

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

DETECÇÃO PRECOCE DA ESQUIZOFRENIA NA ADOLESCÊNCIA?
EXPLORAÇÃO DA PRECISÃO DE UM INSTRUMENTO PREDITIVO
MEDIADO POR PROFESSORES EM CONTEXTO ESCOLAR

João Pedro Ferreira Amaro

Dissertação Orientada por Prof. Doutor Eduardo Sá

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

“Toda a infelicidade resulta de uma desintegração ou falta de integração; há desintegração no Eu por falta de coordenação entre o consciente e o inconsciente; há falta de integração entre o Eu e a sociedade quando os dois não estão unidos pela força dos interesses e afeições objectivas.”

BERTRAND RUSSEL

“Tanto na psicologia como na lógica, há verdades mas não há verdade (...). E dão-me então a escolher entre uma descrição que é certa, mas que nada me diz, e as hipóteses que pretendem ensinar-me mas que não são certas (...). Querer é suscitar paradoxos.”

ALBERT CAMUS

“Prediction is very difficult, especially if it's about the future.”

NIELS BOHR

“Prevention is better than cure.”

ERASMUS OF ROTTERDAM

Agradeço ao meu orientador, Prof. Doutor Eduardo Sá, pelo profundo instinto epistemológico de vida, pela paciência inexaurível, e por ter acreditado sempre neste trabalho – mesmo quando eu não acreditava... mas sobretudo, por me ter “desorientado”; no sentido em que me obrigou a pensar – por mim...

Ao Professor Miguel Xavier, por me ter apresentado a área da detecção precoce da esquizofrenia...

Aos Professores António Pires, José Morgado, Teresa Garcia-Marques, Hélder Santos e Nuno Reis, pelas sugestões e motivação...

Ao Director Jorge Sena, por ter autorizado a recolha da amostra no Colégio S. João de Brito...

Ao Dr. Miguel Correia, responsável pelo 3º Ciclo do Ensino Básico, que coordenou ao pormenor a referida recolha...

A todos os professores que aceitaram participar neste estudo...

À Dra. Teresa Rodrigues, pelo imprescindível apoio no tratamento estatístico dos dados...

Aos meus pais e à minha irmã, por tudo...

A todos os meus amigos, pela confiança...

À Bárbara, por todo o amor...

“(...) Se, de não saber, parei no caminho, todos pasmaram que eu não seguisse para onde ninguém sabia o que estava, ou não voltasse para trás – eu, que, desperto na encruzilhada, não sabia de onde viera.”

Bernardo Soares

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo explorar a precisão com que um determinado grupo de professores avalia um mesmo conjunto de adolescentes que acompanhou durante três anos, quando utiliza o questionário de detecção precoce da esquizofrenia *School Report* (Olin et al., 1998). Para tal, a amostra foi constituída por um grupo de 6 professores ($N=6$), com idades compreendidas entre os 34 e os 54 anos, e por um grupo de 25 alunos ($N=25$), com idades entre os 14 e os 16 anos. Recorreu-se à análise estatística do nível de concordância entre os diferentes professores para explorar a precisão das suas avaliações. Os resultados apontam para níveis de acordo acima dos 80%, percentagens que asseguram a confiança nos seus registos. O estudo fornece ainda algumas reflexões metodológicas e conceptuais, a ter em consideração quando se pretende utilizar os professores numa detecção precoce da esquizofrenia em contexto escolar.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Detecção Precoce, Precisão, Professores.

ABSTRACT

The current study's goal is to explore the precision with which a given group of teachers evaluates the same set of teenagers they had followed for three years, while using a *School Report's* early detection survey for schizophrenia (Olin et al., 1998). For that purpose, the sample was composed of a group of six teachers ($N=6$), ages averaging between 34 and 54 years old, and by a group of 25 students ($N=25$), ages averaging between 14 and 16 years old. We resorted to the statistic analysis of the agreement level amongst the different teachers, in order to ascertain the precision of their evaluations. Results indicate agreement levels over 80%, percentages that assure their record's reliability. This study still provides some method and conceptual reflexions to take into account when there is the intention of using teachers in an early detection of schizophrenia in the school context.

Key words: Schizophrenia, Early Detection, Precision, Teachers.

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
Esquizofrenia.....	3
<i>Nosografia da Esquizofrenia.....</i>	<i>3</i>
Evolução histórica do conceito.....	3
Esquizofrenia nas diversas classificações.....	5
<i>Epidemiologia.....</i>	<i>5</i>
A situação em Portugal.....	6
<i>Diagnóstico Clínico.....</i>	<i>9</i>
Semiologia geral.....	10
<i>Diagnóstico Diferencial.....</i>	<i>14</i>
Perturbações psiquiátricas.....	14
Perturbações induzidas por substâncias.....	15
Perturbações globais do desenvolvimento.....	15
Perturbações neurológicas e médicas.....	15
<i>Comorbilidade.....</i>	<i>16</i>
Depressão.....	16
Ansiedade generalizada e perturbação de pânico.....	16
Efeitos secundários dos neurolépticos.....	17
Abuso de substâncias.....	17
<i>Evolução e Prognóstico.....</i>	<i>18</i>
<i>Etiologia.....</i>	<i>19</i>
Teorias biológicas.....	20

Teorias psicológicas.....	22
Teorias sistémicas.....	25
Teorias ambientais.....	26
<i>Tratamento e Reabilitação</i>	26
Reabilitação psicossocial.....	27
Adolescência	28
<i>Normal e Patológico</i>	30
Deteção Precoce da Esquizofrenia	32
<i>Indicadores Preditivos</i>	34
Apresentação do Estudo	35
MÉTODO	37
<i>Amostra</i>	37
<i>Instrumento</i>	39
Estrutura geral do questionário.....	40
Cotação.....	40
<i>Procedimento</i>	40
RESULTADOS	42
<i>Professores: Pontuação Atribuída</i>	42
Análise exploratória simples.....	42
Teste de Friedman.....	45
Coeficiente de Correlação de Spearman.....	45
Acordo Interobservadores e Coeficiente Kappa.....	47

<i>Cruzamento de Informação: Professores – Alunos</i>	48
<i>Cruzamento de Informação: Professores – Itens</i>	49
Itens polémicos.....	49
DISCUSSÃO	50
Referências Bibliográficas	53

Lista de Anexos

ANEXO A: Classificação de esquizofrenia segundo ICD-XX	59
ANEXO B: Classificação de esquizofrenia segundo DSM-IV	61
ANEXO C: Delírios frequentes na esquizofrenia	63
ANEXO D: Indicadores psicoticogéneos	64
ANEXO E: Questionário <i>School Report</i> versão traduzida	65

Lista de Tabelas

TABELA 1: Classificação geral da esquizofrenia segundo a ICD-10 e o DSM-IV...	6
TABELA 2: Síntese dos principais sintomas positivos e negativos.....	11
TABELA 3: Síntese dos principais factores associados a um bom ou mau prognóstico.....	19
TABELA 4: Síntese do diagnóstico estrutural e dinâmico da psicose.....	24
TABELA 5: Caracterização da amostra em estudo.....	38
TABELA 6: Itens positivos atribuídos pelos professores ($N=25$).....	42
TABELA 7: Coeficientes de correlação (<i>Spearman</i>) entre as pontuações atribuídas pelos professores ($=25$).....	45
TABELA 8: Percentagem de acordo entre professores e coeficiente Kappa para as	47

pontuações atribuídas nos diferentes itens ($N=25$).....

Tabela de Figuras

FIGURA 1: Alguns marcos históricos no estudo do conceito de esquizofrenia.....	5
FIGURA 2: Alguns marcos históricos na compreensão psicodinâmica da psicose....	22
FIGURA 3: Distribuição do número de itens positivos atribuídos pelos professores: mínimo, máximo e mediana.....	43
FIGURA 4: Distribuição, por professor, da percentagem de itens positivos atribuídos considerando os marcadores: <2 , $[2 \text{ a } 6]$, e >6	44
FIGURA 5: Coeficientes de correlação (<i>Spearman</i>) iguais ou superiores a 0,5 e com boa significância estatística ($N=25$).....	46
FIGURA 6: Distribuição do número de itens positivos atribuídos pelos professores ao aluno mais pontuado ($N^{\circ}25$) e ao aluno menos pontuado ($N^{\circ}8$) ($N=25$).....	48

INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é uma das doenças mentais mais devastadoras que se conhecem no seio da psiquiatria (Cardoso, 2002; McGlashan, 1998; Salokangas & McGlashan, 2008; Serrallonga & Rojo, 2002; Tsuang & Faraone, 2002; Warner & Girolamo, 1995). Apesar dos progressos alcançados nos últimos anos pela investigação científica, o conceito de esquizofrenia continua a gerar controvérsia relativamente à sua validade enquanto entidade nosológica, à sua etiologia, e, conseqüentemente, ao seu tratamento e prevenção (Cardoso, 2002; MacGlashan, 1998; Parnas, 2005; Tsuang & Faraone, 2002; Warner & Girolamo, 1995).

Quando se analisa mais atentamente a natureza da controvérsia, compreende-se que o que está em causa é o próprio valor epistemológico das teorias e metodologias científicas utilizadas na construção do conceito. O polimorfismo semiológico existente na esquizofrenia, a inexistência de variações na sua incidência, a interacção dinâmica entre diferentes vectores etiopatogénicos, bem como a tendência científica dominante para analisar esta complexa patologia de uma forma parcial e linear¹ – quase sempre ancorada ao sector terapêutico de quem a estuda – tem gerado diversos equívocos conceptuais com repercussões negativas no diagnóstico e tratamento desta doença (e.g. Cardoso, 2002; Nelson, Yung, Bechdolf & McGorry, 2008; Parnas, 2005).

Não admira, portanto, que o conceito de esquizofrenia tenha sofrido ao longo do tempo muitos acertos, os últimos dos quais associados aos aparentes avanços terapêuticos, principalmente de índole farmacológica. De facto, como se infere da análise dos limites conceptuais da esquizofrenia que constam nos vários sistemas de classificação existentes, o diagnóstico faz-se mais por aquilo que a esquizofrenia não é – forma negativa ou condicional. Desta forma, a conceptualização do diagnóstico é bastante fluida, mas ela é ainda muito mais imprecisa quando se avaliam aspectos de natureza subjectiva, como sejam os fenómenos psicopatológicos ligados à vida afectiva ou ao pensamento; quer seja em relação à forma ou

¹ Coimbra de Matos (1978/2002) defende que “(...) esta tendência, relativamente antiga, mas que persiste, deriva da intenção, ou desejo, de encontrar um modelo científico próximo do da matemática e das chamadas ciências da natureza para a explicação do que se passa no terreno mais complexo das ciências humanas (...)” (p. 103).

ao conteúdo (Cardoso, 2002). Para vários investigadores (e.g., Nelson et al., 2008; Parnas, 2005), é fundamental ter em conta os aspectos de natureza subjectiva para a elaboração de um diagnóstico preciso, mas também para desenvolver programas de intervenção precoce eficazes.

Por conseguinte, o facto da esquizofrenia ser uma doença crónica que, frequentemente, é detectada tardiamente devido à dificuldade em efectuar um diagnóstico na fase inicial, e dos tratamentos existentes serem mais paliativos do que curativos, são factores suficientes para o crescente interesse científico na área da sua detecção precoce (e.g., Salokangas & McGlashan, 2008). Neste âmbito, o objectivo tem sido o de identificar as estratégias mais eficazes, nomeadamente, ao nível da validade e fidelidade (viz., precisão) dos instrumentos de detecção precoce que se baseiam em factores de risco associados ao aparecimento da esquizofrenia (e.g., Ho et al., 2005; Simon, Roth, Zmilacher, Isler & Umbricht, 2007; Tsuang & Faraone, 2002).

