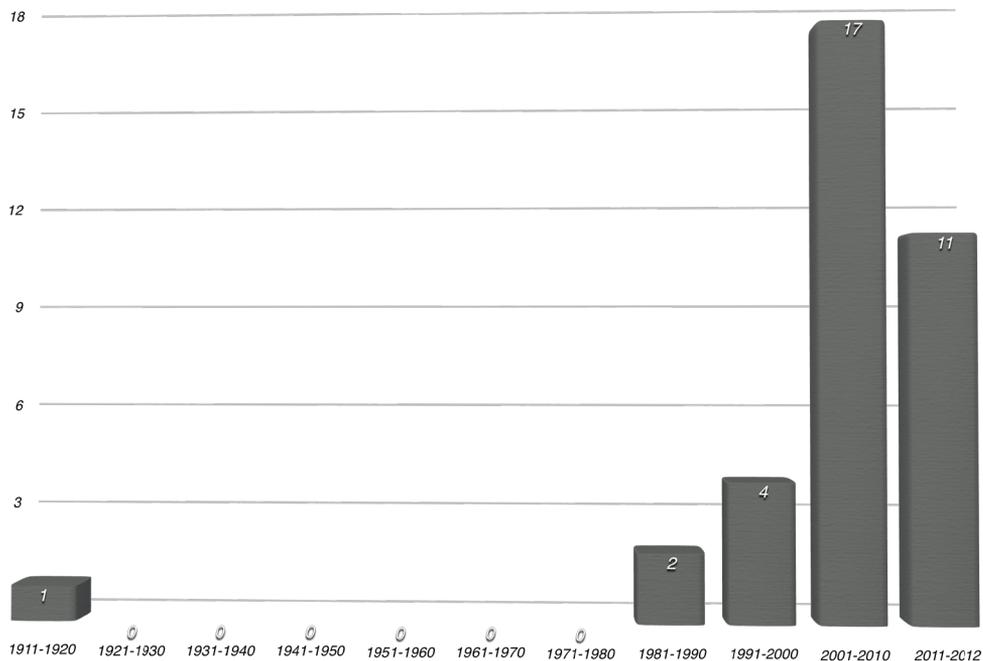
2 Consultar Apêndice, no qual estão identificados os 35 trabalhos que compõem a amostra.

3 Trabalhos nº 3, 14, 22, 24, 26 e 27, no Apêndice.

4 Trabalhos nº 6 e 17, no Apêndice.

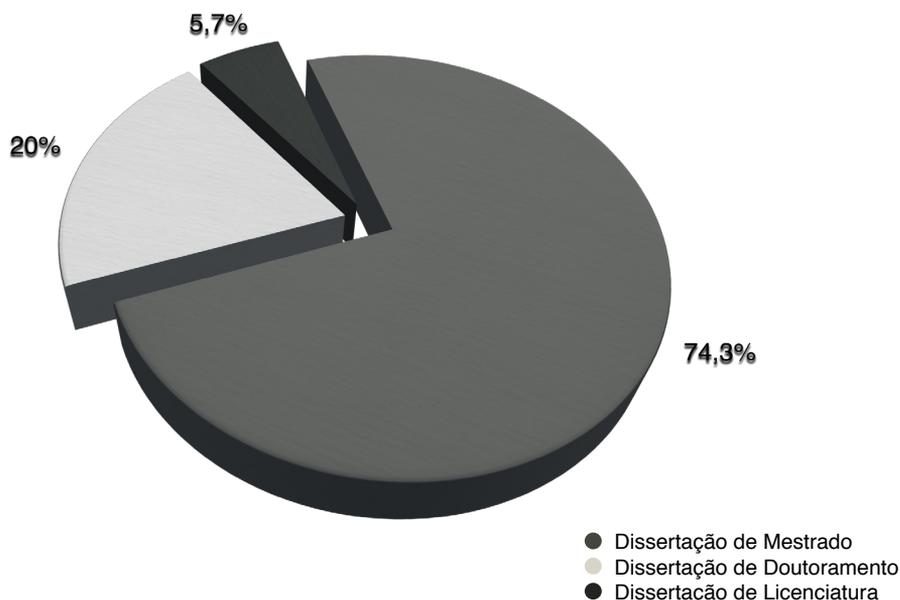
Catatónica e Paranoide, tal como havia sido proposto por Emil Kraepelin (Carvalho, 1911). Este é um trabalho académico que pode ser considerado histórico, tanto mais porque os casos abordados eram, então, seguidos pelo Dr. Júlio de Matos e Dr. Magalhães Lemos, figuras centrais da história da psiquiatria em Portugal.

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



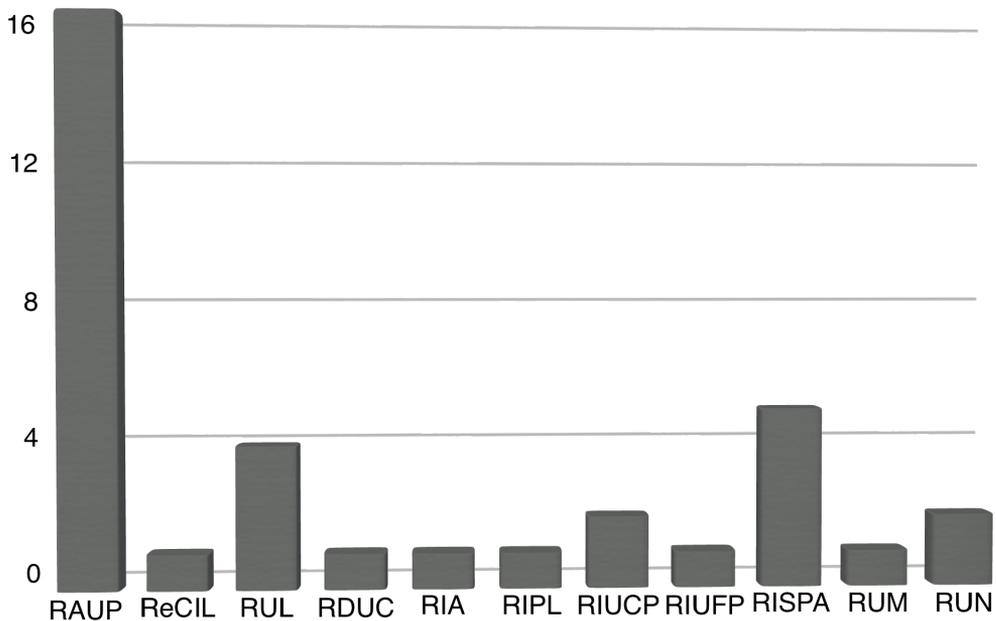
De acordo com a amostra, é possível observar que a Esquizofrenia tem sido claramente mais investigada ao nível dos Mestrados (74,3%), no decorrer dos anos (Figura 3). Por outro lado, verificou-se uma tendência recente para o aumento dos trabalhos doutorais referentes a este tema, uma vez que as Teses de Doutoramento disponíveis em acesso aberto (7), 71,4% (5) foram apresentadas, a partir do ano 2000.

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



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

**Figura 4. Alocações da Produção Científica**

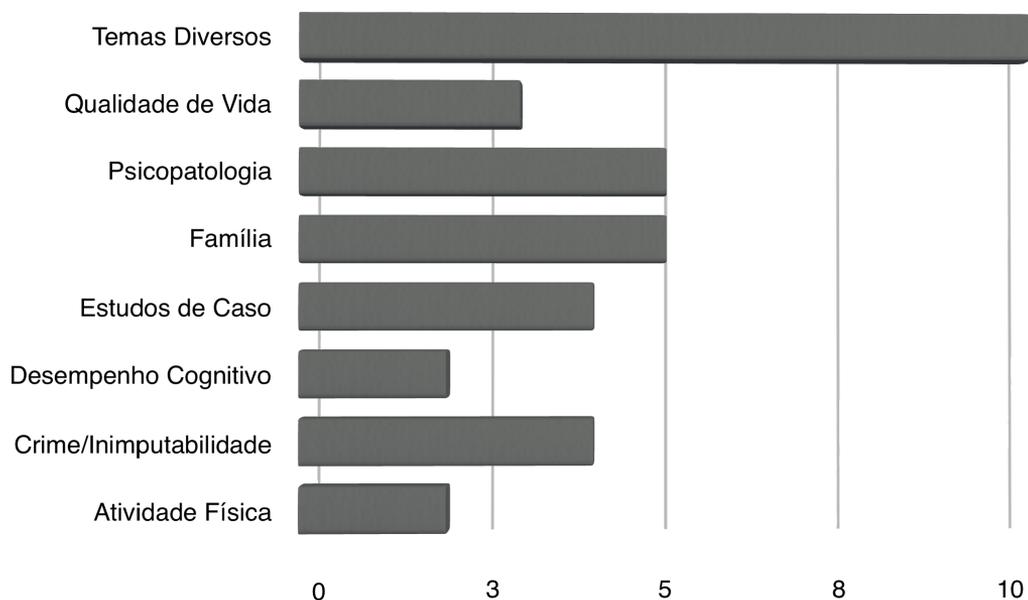


**Legenda:** RAUP: Repositório Aberto da Universidade do Porto; ReCiL: Repositório Científico Lusófona; RUL: Repositório da Universidade de Lisboa; RDUC: Repositório Digital Universidade de Coimbra; RIA: Repositório Institucional da Universidade de Aveiro; RIPL: Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria; RIUCP: Repositório Institucional Universidade Católica Portuguesa; RIUFP: Repositório Institucional Universidade Fernando Pessoa; RISPA: Repositório Instituto Superior de Psicologia Aplicada; RUM: Repositório Universidade do Minho; RUN: Repositório Universidade Nova

Relativamente à área de estudo, a Esquizofrenia tem vindo a ser abordada de forma bastante diversificada, nomeadamente, ao nível das Ciências Sociais, Ciências da Saúde, área Experimental, área Clínica, Forense, Epistemologia, entre outras. Também as problemáticas objeto de investigação são bastante distintas (Figura 5). Entre as investigações que compõem a amostra, 14,3% abordam questões ligadas à Psicopatologia: história, evolução, epistemologia, etiopatogénese e mutações diagnósticas. Por outro lado, 11,4% são Estudos Clínicos ou Estudos de Caso; 11,4% focam questões de Crime e Inimputabilidade; 8,6% centram-se na Qualidade de Vida; 14,3% incidem sobre a Família do doente com Esquizofrenia; 5,7% abordam questões inerentes ao Desempenho Cognitivo; e 5,7% abordam a Atividade Física. Os

restantes 28,6% distribuem-se por temas como: eTerapia, Farmacologia, Genética, Imagem Corporal, Linguagem, Motivação, Obesidade, Percepção Sensorial, Relacionamento Interpessoal e Sono.