Tendo em consideração que as formas iniciais de esquizofrenia se manifestam frequentemente na adolescência (e.g., APA, 2002; Cardoso, 2002; Serralonga & Rojo, 2002; Vieira, 2002), que é possível despistar um conjunto de indícios de descompensação que, eventualmente, podem preceder o aparecimento da esquizofrenia (e.g., Laufer, 2000; Weiner, 1995), e que é nesta fase do desenvolvimento que se têm concentrado as intervenções que têm por objectivo efectuar o seu diagnóstico precoce (e.g., Coimbra de Matos, 2004; Salokangas & McGlashan, 2008), considera-se o seguinte problema:

- Será que os professores podem ser uma fonte de informação fiável sobre os adolescentes que acompanham na escola – devido à sua proximidade e conhecimento –, no sentido de mediarem uma eventual detecção precoce da esquizofrenia na adolescência?

Posto isto, e tendo em conta os principais vectores teóricos que sustentam o problema apresentado – a esquizofrenia; a adolescência; a detecção precoce da esquizofrenia na adolescência; o papel dos professores na detecção precoce e sua fidelidade (viz., precisão) – optou-se por desenvolver o enquadramento teórico a partir da patologia em questão neste estudo: a esquizofrenia.

Esquizofrenia

Hodiernamente calcula-se que, a nível mundial, mais de 50 milhões de pessoas padeçam desta doença (WHO, 2005). Embora a sua incidência (i.e., aparecimento de novos casos) seja baixa (0,5 a 5 casos por 10.000 habitantes/ano), e a sua prevalência se tenha mantido constante nos últimos séculos, a sua prevalência (i.e., quantidade de casos existentes na população) é alta (0,5 a 1,5%) (APA, 2002; Cardoso, 2002), principalmente devido a ser uma perturbação que, na maioria das vezes, evolui para a cronicidade. Este facto conduz a um enorme sofrimento por parte do paciente e da sua família, comumente agravado pelo estigma associado à doença (Warner & Girolamo, 1995).

Os conhecimentos actuais sobre a etiopatogenia da esquizofrenia apontam para a existência de uma origem multifactorial (heterogeneidade etiológica), e nenhum dos tratamentos existentes parece resolver de uma forma eficaz e duradoura esta patologia (Cardoso, 2002; McGlashan, 1998; Parnas, 2005; Serrallonga & Rojo, 2002; Simon et al., 2007; Tsuang & Faraone, 2002; Vieira, 2002; Warner & Girolamo, 1995).

O facto de eclodir frequentemente durante a juventude (em adolescentes ou jovens adultos), de atravessar todas as sociedades, etnias, culturas e níveis socioeconómicos, bem como de acarretar elevados custos sociais e económicos, fazem da esquizofrenia um importante problema de saúde pública que merece a atenção de toda a sociedade (e.g., Cardoso, 2002; McGorry, 1998; Salokangas & McGlashan, 2008; Warner & Girolamo, 1995).

Nosografia da Esquizofrenia

Evolução histórica do conceito.

A primeira descrição com cariz científico da esquizofrenia enquanto doença do sistema nervoso deve-se ao médico inglês Thomas Willis que, em 1674, delimitou uma doença que ocorria em adolescentes e jovens adultos e que quase sempre conduzia à demência – “adolescentes normais que se sumiam na estupidez” (Cardoso, 2002, p. 112).

Foram necessários cerca de 150 anos até surgirem os primeiros escritos descritivos dos médicos franceses Jean Esquirol e Philippe Pinel acerca do aparecimento de um “estado de idiotice”, com alterações do comportamento, do movimento e das emoções que, na ausência de juízo crítico, levariam a uma “existência automatizada” após a puberdade, em crianças até então aparentemente “normais” (Cardoso, 2002; Warner & Girolamo, 1995). Em 1834, Esquirol “desdobrou a ideia de idiotismo, formulada por Pinel, em idiotia congênita e em idiotia adquirida (...)” (Sá, 2003a, p. 67).

Benedict Morel, em 1852, utiliza pela primeira vez o termo *dementia praecox* (i.e., “demência precoce”), no seu livro “Traité des Maladies Mentales” (Cardoso, 2002; Serrallonga & Rojo, 2002), para descrever uma perturbação que inicialmente se caracterizava por problemas emocionais, maneirismos estranhos, aspecto descuidado, e deterioração intelectual (Warner & Girolamo, 1995). Pouco tempo depois de Morel, os psiquiatras alemães Hecker e Kahlbaum (1871 e 1883), descreveriam a catatonia (i.e., perturbação psicomotora) e a hebefrenia (i.e., variante da demência precoce, hoje esquizofrénica, que se observa na adolescência) (Serrallonga & Rojo, 2002; Warner & Girolamo, 1995).

Em 1899, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin descreve formalmente uma síndrome (i.e., conjunto de sinais e sintomas que caracterizam uma doença) que denomina de *dementia praecox* (demência precoce) (Cardoso, 2002; Garrabé, 2004; Sá, 2003a; Serrallonga & Rojo, 2002; Warner & Girolamo, 1995). Relata então uma sequência de estados que têm em comum uma destruição peculiar das ligações internas da personalidade psíquica, afectando particularmente aspectos da emoção e volição (i.e., vontade), levando a uma deterioração mental generalizada (critério evolutivo e deficitário) (Sá, 2003a; Warner & Girolamo, 1995). Atribui-se a Kraepelin o mérito de ter organizado os pilares fundamentais do conceito actual de esquizofrenia (Warner & Girolamo, 1995).

Uns anos mais tarde, Eugen Bleuler (1911) publica o seu célebre livro “Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien” (i.e., demência precoce ou o grupo das esquizofrenias), no qual introduz o termo *esquizofrenia* (do grego *skhízein*, «fender» + *phrén*, «mente; espírito») (Cardoso, 2002; Garrabé, 2004; Sá, 2003a; Serrallonga & Rojo, 2002; Warner & Girolamo, 1995). No seu tratado, Bleuler propõe a existência de uma dissociação entre as funções psíquicas (viz., do pensamento), na qual determinadas causas psicológicas desconhecidas levariam a um afrouxamento das associações, produzindo sintomas como as

alucinações e os delírios (Serrallonga & Rojo, 2002; Warner & Girolamo, 1995). Propôs ainda a existência de quatro sintomas característicos da doença: (a) afrouxamento das associações; (b) incongruência dos afectos; (c) ambivalência; (d) autismo. Quanto às alucinações e delírios, estes foram excluídos por também ocorrerem noutras patologias e serem secundários aos sintomas previamente definidos.

Para além disso, Bleuler não aceitou a nomenclatura de Kraepelin, observando que as doenças referidas seriam um conjunto de psicoses (com uma evolução que numas vezes seria crónica, noutras marcada por crises intermitentes), as quais poderiam cessar em qualquer altura nunca permitindo, no entanto, um retorno ao estado inicial de funcionamento; também não seria condição obrigatória que houvesse deterioração mental nestes doentes (Cardoso, 2002; Serrallonga & Rojo, 2002; Warner & Girolamo, 1995). Deve-se ainda a Bleuler a introdução da esquizofrenia simples enquanto entidade separada.

Figura 1. Alguns marcos históricos no estudo do conceito de esquizofrenia.

Willis (1674)	“Adolescentes normais que se sumiam na estupidez”
Esquirol (1834)	“Idiotia congénita e idiotia adquirida”
Morel (1852)	“Demência precoce”
Hecker e Kahlbaum (1871/1883)	“Catatonia” / “Hebefrenia”
Kraepelin (1899)	“Demência precoce”
Bleuler (1911)	“Esquizofrenia”

Esquizofrenia nas diversas classificações.

Existem diversas classificações internacionais que procuram sistematizar a esquizofrenia. Em 1989, a propósito das várias classificações que contemplam as perturbações mentais, Kaplan (cit. por Sá, 2003a) propôs a seguinte organização: (a) classificações que se baseiam em sintomas; (b) classificações que se baseiam na etiologia; (c) classificações multiaxiais. Entre as mais conhecidas, pelo seu uso, estão as classificações multiaxiais, nomeadamente, a Classificação Internacional de Doenças – *ICD* – da Organização Mundial de Saúde, e o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (*DSM*), da Associação Psiquiátrica Americana.

Tabela 1. Classificação geral da esquizofrenia segundo a ICD-10 e o DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
Esquizofrenia	Esquizofrenia
Paranóide	Paranóide
Hebefrénica	Desorganizada
Catatónica	Catatónica
Indiferenciada	Residual
Depressão pós-esquizofrenia	
Residual	
Simple	
Outras	
Não especificada	
Duração mínima: 1 mês	Duração mínima: 6 meses

A 10.^a revisão da ICD e a 4.^a revisão do DSM uniformizam, tanto quanto possível, o diagnóstico de esquizofrenia na Europa e na América. Contudo, existe uma diferença fundamental entre as duas classificações no que diz respeito à duração mínima dos sintomas necessários para a elaboração de um diagnóstico de esquizofrenia. A ICD-10 requer apenas um mês de duração, enquanto o DSM-IV recomenda pelo menos seis meses (Anexo A e B). Para além disso, como se pode constatar, não existe na classificação americana qualquer designação equivalente à esquizofrenia simples, nem à depressão pós-esquizofrenia.

Epidemiologia

Quando é aplicada uma definição restritiva de esquizofrenia, as taxas de incidência não parecem variar entre os diversos países, não havendo uma concordância tão elevada com qualquer outra doença. De facto, a este nível, a esquizofrenia tem-se manifestado de uma forma semelhante em todo o mundo (Cardoso, 2002; Warner & Girolamo, 1995).

Contudo, a inexistência de variações na incidência da esquizofrenia não permite que se façam interpretações lineares (e.g., assumir que os factores biológicos são independentes dos

factores sociais e do ambiente cultural, ou mesmo, que exista uma causa única), pois esta evidência pode significar que existe um destino psicopatológico comum (esquizofrenia) determinado por uma conjugação complexa de diferentes factores etiopatogénicos (Jablensky, 1989 cit. por Warner & Girolamo, 1995).

Calcula-se que, a nível mundial, mais de 50 milhões de indivíduos padeçam desta doença (WHO, 2005). A sua prevalência é alta (0,5 a 1,5%) (APA, 2002; Cardoso, 2002), pois é uma perturbação que, na maioria das vezes, evolui para a cronicidade. No entanto, de uma forma geral, a incidência e prevalência da esquizofrenia dependem dos critérios de diagnóstico aplicados à população em estudo.

Através de uma análise mais detalhada é possível constatar a existência de algumas variáveis com importância epidemiológica para o estudo da esquizofrenia:

1. *Diferenças na prevalência e evolução consoante o nível de desenvolvimento da região* – As taxas de prevalência nos países desenvolvidos são muito mais altas do que nos países menos desenvolvidos. Supõe-se que esta diferença se explique devido à aplicação de formas de cálculo distintas na aferição do número de casos, mas também à existência de diferentes taxas de mortalidade e a uma evolução diferenciada (Serrallonga & Rojo, 2002). Nos países mais desenvolvidos o prognóstico é mais favorável (WHO, 2005), este facto permite pensar na importância do contexto social, económico e familiar na evolução desta doença. Alguns estudos dão também conta de uma maior ocorrência de casos em áreas urbanas (Warner & Girolamo, 1995);
2. *Diferenças na eclosão e evolução consoante o sexo do indivíduo* – Diversas investigações apontam para uma diferença significativa na idade de início da esquizofrenia, sendo que nos homens varia entre os 15 e os 25 anos, e nas mulheres entre os 25 e os 35 anos (APA, 2002; Serrallonga & Rojo, 2002; Warner & Girolamo, 1995). Alguns autores explicam esta diferença através do efeito anti-dopaminérgico dos estrógenos nas mulheres (APA, 2002). Também se observa uma influência do género na evolução desta patologia, mais favorável e com menos deterioração nas mulheres, apesar de apresentarem a mesma taxa de prevalência (Serrallonga & Rojo, 2002);

3. *Diferenças na prevalência e evolução consoante o nível socioeconómico* – Apesar de existir uma maior ocorrência de casos em grupos socioeconómicos desfavorecidos, vários autores defendem que este dado não pode ser avaliado separadamente das consequências e múltiplas interações presentes nesta doença (Serrallonga & Rojo, 2002; Warner & Girolamo, 1995). O estatuto de imigrante também tem sido considerado como uma variável epidemiológica a destacar, principalmente nos indivíduos da segunda geração (Warner & Girolamo, 1995). Segundo Jablensky (1993 cit. por Warner & Girolamo, 1995), este factor de risco poderá estar associado a: (a) complicações obstétricas provocadas por alterações no comportamento alimentar materno; (b) maior risco de infeções virais intra-uterinas; (c) elevado stress psicossocial devido a desintegrações familiares, miséria extrema, abandono e diversas privações;

4. *Maior mortalidade nos indivíduos com esquizofrenia* – A esperança de vida dos indivíduos com esquizofrenia é mais reduzida do que a da população em geral por várias razões. Na maioria das vezes, o risco de morte duplica (Serrallonga & Rojo, 2002). É frequente encontrar um elevado número de mortes “não naturais” (e.g., suicídio, homicídio ou acidentes) tanto nos homens como nas mulheres (apesar de haver uma maior incidência do suicídio nos homens); “(...) o suicídio é um factor importante, porque aproximadamente 10% dos sujeitos com esquizofrenia suicidam-se, e cerca de 20% a 40% fazem pelo menos uma tentativa de suicídio durante a evolução da doença (...)” (APA, 2002, p. 304). Contudo, a prevalência de abuso de substâncias, os efeitos secundários dos neurolépticos e o sedentarismo habitual destes pacientes, são também importantes factores contributivos. Para além disso, também se encontram outras causas de morte relacionadas com o aparecimento de diversas doenças (e.g., infecciosas). Os doentes esquizofrénicos têm ainda uma maior resistência à dor (queixando-se menos e inadequadamente), facto que, associado ao estigma da doença, leva à desvalorização das já de si, ténues queixas dos doentes e, conseqüentemente, ao diagnóstico tardio das patologias do foro médico.