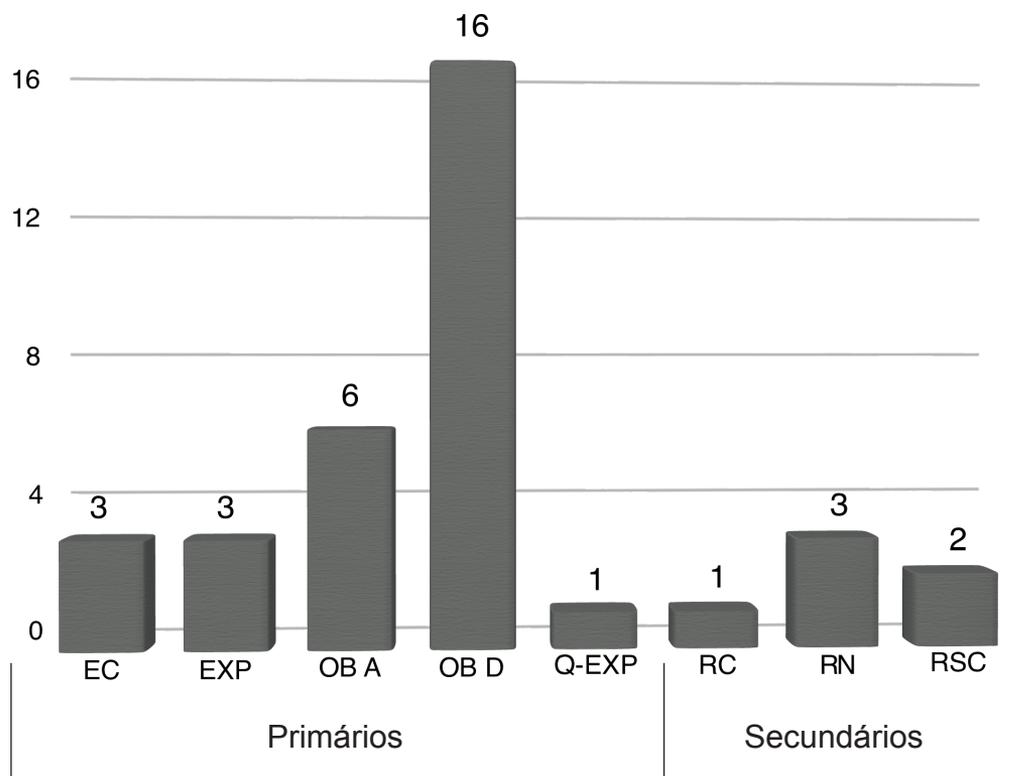
**Figura 5. Distribuição da Produção Académica por Tema**



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

As restantes 6 investigações, ou 17,1% da produção académica da amostra, são estudos secundários, correspondendo a 4 Dissertações de Mestrado, 1 Tese de Doutoramento e 1 Dissertação de Licenciatura. Deste conjunto, 50% são *Revisões Narrativas* (RN); 33,3% *Revisões Sistemáticas Críticas* (RSC); enquanto 16,7 % correspondem a *Revisões Críticas* (RC).

**Figura 6. Desenhos de Investigação dos Trabalhos Académicos**



A partir deste ponto, optou-se por analisar os estudos primários, cujas amostras contemplassem Doentes com Esquizofrenia e/ou respetivos Familiares/Cuidadores. Assim, foram retirados os 6 estudos de revisão mencionados, acrescidos de mais 2 que se centravam na análise de genes e em testes farmacológicos com ratos, ficando a amostra em revisão a ser composta por 27 trabalhos.

No que respeita às temáticas abordadas (Quadro 1), nestes 27 trabalhos, 18,6% estudam a Esquizofrenia sob a perspetiva Familiar; 14,8% são Estudos de Caso ou Clínicos; 11,1% tratam da problemática Qualidade de Vida; e, em igual percentagem, 7,4% observam a Esquizofrenia nas áreas da Atividade Física, Desempenho Cognitivo, Inimputabilidade e Psicopatologia. Os restantes 25,9% das investigações distribuem-se por diferentes temáticas, à semelhança do descrito para a amostra total.

Como se pode constatar também no Quadro 1, as Amostras dos 27 trabalhos (N=1417) são compostas por: Doentes com Esquizofrenia (N=780); Familiares/Cuidadores (N=264); Reclusos (N=122); Peritos (N=32); e ou por Controlos Saudáveis (N=219).

**Quadro 1 - Temas abordados nos Estudos Primários e respetivas Amostras**

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

No que respeita aos Doentes com Esquizofrenia, 780 pacientes fizeram parte da investigação de 22 trabalhos académicos, numa média de 35 doentes por investigação. No entanto, 4 destes trabalhos, sendo estudos de caso/clínicos, são compostos apenas por um doente, o que condiciona claramente o valor médio apresentado.

Por sua vez, os Familiares ou Cuidadores de doentes com Esquizofrenia foram avaliados em 5 investigações, num total de 264 pessoas, com um valor médio de 53 por estudo.

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

É ainda de salientar, no que respeita aos 27 trabalhos primários em análise, que

92,6% resultaram de técnicas de amostragem não probabilísticas, o que significa que a maioria dos investigadores não conseguiu assegurar que fossem representativas de toda a população, nem determinaram a sua dimensão, de modo a reduzir o erro, nem inferir o grau de confiança para os parâmetros da população.

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

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

Também as dimensões Psicológica (44,4%); Desempenho Cognitivo (25,9%); Qualidade de Vida (22,2%); Família (18,5%); e Funcionalidade (Funcionamento Social 11,1% e Funcionamento Global 11,1%) assumem alguma expressão, dentro dos pontos de interesse dos diferentes investigadores. Com menor representatividade, surgem, na qualidade de áreas de avaliação e análise, dimensões como a Personalidade (7,4%); Atividade Física (7,4%); Situação Jurídica (7,4%); Linguagem (3,7%); Processamento Sensorial (3,7%); e Sono (3,7%).