A situação em Portugal.

Estima-se que em Portugal existam cerca de 100.000 doentes com esquizofrenia (Afonso, 2002). No entanto – ao contrário da maioria dos países europeus –, até hoje ainda não se efectuaram estudos epidemiológicos rigorosos no âmbito desta patologia.

De 12 a 18 de Novembro de 2001, realizou-se o 3.º Censo Psiquiátrico (os anteriores foram efectuados em 1988 e em 1996), elaborado pela Direcção-Geral da Saúde, no qual as patologias foram classificadas de acordo com a 9.ª revisão da ICD. Pela primeira vez incluíram-se as consultas e as urgências (além dos internamentos), bem como as instituições privadas, do continente e regiões autónomas. Nos resultados verificou-se que, no conjunto, a esquizofrenia foi a patologia mais frequente, com 3595 doentes (21,2%). Foi também a principal causa de procura de cuidados ao nível do internamento, com 2397 doentes (36,2%). À consulta, durante o mesmo período, acorreram 1100 pacientes (12,4%) com esquizofrenia.

Diagnóstico Clínico

Segundo a classificação europeia e internacional (estatística e multiaxial) em vigor (ICD-10) (WHO, 1993), a esquizofrenia divide-se nos subgrupos da esquizofrenia paranóide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simples e depressão pós-esquizofrenia. As características específicas de diagnóstico para cada um destes subgrupos encontram-se descritas no Anexo A. Já os critérios gerais para o diagnóstico dos quatro primeiros subgrupos (F20.0 – F20.3) são respectivamente:

- Presença de, pelo menos, um sintoma, sinal ou síndrome da *Lista 1*, e dois sintomas ou sinais da *Lista 2*. Pelo menos um da *Lista 1* ou dois da *Lista 2* deverão estar presentes durante, no mínimo, um mês.

Lista 1:

1. Eco do pensamento, imposição, roubo ou difusão do pensamento;
2. Delírio de controlo, influência ou passividade, relacionados com movimentos do corpo ou dos membros, ou com pensamentos, acções ou sensações específicas; percepção delirante;
3. Alucinações auditivas de vozes fazendo comentários sobre o comportamento do doente ou discutindo entre si acerca de assuntos relacionados com o paciente ou ainda, alucinações com vozes originadas noutras partes do corpo;

4. Delírios de outro tipo, persistentes, culturalmente desadequados e impossíveis (e.g., ser capaz de controlar o tempo ou comunicar com extraterrestres).

Lista 2:

1. Alucinações persistentes de qualquer tipo, desde que ocorram diariamente durante pelo menos um mês, acompanhadas de quadros delirantes sem conteúdo afectivo evidente, ou acompanhadas de ideias sobrevalorizadas;
2. Neologismos (i.e., expressão ou aceção verbal nova com carácter patológico), bloqueios ou interferências no fluxo do pensamento, dos quais resulta o aparecimento de um discurso incoerente, desagregado ou divagante;
3. Comportamento catatónico (i.e., estado de inércia motriz ou psíquica que alterna com estados de excitação), como excitação, flexibilidade cérea (catalepsia), negativismo, mutismo ou estupor (i.e., entorpecimento);
4. Sintomas negativos, tais como apatia evidente, pobreza do discurso, indiferença ou incongruência afectiva (não devidas a depressão ou terapêutica neuroléptica).

No que se refere à actual classificação americana (DSM-IV), as semelhanças com a classificação europeia são evidentes, razão pela qual se optou por descrever apenas um resumo (Anexo B).

Semiologia geral.

Tendo em conta o facto de não existirem exames complementares de diagnóstico das patologias psiquiátricas, um exame cuidado e criterioso do estado mental pela observação clínica rigorosa é a base para um diagnóstico seguro e uma terapêutica eficaz (Fernandes, 1998 cit. por Cardoso, 2002). Assim, é fundamental o conhecimento aprofundado dos sintomas e sinais que caracterizam um doente com esquizofrenia.

Na verdade, estes pacientes podem apresentar-se de modo diverso (polimorfismo), consoante o tipo de esquizofrenia em causa e a fase evolutiva em que são observados, contingência que confere uma enorme fluidez semiológica; muitos atravessam as diferentes formas em distintos períodos e alguns exibem características que os colocam ao mesmo tempo em mais do que um grupo (Cardoso, 2002; Serrallonga & Rojo, 2002).

Tabela 2. Síntese dos principais sintomas positivos e negativos.

Sintomas Positivos	Sintomas Negativos
Inserção do pensamento	Atimia (embotamento afectivo)
Transmissão do pensamento	Expressão facial invariável
Eco do pensamento	Diminuição dos movimentos espontâneos
Roubo do pensamento	Ausência de gestos expressivos
Alucinações auditivas na 3.ª pessoa	Ausência de inflexões vocais
Alucinações auditivas na 2.ª pessoa	
Delírios de influência	Alogia (pobreza da fala)
Delírios de referência	Pobreza dos conteúdos da linguagem
Delírios paranóides	Aumento do tempo de latência de resposta
	Abulia (apatia)
	Descuido no arranjo pessoal e na higiene
	Pouco empenho a nível do trabalho
	Falta de energia
	Anedonia (falta de prazer)
	Perda de interesse na diversão
	Perda de interesse pelo sexo
	Incapacidade para sentir intimidade
	Incapacidade para criar amigos

Nota: Baseado na síntese de Cardoso (2002, p. 140).

• Perturbações da Percepção

As alterações da percepção são frequentes na esquizofrenia, quer no que se refere às ilusões (i.e., percepção distorcida de fenómenos reais) quer, sobretudo, no que respeita às alucinações (percepção sem objecto, que aparece no espaço real, bem definida e não dependente da vontade do sujeito), como se pode observar na lista de sintomas positivos descritos na Tabela 2. Das alucinações, as mais frequentes são as auditivas (Serrallonga & Rojo, 2002). O doente refere ouvir vozes que falam com ele, ameaçando, dando ordens², ou mais do que uma voz falando entre si; geralmente comentando assuntos que têm a ver com o próprio. Frequentemente, é possível observar pacientes esquizofrénicos a falar sozinhos, como se conversassem com outra pessoa (e.g., solilóquios). É a voz de Deus ou do Diabo que o doente

² Algumas tentativas de suicídio surgem em resposta às alucinações auditivas de comando.

refere ouvir, a voz dos familiares, dos vizinhos ou mesmo de desconhecidos. Um tipo específico de alucinação auditiva, característico da esquizofrenia, é o eco do pensamento, no qual o doente ouve o seu próprio pensamento.

Alucinações visuais, olfactivas, gustativas e tácteis podem também aparecer, embora com menos frequência. O paciente queixa-se, por vezes, de sentir cheiros estranhos ou sensações várias na pele. As alucinações cinestésicas, nas quais o doente refere sensações nos órgãos internos do corpo, e as alucinações quinestésicas (sensações de movimento activo e passivo no corpo), também estão presentes em muitos doentes com esquizofrenia.

Sendo as alucinações importantes para o diagnóstico de esquizofrenia, é fundamental saber diferenciar alucinações de outras perturbações da percepção. É o caso das *alucinoses*, nas quais os doentes têm perfeita crítica em relação ao que estão a sentir e que aparecem, sobretudo, em quadros orgânicos (Gastó, 2002). É também o caso das *pseudo-alucinações*, as quais aparecem no espaço interno subjectivo do sujeito, são mal definidas, inconstantes e muitas vezes dependentes da vontade do indivíduo (aparecem em outras patologias psiquiátricas que não a esquizofrenia).

• Perturbações do Pensamento e da Linguagem

Na maioria das vezes, a linguagem reflecte as perturbações do pensamento. Na tentativa de ordenar as perturbações do pensamento e da linguagem, pode-se dividi-las em perturbações do fluxo, do conteúdo, da forma e da estrutura.

No que respeita ao fluxo do pensamento, encontram-se alterações no sentido da lentificação e da pobreza (Tabela 2). O doente apresenta, com frequência, discurso pobre, monossilábico, com respostas lacónicas. Muitas vezes o discurso é lento ou há mesmo inibição do mesmo, que pode chegar ao completo mutismo. Outras vezes apresenta um discurso com fluxo normal, mas com momentos de bloqueio, nos quais o sujeito pára subitamente no meio da frase, perdendo o curso do raciocínio (Serrallonga & Rojo, 2002).

Quanto ao conteúdo do pensamento, são múltiplas as alterações que aparecem sob a forma de delírio (exemplos no Anexo C), de facto, esta é uma das características fundamentais da esquizofrenia (Fonseca, 1987 cit. por Cardoso, 2002). Segundo Jaspers (1899 cit. por

Serrallonga, 2002), o delírio caracteriza-se pela presença de: (a) juízo falso; (b) certeza subjectiva (incorrigibilidade); (c) persistência; (d) conteúdo impossível.

O conceito de perturbação formal do pensamento diz respeito a alterações do pensamento conceptual (semântico), ou da sintaxe das frases. No que se refere às perturbações semânticas, observa-se: (a) afrouxamento ou perda de ideias que em alguns casos pode chegar ao descarrilamento do discurso; (b) pensamento concreto; (c) neologismos; (d) estereotípias verbais; (e) perseveração. Em relação às perturbações de sintaxe, encontra-se o pensamento assindético, no qual os pensamentos são apresentados sucessivamente sem partículas de ligação entre eles.

Por fim, as perturbações da linguagem, que, para além de evidenciarem alterações conceptuais do pensamento, podem culminar na diminuição ou perda das relações sintáxicas das frases. Por exemplo: (a) incoerência; (b) interpenetração; (c) substituição; (d) fragmentação; (e) sobreinclusão; (f) *jargonafasia* ou “salada de palavras” (com menos frequência). As perturbações da estrutura da linguagem incluem entre outras: (a) ecolalia; (b) palilália; (c) logoclonia.

• Perturbações do Afecto

Os doentes esquizofrénicos apresentam habitualmente pouca ressonância afectiva (i.e., embotamento), indiferença, e uma capacidade diminuída para expressar emoções. A anedonia é frequente. Outras vezes, apresenta irritabilidade e agressividade fácil. Pode ainda mostrar afectos incongruentes, inapropriados ou bizarros para o contexto em questão (Serrallonga & Rojo, 2002).

• Perturbações da Vontade

É frequente encontrar pacientes que sofrem de abulia e apatia. Outras vezes apresentam hiperbulia (mais raro), como é o caso da sua obediência a vozes de comando, nas quais os doentes são capazes de suportar tudo para cumprir as ordens que lhes são dadas. A ambivalência e o bloqueio também aparecem com frequência em pacientes com esquizofrenia.

- *Perturbações Motoras*

As perturbações motoras que surgem na esquizofrenia são variadas, embora muitas delas sejam actualmente raras. Entre estas alterações do movimento, observa-se: (a) inquietação e agitação; (b) ecopraxia; (c) flexibilidade cérea; (d) negativismo; (e) ambitendência; (f) obediência automática; (g) perseveração motora; (h) estereotípias motoras; (i) maneirismos.

- *Perturbações da Consciência*

O paciente com esquizofrenia manifesta normalmente experiências de desrealização e despersonalização, inseridas numa perda de consciência da continuidade do eu ao longo dos vários processos psíquicos (viz., perda de unidade, da identidade e dos limites do eu). Estas alterações conduzem ao aparecimento dos sintomas característicos da esquizofrenia (e.g., possessão, influência, passividade).

Diagnóstico Diferencial

No diagnóstico diferencial devem ser distinguidas outras doenças psiquiátricas, quadros clínicos provocados por abuso de substâncias (e.g., uso de fármacos) e doenças médicas (e.g., neurológicas) que podem apresentar características semiológicas semelhantes à esquizofrenia (APA, 2002; Serrallonga & Rojo, 2002; Vieira, 2002):

Perturbações psiquiátricas.

- *Perturbação Bipolar* (fase maníaca e depressiva) – A possível presença de agitação psicomotora, de comportamentos agressivos, de sintomas alucinatorios e delirantes, ou a presença de abulia, inibição psicomotora, e a diminuição do fluxo do discurso, pode dificultar o diagnóstico diferencial entre estas duas situações clínicas. No entanto, a presença de uma perturbação do humor proeminente, o tipo de delírios e alucinações, a história familiar e a evolução da doença, permitem separar estas duas situações;
- *Perturbação Psicótica Aguda e Transitória* – Embora a sintomatologia seja semelhante à da esquizofrenia, esta patologia dura de um dia a um mês, com remissão total dos sintomas, e verifica-se uma recuperação do nível de funcionamento anterior;

- *Perturbação Esquizoafectiva* – O prognóstico a longo prazo desta patologia é melhor do que o da esquizofrenia, e há uma menor prevalência no aparecimento de sintomas negativos;
- *Perturbação Esquizofreniforme* – É uma doença de curta duração, dados os sintomas regredirem num prazo aproximado de seis meses. Não apresenta sintomas negativos significativos;
- *Perturbação Delirante Persistente* – Nesta situação, o quadro alucinatorio é geralmente inexistente ou não proeminente. Em geral o paciente continua a funcionar, profissional e socialmente, de modo aceitável, e não é acompanhado de perturbação formal do pensamento. Muitas vezes os delírios têm uma temática circunscrita e estável, havendo uma construção organizada e lógica dos mesmos;
- *Perturbação Esquizóide, Esquizotípica, Paranóide ou Borderline da Personalidade* – Não se encontram, de forma estável e dominante, os sintomas positivos e negativos característicos do diagnóstico de esquizofrenia.

Perturbações induzidas por substâncias.

Existem diversas substâncias que, pelo seu consumo ou abstinência, podem espoletar um quadro psicótico: (a) álcool; (b) anfetaminas, metanfetaminas, cocaína e outros estimulantes; (c) *LSD*, mescalina e outros alucinogéneos; (d) *cannabis*; (e) fármacos; (f) benzodiazepinas ou barbitúricos; (g) opiáceos.

Perturbações globais do desenvolvimento.

Embora partilhem perturbações da linguagem, do afecto, motoras ou do relacionamento interpessoal com a esquizofrenia, podem ser distinguidas de várias formas: (a) são reconhecidas geralmente antes dos três anos; (b) estão ausentes as ideias delirantes e alucinações proeminentes, as alterações mais pronunciadas do afecto, bem como o discurso que, no máximo, é mínimo e se caracteriza por estereotípias e anomalias da prosódia.

Perturbações neurológicas e médicas.

Entre as várias patologias, observa-se: (a) *porfíria*; (b) *lúpus eritematoso disseminado*; (c) *doença de wilson*; (d) *leucodistrofia metacromática*; (e) *doença de huntington*; (f) epilepsia temporal; (g) *ataxia de friedreich*; (h) acidente vascular cerebral; (i) síndromes demenciais; (j) tumores ou metástases cerebrais; (k) encefalites; (l) *neurossífilis*; (m) *sida*.

Comorbilidade

Diversos estudos têm verificado uma maior incidência de suicídio, abuso de substâncias, sintomas depressivos, ansiosos, alterações neurofisiológicas, e efeitos secundários à medicação na esquizofrenia (APA, 2002; Cardoso, 2002; Serrallonga & Rojo, 2002). Por outro lado, também tem sido estudada a influência desta doença na menor incidência de outras patologias. Contudo, alguns autores defendem que apenas parece confirmar-se uma menor incidência no caso da artrite reumatóide (Eaton et al., 1992 cit. por Serrallonga & Rojo, 2002).

Depressão.

Apesar de descrita já pelos clássicos, a depressão foi quase sempre vista pela psiquiatria como uma reacção psicológica do doente esquizofrénico à sua doença. Mais recentemente, a ICD-10 passou a descrever a depressão pós-psicótica nas suas rubricas diagnosticas, dando mais atenção a esta sintomatologia. A prevalência da depressão na esquizofrenia ronda os 25%; embora nem sempre seja fácil diferenciar os sintomas depressivos da sintomatologia negativa da esquizofrenia, ou dos efeitos relacionados com a terapêutica neuroléptica, o que obriga a uma anamnese bastante rigorosa. A presença de um quadro depressivo agrava o prognóstico da esquizofrenia, dificultando a integração social – profissional e familiar – e aumentando o risco de suicídio; risco que é igualmente elevado durante os períodos pós-psicóticos (APA, 2002).

Ansiedade generalizada e perturbação de pânico.

A ansiedade e as crises de pânico aparecem com frequência em doentes com esquizofrenia (APA, 2002). Muitas vezes precedem o eclodir da doença, outras vezes são reactivos às próprias experiências psicóticas. Outras perturbações ansiosas (e.g., fobia social) podem aparecer, mas confundem-se habitualmente com o isolamento social da esquizofrenia. É ainda de salientar que os efeitos secundários à medicação neuroléptica podem assemelhar-se aos quadros de ansiedade, sendo importante o seu diagnóstico diferencial.

Efeitos secundários dos neurolépticos.

Um elevado número de efeitos secundários podem ser observados no decorrer ou após a terapêutica com neurolépticos: (a) reacções distónicas agudas; (b) *acatisia* (sensação

subjectiva de desconforto caracterizada pela inquietude motora); (c) *parkinsonismo*; (d) efeitos no sistema nervoso central (e.g., alterações do centro termoregulador, diminuição do limiar convulsivante); (e) efeitos sobre o sistema nervoso autónomo (e.g., bloqueio indiscriminado de uma grande variedade de neurotransmissores); (f) *cardiotoxicidade* e *hepatotoxicidade*; (g) reacções alérgicas; (h) efeitos gastro-intestinais; (i) efeitos neuroendocrinológicos (e.g., infertilidade, disfunções sexuais, aumento de peso).

Abuso de substâncias.

O uso de substâncias, em especial de nicotina, caféina ou álcool, é frequente na esquizofrenia. Esta comorbilidade provoca inúmeras dificuldades na adesão às intervenções terapêuticas, bem como na resistência à medicação prescrita (Vieira, 2002). A dependência de nicotina é especialmente alta (cerca de 80% dos pacientes são fumadores regulares), havendo um consumo tendencialmente massivo (i.e., tabagismo severo) e a preferência por cigarros com alto teor de nicotina (APA, 2002).

O elevado número de maços de tabaco fumado por dia conduz normalmente a perturbações acentuadas no aparelho respiratório, bem como a alterações tróficas nos dedos indicador e médio da mão utilizada no consumo (Cardoso, 2002). Segundo Cardoso (2002), a dependência do tabaco está mais relacionada com a força do estímulo sensorial concomitante (táctil, olfactivo e visual), do que com o efeito farmacológico da nicotina.

Evolução e Prognóstico

O conhecimento da evolução da esquizofrenia é bastante relevante pois repercute-se nas estratégias preventivas e terapêuticas a adoptar pelos diversos agentes de saúde (Vieira, 2002). Deve-se a um investigador português – Fernandes da Fonseca (1959 cit. por Cardoso, 2002) – um dos trabalhos mais interessantes no âmbito das formas iniciais da esquizofrenia, no qual, a partir de uma perspectiva clínica convergente (modelo evolutivo-estrutural), defende o carácter heterogéneo da esquizofrenia.

A eclosão da esquizofrenia propriamente dita (i.e., paroxismo psicopatológico) pode ser súbita ou insidiosa, e desenvolve-se na maioria das vezes a partir do fim da adolescência; entre os 15 e os 25 anos nos homens, e entre os 25 e os 35 anos nas mulheres (Cardoso, 2002;

Serralonga & Rojo, 2002). No entanto, a fase inicial da doença é frequentemente precedida de um funcionamento pré-mórbido³ composto por diversos sinais e sintomas (e.g., isolamento social; perda de interesse na escola ou no trabalho; alterações na higiene e cuidados próprios; alterações motoras, da linguagem, da memória e da atenção; comportamento estranho), que se desenvolvem de uma forma lenta e progressiva (APA, 2002; Cardoso, 2002; Serralonga & Rojo, 2002; Vieira, 2002).

A maioria das investigações sobre a evolução e prognóstico da esquizofrenia sugere que esta é bastante variável, com alguns pacientes a apresentarem exacerbações e remissões, enquanto outros se mantêm cronicamente doentes. Segundo Cardoso (2002), é possível distinguir sete grupos diferentes quanto ao estilo evolutivo e defeito provocado pela doença: (a) curso agudo e defeito ligeiro; (b) curso agudo e defeito grave; (c) curso crónico e defeito ligeiro; (d) curso crónico e defeito grave; (e) curso alternado e defeito grave; (f) curso alternado e defeito ligeiro; (g) curso alternado e remissão total (pouco frequente).

O prognóstico está muito relacionado com a forma de início do quadro clínico e com a evolução dos primeiros meses do processo psicótico. Em situações clinicamente mais graves, actualmente raras, os doentes têm uma evolução crónica ou aguda logo após o primeiro surto, sem qualquer remissão dos sintomas ao longo do tempo (mesmo que tratados de forma correcta), aos quais se associam, progressivamente, os sintomas deficitários. Nos casos menos graves, o doente mantém a sua adaptação socioprofissional e familiar de modo mais ou menos estável durante largos anos, embora não seja habitual a total ausência de sintomas deficitários (APA, 2002).

Devido às variações que se registam na evolução da esquizofrenia, não é possível elaborar uma síntese fiel do prognóstico. Contudo, através de diversos indicadores e factores investigados nesta área, é possível traçar duas tendências fundamentais relativamente ao prognóstico (ver Tabela 3).

³ A existência de um funcionamento pré-mórbido na esquizofrenia é uma questão que tem gerado controvérsia científica e, por ter implicações no presente estudo, foi desenvolvida de forma mais detalhada numa secção posterior do enquadramento teórico.

Tabela 3. Síntese dos principais factores associados a um bom ou mau prognóstico.

Factor	Bom Prognóstico	Mau Prognóstico
Sociodemográfico	Sexo feminino	Sexo masculino
	Casado	Solteiro
	Nível elevado de instrução	Nível baixo de instrução
	Bom apoio familiar	Baixo apoio familiar
	Nível baixo de emotividade expressa da família	Nível elevado de emotividade expressa da família
Genético	Sem antecedentes familiares	Presença de antecedentes familiares
História da doença	Início súbito em idades mais avançadas	Início lento e progressivo em indivíduos jovens
	Presença de factor desencadeante	Ausência de factor desencadeante
	Bom ajustamento social pré-mórbido	Ajustamento social pré-mórbido pobre com traços esquizóides de personalidade
	Tratamento precoce	Tratamento tardio
	Número reduzido de recaídas	Número elevado de recaídas e internamentos
Sintomas	Predomínio de sintomas afectivos	Predomínio de sintomas negativos
	Boa resposta terapêutica	Resistência à terapêutica
	Delírio sistematizado	Delírio bizarro
Outros	Integração em programas de reabilitação e reinserção social	Consumo e abuso de drogas

Nota: Baseado na síntese de Afonso (2002, p. 94).