No que respeita à escolha dos Instrumentos, verifica-se que os critérios entre

investigadores são muito variáveis, atendendo à diversidade de escalas existentes. Numa percentagem bastante expressiva de trabalhos, os autores optam por construir Questionários (33,3%) e realizar Entrevistas (29,6%), essencialmente, para recolha de informações clínicas e sociodemográficas. Por outro lado, 37,0% dos investigadores escolheram consultar os Processos Clínicos dos doentes com Esquizofrenia, enquanto 14,8% recorreram à Anamnese, para complementar estas informações. Ainda no que se refere aos dados sociodemográficos, a análise da amostra demonstra que apenas em dois trabalhos foram utilizados instrumentos standardizados, designadamente, o QLS – *Questionário Sociodemográfico e de Lazer* e o RSDS – *Inventário Sociodemográfico para Famílias*.

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

**Quadro 2 - Listagem de Instrumentos usados para avaliar Sintomatologia, frequência e percentagem de utilização**

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

Quanto à aferição do Funcionamento Social dos doentes com Esquizofrenia, são usados, em igual proporção (3,7%), os seguintes instrumentos: SAFE/FAS – *Escala de Avaliação do Funcionamento Adaptativo Social*; PSP – *Escala de Desempenho Pessoal e Social (Personal and Social Performance Scale)*; MSRIR – *The Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations*. Relativamente ao Funcionamento Global, apenas uma investigação o mensurou nos pacientes, tendo feito recurso da GAF – *Global Assessment of Functioning* (Escala de Avaliação do Funcionamento Global).

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

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

No que diz respeito aos Familiares/Cuidadores, encontra-se, nos trabalhos em análise, uma grande diversidade de escalas, dedicadas a diferentes domínios (Quadro 3). Os 5 trabalhos académicos que se centram nas famílias ou cuidadores usaram diferentes instrumentos de avaliação: N-SFLQ – *North Family Life Questionnaire*; ENQ – *Educational Needs Questionnaire*; FIAS/EAEFR – *Family Involvement Assessment Scale* (Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação); FBIS-BR – *Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos*; Graffar – *Caracterização Social da Família de Graffar*; PFPQ – *Versão Portuguesa do Questionário de Problemas Familiares*; FACES IV – *Escala de AVALIAÇÃO da Adaptabilidade e Coesão FAMILIAR*; FRT – *Family Relations Test*.

**Quadro 3 - Listagem de Instrumentos usados para avaliar Famílias, frequência e percentagem de utilização**

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

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

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

A variedade de instrumentos usados nos 27 trabalhos académicos primários deixa, mais uma vez, claro que a Esquizofrenia tem sido objeto de diferentes disciplinas e, conseqüentemente, investigada de formas bastante distintas. Assim, as principais Variáveis analisadas nos referidos trabalhos são: Clínicas (81,8%); Histórias de Vida (22,2%); Histórias Clínicas (26,6%); Sintomas (44,4%); Sociodemográficas (85,2%); Situações Jurídicas (7,4%); Funcionamento Familiar (3,7%); Suporte e Envolvimento (3,7%); Relações Familiares (3,7%); Necessidades Educacionais (3,7%); Sobrecarga

Familiar (7,4%); Interação Social (3,7%); Funcionamento Social (11,1%); Funcionamento Global (11,1%); Personalidade (3,7%); Qualidade de Vida (22,2%); Funções Cognitivas (25,9%); Expectativas (3,7%); Orientações Motivacionais (3,7%); Agressividade (3,7%); Coping (3,7%); Imagem Corporal (3,7%); Capacidade para lidar com a doença (3,7%); Perceção de si, da doença e do processo de reabilitação (3,7%); Satisfação com o Suporte Social (3,7%); Processamento de Sons (3,7%); Perfil Pragmático (3,7%); Qualidade do Sono (3,7%); Ciclos do Sono (3,7%); Atividade Física (7,4%).

Ao mesmo tempo que o estudo da Esquizofrenia tem ganho diversidade e especificidade, torna-se pertinente compreender as principais limitações com que se deparam os diferentes investigadores, em Portugal. Este levantamento só foi possível, nos casos em que os próprios autores apontaram as dificuldades sentidas ao longo da investigação. Assim, entre as 27 dissertações ou teses em revisão, apenas 18 faziam menção às limitações encontradas (13 visavam o estudo de doentes com Esquizofrenia e os restantes 5 famílias ou cuidadores).

Relativamente aos 13 trabalhos que se centram nos doentes, 72,2% apontam como limitação o facto de terem usado amostras pequenas, o que não permite chegar a resultados concretos, nem inferir conclusões para a população em geral. Por outro lado, 16,6% dos autores apontam questões metodológicas usadas para a seleção da amostra, enquanto 11,1% dos trabalhos referem ser necessário compreender os efeitos secundários da medicação para que estes não tragam enviesamento às suas conclusões. Em igual percentagem, outros investigadores mencionam a dificuldade em aceder a instituições de Saúde Mental, bem como em obter as necessárias autorizações pelas comissões de ética, em tempo útil, para a realização dos trabalhos. Outros tipos de limitações referidas estão associadas às especificidades de cada trabalho, nomeadamente: a consulta dos processos clínicos não assegura a inexistência de erros diagnósticos; baixo número de sessões para testar programas de intervenção; idade avançada de doentes; escolha de instrumentos de compreensão difícil; heterogeneidade ou homogeneidade no género dos participantes; ausência de bibliografia específica; ausência de grupo controlo; entre outras.