Etiologia

Durante as últimas décadas foram desenvolvidas inúmeras investigações sobre a patogénese da esquizofrenia com o objectivo de encontrar uma causa fundamental, no entanto, tal pretensão tem sido improfícua. Actualmente, a origem multicausal da esquizofrenia é a

hipótese que reúne maior consenso no seio da comunidade científica, aceitando-se a influência de diversos factores biológicos, psicológicos e sociais (Serralonga & Rojo, 2002; Vieira, 2002).

Teorias biológicas.

• Hipótese Genética

Os estudos acerca da tendência familiar indicam a existência de um risco mórbido superior para os familiares de pacientes esquizofrénicos, em comparação com a população geral (Serralonga & Rojo, 2002; Vieira, 2002). Não obstante, uma tendência familiar não pressupõe que exista necessariamente um factor genético hereditário causal, uma vez que as famílias partilham normalmente o mesmo ambiente. Diversos autores tentaram esclarecer esta dúvida efectuando estudos com gémeos monozigóticos e dizigóticos, que viviam com a família de origem ou com famílias de adopção (e.g., Heston, 1966; Karlsson, 1966; Kety, Rosenthal, Wender & Schulsinger, 1990). No entanto, os resultados demonstram que as taxas de concordância de gémeos monozigóticos não ultrapassam os 50% (Vieira, 2002). Actualmente é geralmente aceite pela comunidade científica que na etiologia da esquizofrenia os factores genéticos desempenham um papel importante, mas não absoluto, pelo que têm de ser considerados os factores psicológicos e ambientais.

• Hipótese Dopaminérgica

Esta hipótese bioquímica para a etiologia da esquizofrenia surgiu durante os anos 60, na sequência de duas constatações: (a) a análise da acção antipsicótica dos neurolépticos; (b) e a capacidade de indução de sintomas psicóticos por parte das anfetaminas e de outros fármacos estimulantes (Vieira, 2002). Contudo, umas das principais insuficiências desta teoria prende-se com o facto das constatações descritas terem em conta apenas uma pequena parte do fenómeno.

• Hipótese do Neurodesenvolvimento / Neurodegeneração

Esta teoria baseia-se em anomalias do desenvolvimento cerebral fetal, complicações obstétricas, infecções virais fetais, situações de desnutrição materna, e a alterações imunológicas.

- *Imagiologia Cerebral* – O aparecimento e desenvolvimento das modernas técnicas de neuroimagem (e.g., TAC, RMN, PET) possibilitaram o estudo aprofundado da esquizofrenia na sua vertente biológica (Serralonga & Rojo, 2002). Os dados mais fundamentadamente replicados continuam a ser o alargamento dos ventrículos laterais, o aumento do tamanho dos gânglios basais, a hiperfrontalidade (i.e., relativa diminuição do fluxo sanguíneo, do metabolismo ou de outro agente de actividade neural), e a diminuição do tecido cerebral, “(...) evidenciado pelo alargamento dos sulcos corticais e pela diminuição dos volumes da massa cinzenta e da massa branca” (APA, 2002, p. 305). Embora muitas das alterações descritas apareçam cedo no curso da doença, apontando para um processo relacionado com o neurodesenvolvimento, outras há que se vão acentuando ao longo do tempo, como parece ser – em alguns casos – o que se passa com o aumento do ventrículo esquerdo e a diminuição do volume do cerebelo, que indicam a presença de um processo neurodegenerativo em curso.
- *Neuropatologia* – Os estudos neuropatológicos na esquizofrenia têm-se centrado nos córtex frontal e temporal (Serralonga & Rojo, 2002). Foram descritas alterações da organização das células piramidais ao nível das regiões anterior e mediana do hipocampo, o que aponta para um defeito da migração neuronal. Embora os resultados dos estudos sejam ainda controversos, os dados mais recentes parecem indicar que, na esquizofrenia, o que está em causa, mais do que alterações no número das células, são as conexões neuronais (APA, 2002). Para além disso, existe também “(...) um reconhecimento crescente de que é improvável que as anomalias funcionais se limitem exclusivamente a uma dada região cerebral, e alguns dos estudos mais recentes sugerem anomalias mais difundidas que envolvem os circuitos corticais e subcorticais” (APA, 2002, p. 305).
- *Neuropsicologia* – Os défices neuropsicológicos são evidentes nos pacientes com esquizofrenia (Serralonga & Rojo, 2002). Existem várias capacidades cognitivas que se encontram afectadas: (a) inteligência global; (b) percepção; (c) atenção (d) memória; (e) linguagem; (f) motricidade. Nos últimos anos, a neuropsicologia tem abandonado a perspectiva dominante anterior de identificar apenas as localizações das lesões cerebrais. Hodiernamente, as avaliações passaram a relacionar as funções e aptidões neuropsicológicas com os problemas de vida diária e com a própria subjectividade dos pacientes.

Teorias psicológicas.

• Perspectiva Psicodinâmica

De acordo com esta perspectiva, a esquizofrenia encontra-se integrada num quadro nosológico mais amplo: o das psicoses; as quais, segundo Laplanche & Pontalis (1970), se caracterizam fundamentalmente por uma “perturbação primária da relação libidinal com a realidade (...), onde a maioria dos sintomas manifestos (nomeadamente, construção delirante) são tentativas secundárias de restauração do laço objectal” (p. 502). Deste modo, na esquizofrenia distinguem-se habitualmente as seguintes características: (a) incoerência do pensamento, da acção e da afectividade; (b) afastamento da realidade com retirada autística (i.e. vida interior entregue às produções fantasmáticas); (c) actividade delirante acentuada e mal sistematizada; (d) carácter crónico no sentido de uma deterioração intelectual e afectiva que resulta muitas vezes em estados demenciais.

Figura 2. Alguns marcos históricos na compreensão psicodinâmica da psicose.

Freud (1911/1924)	<ul style="list-style-type: none"> - Desinvestimento libidinal do objecto; - Regressão e fixação narcísica por introjecção da libido; - Conflito id / realidade; - Negação / projecção / perseguição; - Alucinações e delírios são compreensíveis.
Jung (1936)	<ul style="list-style-type: none"> - Introversão; - Sintomas reproduzem arquétipos do inconsciente colectivo; - Mecanismo psicossomático (desordem emocional produz um metabolismo anormal que causa danos físicos no cérebro).
Fairbairn (1940/2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptura entre o investimento narcísico e o investimento objectal; - Esquizoidia relacional.
Klein (1957/1991)	<ul style="list-style-type: none"> - Relações de objecto primitivas patológicas; - Posição esquizoparanóide patológica (angústia persecutória, identificação projectiva, clivagem primária e inveja excessiva); - Fantasias inconscientes (e.g., aniquilamento); - Confusão mental e impulsos destrutivos.
Bion (1967/1988)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação projectiva patológica; - Catástrofe psíquica (i.e., implosão interna); - Falha da função materna (de “rêverie”) / “inversão da função alfa”; - Falha no desenvolvimento da comunicação e do pensamento; - Intolerância à frustração, angústia persecutória e objectos bizarros; - Evacuação mental persistente (e.g., alucinações).
Kohut (1971/1981)	<ul style="list-style-type: none"> - Falha narcísica primária; - Experiências patogénicas (e.g., rejeição traumática); - Desintegração do self nuclear; - Fantasias omnipotentes.

(cont.)

Grotstein (1977/1996/1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de fundo da identificação primária; - Existência de “morte psíquica” precoce (não detectada); - Regressão, implosão e introversão cataclísmicas; - Turbulência emocional caótica (experiência do “buraco negro”); - Emergência de factores neurobiológicos (estado disruptivo); - Bizarraria psicótica é uma defesa contra a desintegração mental; - Delírios e alucinações são fantasias falhadas (disfunção simbólica).
Meltzer (1977) Marcelli (1983) Bergeret (1972/1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Angústia de fragmentação / desmantelamento; - Relação de objecto narcísico-autística e simbiótica; - Pensamento organiza-se por contiguidade; - Repercussões psicossomáticas.
Coimbra de Matos (1990/2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Angústias de aniquilamento / desmembramento / dissolução; - Perturbação da identidade (viz., sexual); - Perturbação narcísica (deficiente coesão do self); - Investimento libidinal de tipo adesivo-simbiótico (oral); - Intolerância à frustração (descarga agressiva fácil); - Confusão mental, desconstrução simbólica e culpa insuportável; - Retracção relacional / esquizóide (abominação do contacto); - Desorganização psíquica (desmantelamento sensoperceptivo e clivagem múltipla / fragmentação).
Sá (1992/1999/2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Patologia da relação precoce e da gravidez; - Falha no processo de identificação precoce (solidão objectal); - Ameaça de abandono gera culpa persecutória; - Não-amor e ódio / inveja (viz., ataques às ligações); - Estrutura / estados / partes / núcleo psicótico da personalidade; - Intolerância ao vazio (vivido esquizoidemente); - Falha no desenvolvimento do pensamento e da imaginação; - Dinâmica protomental do pensamento patogénica (transformação vivida como uma ameaça de catástrofe); - Expressão somática dos não-pensamentos (psicossomática); - Esquizofrenia é uma defesa contra a melancolia.

Como se pode observar na Figura 2, a maioria dos autores sublinha a importância das relações precoces patogénicas (ou a ausência de verdadeiras relações) enquanto factor propulsor de falhas no processo de identificação nuclear ou mesmo na constituição da auto-estima. Segundo esta perspectiva, o impacto dessas mesmas relações provoca uma distorção e degradação das funções psicológicas e relacionais que, conseqüentemente, acaba por directa e indirectamente ter repercussões evidentes no próprio funcionamento biológico do cérebro. Para além disso, a permanente ameaça de uma completa fragmentação do *Self* (i.e., Si-Próprio) capta para o interior desse conflito a energia e funções psíquicas sobreviventes; recursos que seriam indispensáveis para o indivíduo se relacionar com os outros ou com a realidade externa.

Partindo das diversas contribuições fornecidas pela abordagem psicodinâmica da psicose e da esquizofrenia referidas na Figura 2, é possível elaborar um diagnóstico estrutural e dinâmico

que integre um conjunto de informações transversais que ultrapassam o plano conjuntural mais objectivo do diagnóstico semiológico anteriormente apresentado.

Tabela 4. Síntese do diagnóstico estrutural e dinâmico da psicose.

Estrutura Psicótica	
Quadros clínicos	Esquizofrenia / Melancolia / Mania / Psicopatia/ Autismo
Angústia	Fragmentação / Desmantelamento / Aniquilamento
Sintomas	Despersonalização / Delírio
Fantasia inconsciente	Morte / Destruição
Depressão	Melancolia
Organização do pensamento	Contiguidade simbólica
Relação de objecto	Autística / Narcísica / Simbiótica
Componentes psicossomáticos prevalentes	Pele / Olfacto / Tacto / Paladar
Acting's (passagem ao acto)	Incontinência com culpa persecutória
Transferência Contra-transferência	Resistência / Agressividade Repulsa / Rejeição
Mecanismos de defesa	Identificação adesiva / Desmantelamento / I.P.*

Nota: Baseado na síntese de Sá (2003b, p. 174).

* Denegação, clivagem e identificação projectiva.

As principais limitações que frequentemente são referidas em relação a esta perspectiva prendem-se com a falta de verificação experimental de algumas das assunções teóricas e respectivos nexos de causalidade, assim como com o reduzido número de estudos científicos que provem que as intervenções segundo este modelo são eficazes no tratamento da esquizofrenia (Gunderson, Frank, Katz, Vannicelli, Frosh & Knapp, 1984). Não obstante, o interesse diagnóstico da psicanálise é inquestionável, pois “(...) reconhece a existência de um *continuum* entre saúde e doença; é dinâmico e longitudinal no tempo (...); dá ao indivíduo prioridade sobre a doença, e tenta compreender o sentido e as motivações dos sintomas e dos comportamentos ‘anormais’ que se produzem através dos conflitos relacionais, na sua maior parte inconscientes” (Aguilar, Oliva & Marzani, 2003, p. 27).

- Perspectiva Cognitiva

O modelo cognitivo⁴ baseia-se na hipótese segundo a qual o comportamento é mediado em grande medida pelo modo como o indivíduo estrutura o seu pensamento, modo esse que está relacionado com as atitudes e raciocínios desenvolvidos a partir das experiências anteriores de aprendizagem (Beck, 1976). Por conseguinte, a pessoa percebe uma situação em função da sua experiência cognitiva e emocional anterior, criando ao longo do tempo uma imagem mental associada a uma linguagem interna que lhe permite processar a informação de forma a responder aos estímulos de acordo com o seu estilo comportamental. Os processos cognitivos de percepção e pensamento distinguem a identidade comportamental do sujeito face à realidade. Portanto, segundo este modelo, as distorções ou disfunções cognitivas estão na origem do aparecimento das perturbações emocionais (Beck, 1976). Assim, na esquizofrenia, os comportamentos e emoções patológicas devem-se a um conjunto de concepções, crenças, e pensamentos distorcidos que perturbam o funcionamento mental do sujeito.

O modelo cognitivo tem actualmente uma grande aceitação por parte da maioria dos serviços de psiquiatria que lidam com a esquizofrenia devido aos resultados positivos que apresenta no tratamento de alguns sintomas negativos, mas também pela sua simplicidade teórica e terapêutica. Contudo, revela-se demasiado limitado para compreender a complexidade psicopatológica que os pacientes com esquizofrenia exibem, não resolve de forma duradoura nenhum dos seus sintomas, nem há evidência científica que sustente a compreensão etiológica inerente aos nexos de causalidade apresentados.

Teorias sistémicas.

- Perspectiva Familiar

De acordo com esta corrente teórica a esquizofrenia tem origem numa interacção anómala e prolongada que se estabelece entre o paciente e as suas figuras de referência (e.g., progenitores). Mais concretamente em relação à comunicação patogénica que é possível observar nas famílias de esquizofrénicos. Bateson et al. (1956 cit. por Serralonga & Rojo, 2002), investigadores do grupo de *Palo Alto*, postularam a hipótese de “double-bind”, segundo a qual no seio de um núcleo familiar esquizofrénico os filhos recebem dos seus pais mensagens com duplo significado (paradoxais) acerca dos seus comportamentos, sentimentos

⁴ Desenvolvido a partir das investigações na área da psicologia cognitiva (e.g., Broadbent, 1958).

e atitudes, situação que os conduz a um impasse doentio que resolvem através da regressão a um estado psicótico. Em 1986, Cândido Agra (cit. por Cardoso, 2002) apelidou este fenómeno de “dyscomunicação”, descrevendo-a como a principal fonte etiológica da loucura. No entanto, esta relação não está provada cientificamente pois permanece a hipótese de ser o próprio paciente a provocar uma alteração comunicacional no seio da família, e não o contrário.

Teorias ambientais.

Existem diversos estudos científicos sobre acontecimentos de vida geradores de stress em sujeitos que desenvolveram um processo esquizofrénico (Birchwood & Tarrier, 1992). Nestes pacientes foi encontrado um número significativamente mais elevado de acontecimentos negativos em comparação com os grupos de controlo de referência. Todavia, tal evidência não permite concluir que o stress por si só seja um importante factor etiológico, na medida em que o impacto psicológico de um determinado acontecimento varia de acordo com a vulnerabilidade específica existente, sendo o stress apenas o factor desencadeante.

Tratamento e Reabilitação

Desde Pinel (séc. XIX), até ao início do século XX, encontram-se poucas mudanças no tratamento de doentes com esquizofrenia em regime asilar. Os primeiros métodos terapêuticos que apresentam alguma especificidade respeitam à psicanálise freudiana e às psicoterapias de Sullivan, Fromm e Reichmann. Pouco tempo depois aparecem os primeiros tratamentos biológicos: (a) choque insulínico (Bourne, 1933); (b) psicocirurgia (Moniz, 1935); (c) electroconvulsivoterapia (Cerletti & Bini, 1938).

A rapidez dos resultados alcançados no tratamento com a introdução dos neurolépticos (efeitos quase imediatos), e algumas demonstrações empíricas de que a psicoterapia de orientação analítica não era prática e eficaz (Gunderson et al., 1984), determinaram uma diminuição da credibilidade desta abordagem para os doentes com esquizofrenia. Impuseram-se então as *abordagens comportamentais*, a *terapia ocupacional*, o *treino de aptidões sociais* (Bellack & Hersen, 1979; Scott & Dixon, 1995), bem como a *terapia familiar* e a *psicoeducação* (Falloon, 1985; Kavanagh, 1992). No entanto, mantiveram-se as dificuldades na aplicação destas abordagens devido à necessidade de um tratamento de evolução

prolongada, mas também devido à instabilidade na manutenção dos efeitos terapêuticos (Gunderson et al., 1984).

Mais recentemente, o aparecimento das *abordagens cognitivas* para doentes esquizofrénicos, a par do desenvolvimento dos fármacos *antipsicóticos de segunda geração*⁵ (e.g., “risperidona”; “quetiapina”; “olanzapina”) – administrados em regime de internamento parcial (e.g., hospital de dia) –, implantou o paradigma dominante dos serviços de psiquiatria no que respeita ao tratamento da esquizofrenia. Paradigma que tende a excluir a necessidade imperiosa de uma abordagem estrutural integrada que tenha em consideração a interacção diacrónica de diversos factores etiológicos (i.e., causalidade circular). Por isso mesmo, a abordagem preventiva e terapêutica recomendada actualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) baseia-se num modelo *biopsicossocial* que considera as componentes biológicas, psicológicas e sociais, bem como o impacto da doença na vida diária dos doentes e familiares (Lieberman & Murray, 2001). Este tipo de abordagem obriga a um funcionamento em equipa multidisciplinar com competência para desempenhar diferentes papéis no tratamento dos pacientes com esquizofrenia.

Reabilitação psicossocial.

As raízes da reabilitação podem ser descritas desde as reformas humanitárias dos asilos no século XIX, mas é na década de quarenta, quando antigos doentes começaram a reunir-se em clubes sociais – visando a aceitação mútua e a obtenção de suporte emocional – que surge a reabilitação psicossocial (Birchwood & Tarrier, 1992). Consequentemente, diminuiu a estigmatização de pensarem em si próprios como doentes, pois tornaram-se membros de grupos com objectivos partilhados e com actividades planeadas para a resolução de problemas específicos. Num contexto mais humano, estes clubes apresentam objectivos predominantemente reabilitativos.

Dado que as formas iniciais de esquizofrenia se manifestam frequentemente na adolescência (muitas vezes de forma pouco florida), e que é nesta fase do desenvolvimento que se têm concentrado as intervenções que têm por objectivo efectuar um tão necessário e difícil diagnóstico precoce (Coimbra de Matos, 2004), considerou-se oportuno incluir no

⁵ Mais eficazes na redução dos sintomas negativos e com menos efeitos secundários (viz., extra-piramidais).

enquadramento teórico um capítulo que exponha resumidamente as principais características desta complexa etapa da vida.

Adolescência

De uma forma geral, a adolescência corresponde a um período mais ou menos longo do desenvolvimento humano que marca a passagem da infância para a vida adulta.

Compreender o adolescente é também compreender que para ele existe uma tarefa fundamental do ponto de vista psicológico: «o adeus à infância». Às modificações fisiológicas e pulsionais, junta-se com efeito, um outro grande movimento intrapsíquico: o de chegar à mudança, ao desligar-se e até libertar-se dos comportamentos, das maneiras de se relacionar, dos prazeres e dos objectos construídos, elaborados e vividos no decurso da infância (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 54).

Esta parece ser uma das tarefas proeminentes da adolescência: o crescer para relacionamentos qualitativamente diferentes, para novas formas de estar e sentir, para outros objectivos, para uma personalidade própria. Contudo, pautada por avanços, hesitações e recuos, a transição adolescente nem sempre se apresenta fácil, pois “faz emergir falhas estruturais do desenvolvimento⁶ (...)” (Sá, 1990, p. 23); daí que, muitas vezes, o adolescente passe por uma “(...) forte conflitualidade⁷ e tensão interna e externa, objectal e relacional, que mobiliza e impõe novos processos de ligação, transformação e simbolização” (Marques, 1999, p. 264).

No contexto deste trabalho de investigação, importa salientar que, apesar da utilização de terminologias e constructos teóricos diferentes, parece haver entre os diversos autores revistos um acordo importante relativamente às tarefas psicológicas que marcam a adolescência e que a seguir se referem – sinteticamente –, sublinhando apenas os principais vectores teóricos:

1. *A necessidade do adolescente reestruturar a relação com os seus progenitores* (e.g., Amaral Dias & Nunes Vicente, 1984; Blos, 1985; Coimbra de Matos, 2002; Dias Cordeiro, 2002b; Erikson, 1972; Fleming, 1993; Josselson, 1980; Kernberg, 1990;

⁶ “O desenvolvimento não se processa através de períodos estanques e rígidos, antes sendo o resultado de um minucioso continuum de integrações psíquicas de complexidade crescente” (Sá, 1990, p. 23).

⁷ “Os conflitos são saudáveis sempre que dialogamos e crescemos com eles” (Sá, 2003b, p. 189).

Kohut, 1987; Laufer & Laufer, 1984; Marques, 1999; Sá, 1990) – Reestruturação tanto ao nível interpessoal, no sentido de uma relação mais igualitária e com menor dependência psicológica e física, como ao nível intrapsíquico, com a desidealização das imagens parentais construídas na infância e a edificação de representações mais realistas.

2. *A construção da identidade (Erikson), a consolidação do carácter (Blos), a consolidação do Self (Kohut)* – Através da integração das identificações precoces com as novas identificações provenientes de diversas interações relacionais reais e fantasiadas; os pares – especialmente –, mas também outras figuras adultas (e.g., professores), aparecem como modelos de identificação (Laufer, 2000). Por conseguinte, são fundamentais:

- A capacidade para encontrar e escolher como amigos outros adolescentes (pares) (e.g., Laufer, 2000; Sá, 1990);
- A capacidade de se projectar realisticamente no futuro (e.g., Blos, 1962/1985);
- A consolidação da auto-estima (e.g., Erikson, 1968; Josselson, 1980);
- O desenvolvimento da experimentação, da iniciativa, da criatividade e da subjectividade (e.g., Fernandes da Fonseca, 2002; Sá, 1990);
- A capacidade de estar só (e.g., Coimbra de Matos, 1980; Winnicott, 1958/1983);
- A capacidade de competição (e.g., Coimbra de Matos, 1980; Laufer, 2000);
- A capacidade de assumir responsabilidades (e.g., Erikson, 1968);
- A internalização de um sistema pessoal de valores (e.g., Blos, 1985; Amaral Dias & Nunes Vicente, 1984; Erikson, 1972; Josselson, 1980);
- A introdução da dimensão hipotético-dedutiva nas operações psíquicas (e.g., Piaget & Inhelder, 1979 cit. por Sá, 1990).

3. *A necessidade do adolescente reestruturar a sua relação com o corpo (puberdade) e integrar a sexualidade numa relação de amor* (e.g., Amaral Dias & Nunes Vicente, 1984; Blos, 1985; Coimbra de Matos, 1990/2002; Dias Cordeiro, 2002b; Erikson, 1972; Fernandes da Fonseca, 2002; Fleming, 1993; Josselson, 1980; Kernberg, 1990; Kohut, 1987; Laufer & Laufer, 1984; Marques, 1999; Sá, 1990) – Neste âmbito, as principais dificuldades (interrelacionadas) que os autores identificam são:

- A incapacidade para lidar com a presença de fantasias estranhas, assustadoras e perturbadoras (e.g., acerca do próprio corpo, das relações sexuais, da masturbação);
- A deficiente integração da sexualidade na personalidade;
- A excessiva idealização do outro;
- O excessivo medo da rejeição;
- O excessivo medo da dependência e da perda de autonomia;
- A dificuldade em tolerar a ambivalência;
- A excessiva necessidade de fusão.