Por sua vez, no que respeita aos trabalhos que abordam as problemáticas familiares, os investigadores apontam, mais uma vez, os tamanhos reduzidos das amostras como fatores limitadores da investigação. De igual modo, são referidas dificuldades em aceder aos dados relativos às famílias, bem como a estudos nesta área, em Portugal. Outra questão apontada é o facto de as famílias/cuidadores que se propõem a

colaborar nos estudos serem, aparentemente, as mais apoiantes e as que acolhem no seu seio doentes com maior adesão à terapêutica, podendo, assim, não representar a maioria de famílias de doentes com Esquizofrenia.

Este próprio trabalho de revisão apresenta limitações, eventualmente, em virtude de ter sido usado o RCAAP como fonte única para a recolha de trabalhos académicos, admitindo-se que investigações desenvolvidas, nesta área, no contexto português, não estejam contempladas nesta abordagem.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Revisão Sistemática realizada concentrou-se na produção académica portuguesa, relativa à temática Esquizofrenia, disponível em acesso aberto, até Novembro de 2012. A amostra final, resultante da pesquisa efetuada, é composta por 35 trabalhos académicos, dos quais constam 26 Dissertações de Mestrado, 7 Teses de Doutoramento e 2 Dissertações de Licenciatura, compreendidas entre o período de 1911 a 2012. Assim, 85,7% foram produzidas no século 21, o que demonstra que, em Portugal, o interesse sobre a Esquizofrenia tem vindo a crescer em especial na última década, durante a qual foram realizadas 28 das 35 investigações em revisão. O facto de não existirem publicados, em acesso aberto, quaisquer estudos entre 1911 e 1984, pode indicar que, devido ao peso das instituições hospitalares e políticas de institucionalização presentes, na altura, o acesso a esta população pudesse ser difícil. Possivelmente, terá sido a reforma da saúde mental em Portugal, nos finais da década de 1990, determinando a criação de uma rede diversificada de respostas articuladas entre si, que potenciou uma maior aproximação entre o doente e a comunidade e, consequentemente, a necessidade de investigação acerca desta problemática.

Por outro lado, a Esquizofrenia tem sido claramente mais estudada ao nível dos Mestrados (74,3%), em comparação com os Doutoramentos (20,0%). Além disso, 57,1% Teses de Doutoramento disponíveis em acesso aberto foram apresentadas, a partir do ano 2007. O pequeno número de dissertações de Licenciatura, nesta área, parece indicar que a Esquizofrenia foi estudada, nestes casos, por profissionais que, trabalhando ou não na área da psiquiatria/psicologia, tiveram interesse em aprofundar os seus conhecimentos relativos a esta doença, após a sua formação de base.

A maioria dos trabalhos são estudos primários (82,9%), o que traduz uma clara vontade de contribuir para um aumento de conhecimento acerca desta patologia, na

procura de novos dados. Tendencialmente, os desenhos de investigação são observacionais (75,9%), nos quais os investigadores não intervêm, optando por descrever apenas determinados acontecimentos ou características. Entre os 3 trabalhos experimentais encontrados, 2 foram realizados no âmbito de Doutoramentos, o que poderá levantar a possibilidade de ser necessário mais tempo para a sua elaboração, ou então, refletem o facto de os seus autores terem contacto profissional prévio com esta doença. Por outro lado, os períodos de seguimento, na sua maioria, são transversais (59,3%) demonstrando que grande parte dos autores opta por observar a Esquizofrenia num momento único. Entre as investigações longitudinais, 8 são prospetivas, demonstrando que somente uma pequena parte dos trabalhos tende a estimar a evolução do quadro clínico, a partir da adoção de determinado tratamento ou intervenção.

Relativamente às amostras usadas nos estudos primários, 780 doentes fizeram parte de 22 trabalhos académicos, o que representa um valor médio de 35 indivíduos com Esquizofrenia por estudo. No que respeita aos Familiares ou Cuidadores, observou-se um valor médio superior usado nas amostras de 53 pessoas, por investigação. Em 92,6% dos trabalhos, a técnica de amostragem escolhida pelos autores foi precisamente a não probabilística. Estes dados remetem para algumas das limitações apontadas pelos próprios autores e que já anteriormente foram referidas, considerando que o uso de amostras de pequena dimensão, tanto de doentes, como de familiares, restringe as conclusões da pesquisa. Alguns autores chegam mesmo a apontar como limitadora a técnica de amostragem escolhida que é, na maioria dos casos, de conveniência. Mais uma vez, este dado remete, possivelmente, para as dificuldades em aceder à população com Esquizofrenia, ou para a existência de prazos curtos na entrega de trabalhos académicos, o que dificulta a escolha de processos de amostragem representativos da população ou universo (Ribeiro, 2008).

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

No que respeita às dimensões alvo de avaliação, a análise de elementos Sociodemográficos e Clínicos atravessa a quase totalidade de trabalhos, o que seria expectável, uma vez que todos os autores que trabalham esta problemática contemplam nos seus objetivos a caracterização das amostras em estudo. Depois, seguem-se as dimensões Psicológicas (44,4%); Desempenho Cognitivo (25,9%); Qualidade de Vida (22,2%); Funcionalidade (22,2%); e Família (18,5%). Com menor representatividade, surgem Personalidade (7,4%); Atividade Física (7,4%); Situação Jurídica (7,4%); Linguagem (3,7%); Processamento Sensorial (3,7%); e Sono (3,7%). Assim, os estudos em análise são muito diversificados e refletem, eventualmente, ou os interesses e formação académica de cada autor em particular, ou a própria extensão e multiplicidade de défices presentes nesta patologia.