Em resumo, as diversas transformações, reconstruções, e reorganizações que caracterizam este período, levam ao crescimento, à maturação social, intelectual, física e psicológica do adolescente, mas não sem implicar um certo sofrimento e turbulência provocados pela constante oscilação entre os movimentos progressivos e regressivos que precedem a construção da autonomia e a integração – de uma nova identidade (Marques, 1999). Mais concretamente, da identidade resultante do conjunto de transformações psicológicas de adaptação à sexualidade e à necessidade de separação das figuras parentais (e.g., Coimbra de Matos, 2002; Dias Cordeiro, 2002b; Fernandes da Fonseca, 2002; Sá, 1990).

Para além disso, parece existir uma convergência de opinião entre os autores revistos quanto à possibilidade de ocorrer uma descompensação psicótica durante a adolescência, associada não só a dificuldades na resolução das tarefas normativas deste período, mas também ao espoletar de vulnerabilidades do desenvolvimento anterior que até ai tinham passado despercebidas (e.g., Coimbra de Matos, 2002; Sá, 1990).

Normal e Patológico

Como salienta Bergeret (2000), “a utilização da noção de «normalidade» apresenta incontestáveis perigos nas mãos de quem detém a autoridade médica ou política, social ou cultural, económica ou filosófica, moral, jurídica ou estética e – porque não? – intelectual” (p. 19). Em primeiro lugar, pela própria ambiguidade da definição, cujo sentido pode ser escalpelizado em três níveis conceptuais distintos (Mazet & Houzel, 1978):

1. *Definição Estatística* – É considerado «normal» o indivíduo que se aproxima da média de uma população que, para a característica em questão, se distribui através de uma curva de *Gauss* (normal).
2. *Definição Normativa* – É considerado «normal» o indivíduo que preenche os critérios de normalidade definidos e impostos externamente (e.g., sociedade).
3. *Definição Axiológica* – É considerado «normal» o indivíduo que tende para a realização do ideal de normalidade definido e imposto externamente (e.g., comunidade científica).

Durante a adolescência – período de transição e de transformações – é particularmente complexo estabelecer a diferença entre um comportamento evolutivo adaptativo e um comportamento patológico (Dias Cordeiro, 2002b). A inúmera literatura sobre esta matéria confirma a dificuldade inerente à caracterização do processo adolescente (Marques, 1999).

De facto, a enorme variabilidade adaptativa existente neste período impõe uma grande prudência na avaliação de eventuais riscos psicopatológicos. Por isso mesmo, diversos autores (e.g., Bergeret, 2000; Goldstein, 2000 cit. por Cardoso, 2002; Marques, 1999) defendem que a distinção entre o normal e o patológico deve ser realizada mais à luz da esfera individual, em função da realidade dinâmica e profunda de cada um, pois o principal ponto de referência deve ser sempre a unidade humana singular.

Por outro lado, Dias Cordeiro (2002b) sublinha o facto de actualmente existirem fenómenos psicossociológicos que merecem especial atenção na análise diferencial do processo maturativo adolescente, e que se estendem para além do campo do desenvolvimento psicológico individual: (a) maior dependência material dos filhos em relação aos pais; (b) desmembramento da família nas sociedades contemporâneas; (c) perspectivas pessimistas quanto ao futuro escolar e profissional; (d) ensino massificado e despersonalizado; (e) desaparecimento dos rituais de passagem.

Não obstante, segundo Weiner (1995), “podem fazer-se, com facilidade e segurança, distinções entre o desenvolvimento adolescente normal e anormal, tendo em devida atenção o número, tipo e persistência dos sintomas psicológicos que um adolescente apresenta” (p. 21).

Neste sentido, Laufer (2000) apresenta diversos *indicadores psicoticogéneos* (Anexo D) que podem servir como guias de alerta para a detecção de uma eventual perturbação psicótica durante a adolescência.

Segundo Coimbra de Matos (2002), existem dois grandes eixos patológicos que facilitam a eclosão de uma psicose na adolescência: (a) as perturbações da identidade (viz., sexual); (b) as perturbações narcísicas (viz., deficiente coesão do self, instabilidade temporal da auto-imagem e uma marcada diminuição da auto-estima). Estas perturbações abrem caminho – frequentemente – a mecanismos como a confusão mental e a desorganização do mundo interior; como consequência, a desconstrução simbólica, a culpa insuportável, a arrogância, a onnipotência, a megalomania, o desprezo pelos outros, a baixa tolerância à frustração, a maciça desilusão – com desenvolvimento delirante ou melancolia em resposta à idealização defensiva do mundo objectal e do próprio (*ibd.*).

No estado actual do conhecimento científico não parece existir qualquer argumento devidamente fundamentado que permita considerar a adolescência como um período gerador de doença. Pelo contrário, a plasticidade e a capacidade de adaptação da maioria dos adolescentes permite resolver e ultrapassar as inúmeras dificuldades que surgem pela primeira vez, bem como as que são reactivadas. No entanto, para tal é necessário que o adolescente esteja munido de um quadro de referências familiares, escolares e sociais de confiança, estável, afectivo e, por isso mesmo, estruturante (Dias Cordeiro, 2002b).

Por conseguinte, diversos autores defendem que é possível e imperioso despistar com rigor os percursos que se manifestam nesta fase de uma forma marcadamente patológica sob pena de se perderem importantes oportunidades de intervenção, mas também porque estas alterações tendem a progredir para uma perturbação adulta (e.g., Weiner, 1995).

Detecção Precoce da Esquizofrenia

Nos últimos anos foram desenvolvidas inúmeras investigações com o objectivo de explorar a possibilidade de detectar precocemente esta patologia (Salokangas & McGlashan, 2008; Tsuang & Faraone, 2002; Yung et al., 1998). O facto de ser uma doença crónica –

devastadora para o paciente, sua família e para a própria sociedade – que, frequentemente, é detectada tardiamente devido à dificuldade em efectuar um diagnóstico na fase inicial, e dos tratamentos existentes serem mais paliativos do que curativos, são factores suficientes para o crescente interesse científico na área da intervenção precoce (e.g., Salokangas & McGlashan, 2008). Resumidamente, existem três grandes áreas de intervenção precoce na esquizofrenia (McGlashan, 1998; Parnas, 2005):

1. Intervenções que visam a fase inicial da patologia – para reduzir a duração e eventuais sequelas;
2. Intervenções que pretendem actuar na fase pré-psicótica ou prodrómica que antecede a eclosão da doença – para prevenir o seu aparecimento e/ou atenuar a evolução;
3. Intervenções ao nível da prevenção primária – para reduzir a prevalência dos factores de risco associados à esquizofrenia.

No presente estudo, a detecção precoce enquadra-se na perspectiva de acelerar a detecção de potenciais casos de esquizofrenia e, se for caso disso, adiantar o início do tratamento para desta forma reduzir a margem de progressão da doença, bem como das complicações associadas. Com efeito, trata-se de uma *intervenção preventiva indicada*, pois tem como alvo quer os adolescentes que exibem sinais e/ou sintomas de risco (contudo não suficientes para efectuar um diagnóstico), quer aqueles que já se encontrem numa fase inicial desta doença crónica (Faraone, Brown, Glatt & Tsuang, 2002; McGorry, 1998).

Hodiernamente, a maioria dos investigadores e clínicos reconhece que muitos dos pacientes já com um quadro sintomatológico grave atravessam longos períodos sem diagnóstico nem acesso a tratamento, situação que conduz a danos psíquicos (viz., degradação da personalidade), físicos (e.g., suicídio) e sociais (e.g., marginalização) mais acentuados e, consequentemente, a um prognóstico mais reservado (Ho, Andreasen, Nopoulos, Fuller, Arndt & Cadoret, 2005). Por conseguinte, são muitos os investigadores que defendem que do ponto de vista económico, social e da saúde, é sem dúvida mais rentável para qualquer sistema apostar na prevenção, diagnóstico e tratamento precoces da esquizofrenia (e.g., McGorry, 1998).

Nos últimos anos, o principal desafio tem sido o de identificar as intervenções precoces mais eficazes, nomeadamente, ao nível da validade e fidelidade (viz., precisão) dos instrumentos de

detecção precoce que se baseiam em factores de risco (indicadores preditivos) associados ao aparecimento da esquizofrenia (e.g., Ho et al., 2005). Por factor de risco entende-se o elemento ou variável que, estando presente em determinado individuo, aumenta a probabilidade deste último desenvolver uma determinada patologia (e.g., esquizofrenia) comparativamente ao resto da população que não apresenta esse mesmo factor (Faraone et al., 2002).

Indicadores Preditivos

As diversas investigações longitudinais e retrospectivas realizadas com o objectivo de identificar os factores de risco associados ao aparecimento da esquizofrenia, sinalizam um conjunto de marcadores psíquicos, físicos e sociais – com potencial preditivo –, que normalmente estão presentes antes do início da doença propriamente dita (Keshavan et al., 2005; Salokangas & McGlashan, 2008). Apesar dos factores de risco terem necessariamente que preceder o início da doença, eles podem ser próximos (e.g., consumo de drogas) ou distantes (e.g., genes, vírus, complicações obstétricas) do seu começo, mas também modificáveis ou não (Faraone et al., 2002).

Devido à natureza da presente investigação, seguem-se alguns indicadores preditivos mais funcionais que podem ser directamente observados no comportamento do adolescente, sem recorrer a outros métodos exploratórios (e.g., anamnese):

- *Neuromotricidade* (e.g., Keshavan et al., 2005; McGlashan, 1998);
- *Funcionamento Intelectual* (e.g., Simon et al., 2007);
- *Linguagem* (e.g., Ho et al., 2005);
- *Atenção, Concentração, Memória, e Organização* (e.g., Tsuang & Faraone, 2002; Yung et al., 1998);
- *Sociabilidade* (e.g., McGlashan, 1998; McGorry, 1998; Tsuang & Faraone, 2002; Yung et al., 1998);
- *Emoções e Comportamentos* (e.g., Olin et al., 1998; Simon et al., 2007).

Contudo, existem várias questões polémicas não resolvidas, de ordem ética e metodológica, que têm gerado um forte debate entre os investigadores desta área. Entre elas destacam-se as seguintes: (a) risco de estigmatização indevida (e.g., Salokangas & McGlashan, 2008); (b) risco de intervenção ou tratamento desnecessário (e.g., McGlashan, 1998; McGorry, 1998; Tsuang & Faraone, 2002; Yung et al., 1998); (c) elevada taxa de falsos positivos e falsos negativos (i.e., detecções incorrectas) (e.g., Ho et al., 2005); (d) os factores de risco existentes não estão exclusivamente associados ao aparecimento da esquizofrenia (e.g., Simon et al., 2007).

Todas estas questões levantam sérias dúvidas quanto ao uso de termos como *fase pré-mórbida* ou *prodrómica* da esquizofrenia, ou mesmo quanto à implementação de terapêuticas específicas (e.g., farmacológicas) em adolescentes que ainda não preenchem todos os critérios para um diagnóstico de esquizofrenia (Larsen et al., 2001). Ainda assim, diversos autores defendem que estes riscos devem comparados com o risco maior de não investir em estratégias que visem a detecção e tratamento de pacientes que estejam numa fase inicial desta doença (McGlashan, 1998; McGorry, 1998).

A maioria dos programas de detecção precoce apontam para taxas de conversão entre a chamada *fase pré-psicótica* e a esquizofrenia propriamente dita que variam entre os 33 e os 58% (Larsen et al., 2001). Embora estes números sejam significativos, percebe-se que a especificidade dos indicadores preditivos da esquizofrenia é demasiado baixa e ambígua, logo, qualquer intervenção precoce deve ser encarada e aplicada com a maior das cautelas (*ibid.*). De qualquer forma, é de salientar que na grande maioria dos casos rastreados em que não se verifica uma conversão directa para a esquizofrenia ou outra psicose, não deixam de haver complicações psicopatológicas ou sociais que merecem ser devidamente sinalizadas e acompanhadas por técnicos especializados na área da saúde, social e educacional (Falloon et al., 1998; Larsen et al., 2001; Olin et al., 1998).