Em consequência da variedade de dimensões avaliadas, a escolha de instrumentos, por parte dos investigadores, é igualmente diversa. O instrumento mais usado para avaliar a sintomatologia presente na Esquizofrenia é a PANSS, tendo sido também usados os instrumentos SCL-90-R, BDI, EAE-M, PSE, AMDP, NPI e ISM. No que respeita à avaliação da Funcionalidade Social e Global, destacam-se os seguintes instrumentos: SAFE/FAS, PSP, MSRIR e GAF.

Quanto aos Desempenhos Cognitivos, a escala de eleição entre os autores é a MMSE, seguida da bateria ACECF-FA, ou da sua versão reduzida BACB. Estas duas últimas possibilidades são consideradas ajustadas pelo GTE, porém o instrumento recomendado para a mensuração da componente cognitiva é a MATRICS que se constatou, porém, não ter sido usada em nenhum dos trabalhos em revisão.

No que se refere à avaliação dos Familiares/Cuidadores, são usados instrumentos que, não sendo específicos para nenhuma patologia em particular, visam a análise das famílias em geral, focando-se nas suas necessidades educacionais, envolvimento, sobrecarga, caracterização social, adaptabilidade e coesão, entre outras.

Em resumo, esta revisão permitiu compreender que os estudos de acesso aberto que têm por objeto a Esquizofrenia são, essencialmente, Dissertações de Mestrado, produzidas, na maior parte, desde o começo do século 21. Tratam-se de estudos primários observacionais que se focalizam, principalmente, na avaliação de doentes com Esquizofrenia, escolhidos através de técnicas de amostragem não probabilísticas, em média compostos por 35 pacientes. As suas temáticas são diversificadas, mas destacam-se os estudos que incidem sobre a Evolução da Psicopatologia, Família/Cuidadores, Qualidade de Vida, Desempenhos Cognitivos, Inimputabilidade e a Atividade Física.

A análise da amostra em estudo indica, ainda, que a Esquizofrenia, em Portugal, foi, durante muito tempo, subavaliada no csmpto da investigação académico, atendendo ao pequeno número de trabalhos encontrados. Contudo, esta tendência foi crescentemente invertida, em especial na última década, verificando-se um claro aumento da investigação referente a esta temática.

É de concluir, ainda, que existe uma grande diversidade e dispersão de temáticas abordadas, dimensões avaliadas e instrumentos utilizados pelos investigadores da Esquizofrenia. Neste contexto, Marques-Teixeira (2007), num editorial que tem por título ‘A Intrigante Esquizofrenia’, refere que a multi-heterogeneidade presente nesta patologia acaba por dificultar os processos de investigação, apontando, como questões centrais, aquelas que se relacionam com a definição do próprio quadro psicopatológico, bem como a dificuldade de concentrar amostras de tamanho significativo que permitam a criação de grupos de doentes mais homogéneos. Este tipo de abordagem parece indicar uma situação que é intrínseca à patologia, mas, no presente trabalho de revisão, não fica claro se a dispersão encontrada se relaciona com a heterogeneidade característica da doença, questões metodológicas, os diferentes interesses dos investigadores, as disciplinas que a investigam, ou, eventualmente, com explorações analíticas pouco sustentadas na prática clínica. De facto, na maior parte dos trabalhos analisados, o circuito Prática Clínica – Investigação – Prática Clínica não é uma realidade perceptível. No entanto, a sua operacionalização seria desejável, em termos futuros, permitindo que as investigações académicas pudessem responder às dificuldades sentidas no contacto diário com esta doença.

De igual modo, é importante propor que sejam testados mais modelos de intervenção que têm sido crescentemente preconizados, a nível internacional. Com o reconhecimento de que a Esquizofrenia constitui um transtorno neurobiológico, seria produtivo, por exemplo, que se pudessem implementar e testar programas de Reabilitação Cognitiva para estes doentes, cujos resultados fossem divulgados em plataformas de acesso aberto, como o RCAAP. Em fase de reestruturação da psiquiatria em Portugal e dos modelos de intervenção que aproximam, cada vez mais, o doente em relação à comunidade e valorizam as respostas reabilitativas e de integração sócio-profissional, poderia ser importante que se mensurassem e analisassem os resultados práticos destas medidas.

Assim, no caso de programas de reabilitação profissional, levados a cabo de forma séria e amplamente monitorizada, que resultados têm, na prática, no tratamento da Esquizofrenia? Estes programas contribuem para os desafios genuinamente reabilitativos, ou serão apenas uma resposta de ambulatório, na qual é possível manter

os doentes, por algum tempo, devidamente estabilizados, diminuído, com isso, a sobrecarga das famílias e até a número de internamentos? Serão os progressos destes doentes transitórios, ou os ganhos alcançados com as intervenções psicossociais tendem a tornar-se sustentáveis, com o tempo?

Numa época de mudança em que os tratamentos da Esquizofrenia, segundo Marques-Teixeira (2007), se encontram longe de ser adequados, seria essencial que se criassem grupos de trabalho em Portugal, à semelhança do GTE, que pudessem reunir profissionais e académicos, fomentando a sinergia entre investigação, tratamento e intervenção, no campo da Esquizofrenia.

## APÊNDICE

### Títulos e Autores dos Trabalhos que compõem a Amostra em Revisão

Nº	Tipo	Título	Autor
1	TD	Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia	(Brito, 2011)
2	DM	Avaliação da qualidade de vida e estilos de <i>coping</i> na Esquizofrenia	(Meireles, 2012)
3	DL	Obesidade e Síndrome Metabólica na Esquizofrenia	(Costa, 2009)
4	DL	A Demência Precoce (Estudo Clínico)	(A. C. P. de Carvalho, 1911)
5	DM	Qualidade de Vida, Satisfação com o Suporte Social e o Funcionamento Social na Esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados	(Carneiro, 2012)
6	DM	Esquizofrenia e Análises Forenses – Desenvolvimento de um método analítico para a quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS	(A. I. S. Ferreira, 2011)
7	DM	Analysis of the Unpleasantness of Sounds by Schizophrenic Patients	(Freitas, 2007)
8	DM	Efeitos de uma Intervenção focada na Estimulação da Consciência Corporal em Pacientes Esquizofrénicos: a imagem corporal em questão	(J. M. B. Ferreira, 2008)

## A Investigação sobre Esquizofrenia em Portugal: Uma Revisão Sistemática

9	DM	Análise da Componente Pragmática da Linguagem de Pessoas com Esquizofrenia	(Rocha, 2007)
10	DM	Estudo de um caso de esquizofrenia	(Graça, 1999)
11	TD	Os Caminhos da Esquizofrenia	(Cardoso, 2000)
12	TD	Relações Interpessoais na Esquizofrenia Paranoide – Estudo Experimental	(Figueira, 1984)
13	TD	Esquizofrenia e Família: repercussões nos filhos e cônjuge	(J. C. M. de Carvalho, 2012)
14	TD	Epistemologia Sistémica da Psicopatologia Contemporânea: Anti-psiquiatria, Esquizofrenia e Terapia Familiar como analisadores epistémicos	(Gameiro, 1990)
15	DM	A relação entre os padrões do ciclo sono-vigília e os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia	(Afonso, 2008)
16	DM	Avaliação das Necessidades Educacionais dos Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia – Contribuição para a validação de um questionário	(Santos, 2011)
17	TD	Finding genes underlying schizophrenia: Retinoid and thyroid hormone hypotheses	(Neto, 2007)
18	TD	Introdução de ferramentas multimédia num contexto de terapia – Estudo exploratório aplicado à terapia de pacientes esquizofrénicos	(Freire, 2012)
19	DM	Nível de atividade física em indivíduos com esquizofrenia: Estudo de aplicabilidade de um questionário	(Finisterra, 2011)
20	DM	Actividade física e desportiva para indivíduos com Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo: implantação de um programa e análise da aplicabilidade de um teste de capacidade funcional	(Gomes, 2011)
21	DM	Do Universo ao Multiverso da Esquizofrenia - Estudo de Caso	(Almeida, 2009)
22	DM	Intervenção psicológica forense na área da saúde mental – Inimputabilidade	(F. A. C. B. de Sousa, 2008)
23	DM	Família, Doença Mental e Reabilitação Psicossocial – Estudo da relação entre a percepção que as famílias de doentes psicóticos têm de si, da doença e da reabilitação e o seu envolvimento no processo de reabilitação psicossocial	(Silva, 2004)

24	DM	Conceptualização Histórica da Esquizofrenia	(A. S. R. da S. F. Oliveira, 2010)
25	DM	Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia - Considerações Psicodinâmicas	(S. P. S. de Oliveira, 1999)
26	DM	O papel da cannabis na etiopatogénese da Esquizofrenia	(Andrade, 2010)
27	DM	Compreender o crime na esquizofrenia - factores de risco e prevenção	(Moreira, 2010)
28	DM	Desempenho cognitivo em doentes com esquizofrenia e com dependência de substâncias. Estudo comparativo com doentes com esquizofrenia e com indivíduos dependentes de substâncias	(Nogueira, 2009)
29	DM	Motivação e Esquizofrenia: Avaliação de Défices Motivacionais numa Amostra Portuguesa de Pessoas com Esquizofrenia em Contexto de Reabilitação Psicossocial: Contributo para a Validação da <i>General Causality Orientations Scale (GCOS)</i>	(Soares, 2009)
30	DM	A política de Saúde Mental como instrumento de promoção da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia	(A. J. P. S. Marques, 2002)
31	DM	Da Loucura à Doença Mental da Doença Mental à Inimputabilidade – Avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional	(E. T. Marques, 2003)
32	DM	Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos e sua relação com a depressão	(Dias, 2011)
33	DM	Mutações Diagnósticas – A Propósito da psicose unitária	(R. F. G. T. de Sousa, 2000)
34	DM	Cognição e Esquizofrenia: Estudo neuropsicológico para discriminação dos domínios cognitivos mais afetados	(Sá, 2011)
35	DM	Esquizofrenia e Crime – Contributo para o estudo da agressividade dos Inimputáveis Perigosos	(Cunha, 2003)

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

## REFERÊNCIAS

- Adad, M. A., Castro, R. d., & Mattos, P. (2000). Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl I), 31-34.
- Amaro, F. (2011). Eugen Bleuler. *Revista de Psiquiatria*, 24, 5-7.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bleuler, E. (2005). *Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bonilha, L., Molnar, C., Horner, M. D., Anderson, B., Forster, L., George, M. S., & Nahas Z. (2008). Neurocognitive deficits and prefrontal cortical atrophy in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 101, 142-151.
- Bonner-Jackson, A., Grossman, L. S., Harrow, M., & Rosen, C. (2010). Neurocognition in schizophrenia: A 20-year multi-follow-up of the course of processing speed and stored knowledge. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 471-479.
- Cabral, A. S., Macedo, A., & Vieira, D. N. (Novembro/Dezembro de 2008). Da Doença Mental à Violência. *Repositório Institucional do CHUC*, X(6), 13-20.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N., & Fonseca, J. O. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *CADERNOS de Saúde Pública*, 21(5), 1338-1348.
- Carvalho, A. C. (1911). *A Demencia Precoce (Estudo Clínico)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Cesari, L., & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 293-301.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Cruz, B. F., Salgado, J. V., & Rocha, F. L. (2010). Associação entre déficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 233-239.

- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl I), 23-26.
- Filho, H. P., & Samaia, H. (2000). Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl I), 2-4.
- Galera, S. A., & Teixeira, M. B. (Maio de 1997). Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5, 69-75.
- Joyce, E. M., & Roiser, J. P. (Maio de 2007). Cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 268-272.
- Junior, B. C., Barbosa, M. A., Barbosa, I. G., Hara, C., & Rocha, F. L. (2010). Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul*, 32(2), 57-63.
- Lambert, K., & Kinsley, C. H. (2006). *Neurociência clínica - as bases neurobiológicas da saúde mental*. São Paulo: Artmed.
- Marques, A. J., Queirós, C., & Rocha, N. B. (2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 109-116.
- Marques-Teixeira, J. (2007). A intrigante esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9(1), 7-9.
- Monteiro, L. d., & Louzã, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl 2), 179-183.
- Morrison, A. P., Wardle, M., Hutton, P., Davies, L., Dunn, G., Brabban, A., et al. (2013). Assessing Cognitive Therapy Instead Of Neuroleptics: Rationale, study design and sample characteristics of the ACTION trial. *Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(1), 82-89.
- Oliveira, F. B., & Fortunato, M. L. (2007). Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Vivência*, 32, 155-161.
- Oliveira, R. M., Facina, P. C., & Júnior, A. C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309-316.

- Palmer, B. W., Dawes, S. E., & Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review*, 19, 365-384.
- Reichenberg, A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 383-392.
- Reichenberg, A., Harvey, P. D., Bowie, C. R., Mojtabai, R., Rabinowitz, J., Heaton, R. K., et al. (2009). Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 1022-1029.
- Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., Marques, A., & Horta, M. P. (2009). Relação entre neurocognição e qualidade de vida em pessoas com esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 22(1), 71-82.
- Rodriguez-Vidal, M., Casto-Salas, M., Sanhueza-Escobar, V., Valle-Utreras, A. d., & Martínez-Arriagada, J. (Abril de 2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *AQUICHAN*, 11(1), 66-76.
- Santana, A. F. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares*. Universidade Federal de Uberlândia. Psicologia.pt.
- Santana, A. F., Chianca, T. C., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 187-194.
- Silva, R. C. (2006). Esquizofrenia: Uma Revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.
- Souza, L. A., & Coutinho, E. S. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58.
- Teixeira, E. H., Pereira, M. C., Rigacci, R., & Dalgalarrodo, P. (2007). Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 127-133.
- Tissot, M. C., Neto, M. R., & Elkis, H. (2003). Os antipsicóticos de nova geração e suas meta-análises. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(6), 229-232.

- Valença, A. M. (2008). Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários – estudo de série de casos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 253-260.
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., Damas-Reis, F., Ferreira, L., Gago, J., Jara, J., Relvas, J., & Teixeira, J. M. (2010). Cognição, Cognição Social e Funcionalidade da Esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058.

**Joana Barbosa.**

Terapeuta Ocupacional. ScM Psicoterapia e Psicologia Clínica.  
Instituto Superior Miguel Torga, de Coimbra.

# Resumo / Abstract

## **A Investigação sobre Esquizofrenia em Portugal: Uma Revisão Sistemática**

O conceito de Esquizofrenia mudou, acentuadamente, durante os últimos 100 anos de conceptualização e investigação da doença. O objetivo deste estudo é descrever e caracterizar a forma como a Esquizofrenia tem sido investigada em Portugal, através de uma revisão sistemática de teses de Licenciatura, Mestrado e Doutoramento, desde o início do século 20 até Novembro de 2012, a partir do *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)*. Esta revisão sistemática, resultando numa amostra final de 35 trabalhos de investigação, mostra que a Esquizofrenia foi, durante a maior parte daquele longo período, descuidada em Portugal como objeto de estudo. Desta forma, a maior parte da pesquisa corresponde a teses de Mestrado de início do século 21, consistindo em estudos primários observacionais, baseados em técnicas de amostragem não probabilística e, em média, compostos por 35 doentes com Esquizofrenia. Em qualquer caso, há, naqueles estudos objeto de revisão, uma grande diversidade de tópicos abordados, dimensões avaliadas e instrumentos utilizados.

**Palavras Chave:** Esquizofrenia, revisão sistemática, Portugal, investigação académica, RCAAP.

## **The Research on Schizophrenia in Portugal: A Systematic Review**

The concept of Schizophrenia has changed markedly during the last 100 years of conceptualization and investigation of the disease. The goal of this study is to describe and characterize the way in which Schizophrenia has been researched in Portugal, by carrying out a systematic review of Bachelor, Master's, and PhD theses, ranging from the early 20th century to November 2012, and gathered from the *Open Access Scientific Repository of Portugal* (with the Portuguese acronym RCAAP). This systematic review, resulting in a final sample of 35 research works, shows that schizophrenia was, for most of that long period, overlooked in Portugal as an object of study. In this way, most research corresponds to recent Master's theses from the early 21st century, consisting of observational primary studies based on non-probabilistic sampling techniques and, on average, composed by 35 patients with Schizophrenia. At any rate, there is, in these reviewed studies, a great diversity of topics addressed, dimensions assessed and instruments used.

**Keywords:** Schizophrenia, systematic review, Portugal, academic research, RCAAP.