Apresentação do Estudo

Em recentes artigos de revisão (e.g., Larsen et al., 2001; Simon et al., 2007), constata-se que ainda não existe um consenso científico quanto à forma de implementar as estratégias

preventivas de detecção precoce da esquizofrenia ou de outras psicoses. Apesar disso, a pletera de investigações atesta o enorme interesse que esta área suscita, em grande medida devido à consciência de que o caminho para a resolução da esquizofrenia passa por uma intervenção precoce, evitando assim que a doença se instale e degrade as funções psíquicas dos pacientes atingidos (*ibid.*).

Neste âmbito, existem diversos autores (e.g., Ferdinand et al., 2003; Olin et al., 1998; Simon et al., 2007) que apontam para o território escolar como um espaço favorável à recolha de informação preditiva relevante para uma tão necessária intervenção precoce. Segundo algumas investigações (e.g. Ferdinand et al., 2003; Olin et al., 1998), os professores podem assumir um papel bastante importante como elementos mediadores para uma detecção precoce em contexto escolar. De facto, os professores são das figuras adultas que mais tempo passam com os adolescentes e, nesta medida, podem fornecer importantes pistas sobre os alunos que acompanham (Olin et al., 1998).

No entanto, apesar dos resultados das investigações que utilizaram os professores na detecção precoce da esquizofrenia serem encorajadores (e.g. Ferdinand et al., 2003; Olin et al., 1998), existem na literatura diversas variáveis que podem eventualmente contaminar a precisão da avaliação que se pretende que os professores façam, nomeadamente os efeitos que condicionam a observação e a avaliação dos seus alunos (Almeida & Freire, 2003): (a) desejabilidade social; (b) efeito de halo; (c) efeito de pigmaleão; (d) erro de leniência; (e) erro de contrastação.

Por conseguinte, o objectivo geral deste estudo prende-se com a necessidade de explorar em que medida a informação que os professores podem fornecer através de um instrumento de detecção precoce da esquizofrenia é precisa, tendo em conta que as informações prestadas poderão ser mais determinadas pelas características dos próprios professores do que pelas dos alunos (Almeida & Freire, 2003). Para tal, recorreu-se à aplicação exploratória do instrumento preditivo de Olin et al. (1998) com o objectivo específico de estimar se as avaliações dos professores têm a objectividade que se pretende numa triagem desta natureza.

MÉTODO

A presente experiência teve como objectivo explorar a precisão com que um determinado grupo de professores avalia um mesmo conjunto de adolescentes que acompanhou durante três anos quando utiliza o instrumento de detecção precoce proposto por Olin et al. (1998). Para tal, recorreu-se à análise estatística da precisão dos resultados (i.e., enquanto parâmetro da fidelidade), em particular no que diz respeito ao nível de concordância entre as diferentes avaliações – após uma única aplicação do questionário.

Amostra

Tendo em conta que se trata de um estudo piloto transversal, e que as condições de aplicação do instrumento devem seguir os parâmetros apresentados na investigação original, optou-se por escolher os alunos de acordo com os seguintes critérios:

- Adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos.
- Ambos os sexos.
- A frequentar o 9º ano.
- Acompanhados pelo mesmo grupo de professores há pelo menos três anos.

Devido à necessidade de encontrar um conjunto de adolescentes que tenham sido acompanhados durante pelo menos três anos pelo mesmo grupo de professores, o estabelecimento de ensino escolhido para obter a amostra participante foi o Colégio São João de Brito (Lisboa).

Em relação aos professores, estabeleceram-se como critérios de exclusão – no sentido de efectuar comparações em igualdade de circunstâncias – a presença de uma percentagem de omissões estatisticamente elevada⁸ relativamente ao preenchimento dos espaços obrigatórios

⁸ A linha de corte para a exclusão foi determinada pelo SPSS (Statistical Package for Social Science) através da presença de mais de 10% de omissões no total de alunos observados.

apresentados no instrumento. O critério adoptado teve como consequência uma ligeira diminuição no número de alunos e de professores que formaram a amostra inicial (dos 31 alunos da turma foram seleccionados 25; dos 9 professores da turma foram seleccionados 6).

Tabela 5. Caracterização da amostra em estudo.

Professores (N=6)	Sexo	Idade	% Omissões
Educação Física	M	34	6,5
Francês	F	54	3,2
História	F	45	3,2
Inglês	F	49	6,5
Português	F	38	0
Físico-Química	F	44	0
Geografia*	M	37	96,8
Matemática*	F	48	100
Religião**	-	-	-
Alunos (N=25)		Frequência	%
Sexo		F: 11	F: 44
		M: 14	M: 56
Existência de reprovações		1	4

Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

* Estes professores foram excluídos devido à elevada percentagem de omissões.

** Este professor recusou participar na investigação.

Deste modo, a amostra final foi constituída por dois grupos: (a) o grupo dos professores, composto por 6 docentes ($N=6$) de uma das turmas do 9º ano de escolaridade do Colégio de São João de Brito em Lisboa, com idades entre os 34 e os 54 anos; (b) o grupo de alunos dessa mesma turma, composto por 25 adolescentes ($N=25$) de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos.

Através do método de amostragem por conveniência (acessibilidade e tempo), a escolha dos participantes foi intencional, não probabilística, e é desconhecida a sua representatividade⁹ relativamente à população a que pertencem.

⁹ Tendo em consideração a baixa representatividade, seria mais correcto falar-se de grupo ao invés de amostra (Almeida & Freire, 2003); a utilização deste último termo tem apenas a finalidade de facilitar a compreensão.

Instrumento

Para o presente estudo piloto houve a necessidade de proceder à tradução e aplicação experimental do instrumento proposto por Olin et al. (1998). Estes investigadores desenvolveram o questionário *School Report* (Anexo E – versão traduzida), composto por 26 itens que se baseiam em alguns dos indicadores pré-mórbidos da esquizofrenia encontrados no âmbito de diversas investigações científicas realizadas nesta área durante as últimas décadas (e.g., Kasanin & Veo, 1932; Offord & Cross, 1969; Watt & Lubensky, 1976; Kohlberg et al., 1984; Olin et al., 1995).

Partindo do pressuposto teórico de que existe uma fase pré-mórbida da esquizofrenia e que esta ocorre durante o período da adolescência, assim como o facto deste grupo etário passar uma parte significativa do seu tempo na escola, a estratégia escolhida por Olin et al. (1998) para rastrear a presença dos respectivos indicadores pré-mórbidos foi a de recolher informações junto dos respectivos professores. Segundo Olin et al. (1998), os docentes são uma fonte de informação privilegiada (viz., prática e económica) e podem contribuir para uma triagem dos alunos que se encontrem em risco de descompensação psicótica. Desta forma, este questionário destina-se a ser preenchido por professores – em contexto escolar – que tenham acompanhado um determinado grupo de adolescentes durante pelo menos três anos e tem como principal objectivo a detecção precoce da esquizofrenia e de outros quadros psicóticos durante a adolescência.

Embora não haja nenhum indicador específico capaz de predizer o desenvolvimento de uma doença tão complexa como a esquizofrenia, a presença da maioria dos indicadores num mesmo indivíduo revelou – segundo os resultados da investigação longitudinal e retrospectiva de 25 anos realizada por Olin et al. (1998) – um poder preditivo significativo relativamente à eclosão desta patologia. Com efeito, os professores foram capazes de identificar correctamente entre 35% e 42% dos alunos que mais tarde viriam a desenvolver esquizofrenia ou outros quadros psicóticos.

Os autores deste instrumento defendem que a informação fornecida pelos docentes que se encontrem nestas circunstâncias é relevante para a detecção precoce dos alunos com maior susceptibilidade de vir a desenvolver esquizofrenia, mas também outros quadros psicopatológicos que merecem uma intervenção precoce (Olin et al., 1998). Apesar disso,

referem também que é necessário melhorar o seu poder preditivo e sugerem que deverão ser associadas outras dimensões de avaliação que contemplem os sinais e sintomas menos visíveis. Sublinham ainda que deverão ser realizados mais estudos que contribuam para melhorar as qualidades psicométricas deste questionário, nomeadamente quanto à sua validade e fiabilidade (*ibid.*).

Estrutura geral do questionário.

Este questionário está organizado numa escala nominal e é constituído por 26 itens, na sua maioria dicotómicos (Verdadeiro / Falso) (ver Anexo E). Estes itens baseiam-se em algumas das dimensões do funcionamento pré-mórbido da esquizofrenia manifestado durante a adolescência: (a) funcionamento intelectual; (b) atenção e concentração; (c) sociabilidade; (d) emoções e comportamentos associados.

Cotação.

A pontuação máxima (i.e., índice patológico) que um aluno pode receber por parte de cada professor é de 25 itens/pontos positivos. A investigação psicométrica realizada por Olin et al. (1998) revela que os alunos com mais de 10 itens/pontos positivos apresentam uma maior probabilidade de vir a padecer de esquizofrenia.

O item 1 é o único item que não faz parte do sistema de cotação pois está relacionado com informações gerais sobre os alunos e não é de preenchimento obrigatório. Os itens 2, 3, 25 e 26 requerem uma resposta dicotómica entre *Sim* ou *Não*, sendo que em caso afirmativo procede-se à contagem de 1 item/ponto positivo. O item 4 é à partida ordinal e refere-se à inteligência do aluno, mas há uma codificação nominal: o aluno recebe 1 item/ponto positivo no caso da inteligência ser considerada baixa. Os itens 22 e 23 são pontuados com 1 item/ponto positivo quando a actividade ou a reacção não são normais. Nos restantes itens, do 5 ao 24, os alunos recebem 1 item/ponto positivo sempre que a afirmação for verdadeira.

Procedimento

O presente estudo começou com a elaboração de um plano de investigação do questionário “*School Report*”, sua respectiva tradução e construção da folha de rosto (Anexo E – versão

traduzida). De seguida, foi necessário encontrar um estabelecimento de ensino que permitisse a sua aplicação e preenchesse os requisitos necessários para realizar a experiência.

Foi estabelecido o contacto com o Colégio de São João de Brito em Lisboa através de uma carta dirigida ao seu Director, na qual constava uma breve apresentação da presente investigação e onde era solicitada a colaboração do colégio no sentido de permitir a participação dos alunos e professores visados – alunos e professores duma turma do 9º ano de escolaridade – com garantia do anonimato.

Após ter sido concedida a autorização pelo Director do colégio, foi realizada uma reunião com os professores de uma turma do 9º ano de escolaridade, na qual foram transmitidas as condições inerentes à investigação e distribuídos os questionários anexados a uma folha de apresentação. Nesta mesma reunião foi sublinhada a importância de não haver troca de impressões entre os diversos docentes, minimizando desta forma eventuais distorções nos registos obtidos (Krippendorff, 1980 cit. por Almeida & Freire, 2003). Para além disso, para evitar os efeitos da rotulagem e consequente estigmatização associados à esquizofrenia, foi sempre referido que a investigação tinha como objectivo promover a saúde mental em contexto escolar.

Não obstante o estudo da precisão interavaliadores frequentemente implicar que todos estejam treinados para a observação e que a situação a observar seja a mesma (Almeida & Freire, 2003), nesta investigação não se aplicaram tais critérios. Em grande medida, devido à tentativa de recriar as condições que se verificaram na investigação de Olin et al. (1998), que integrou na aplicação do questionário a dimensão mais subjectiva resultante da interacção particular entre cada professor e respectivo aluno.

Os questionários foram recolhidos três meses depois (tempo acordado por ambas as partes) e iniciou-se a planificação da análise com a construção duma base de dados. Para garantir o anonimato dos participantes codificaram-se todos os nomes através de números aleatórios.

RESULTADOS

Professores: Pontuação Atribuída

Análise exploratória simples.

A Tabela 5 permite uma primeira abordagem à distribuição do número de itens positivos (i.e., índice psicopatológico) atribuídos pelos professores aos seus alunos. Importa salientar que esta distribuição traduz o resultado da variação entre as diferentes classificações atribuídas a cada aluno. Deste modo, esta tabela foi construída com o intuito de fazer sobressair informação que permita realçar a postura dos docentes face aos seus alunos.

Tabela 6. Itens positivos atribuídos pelos professores ($N=25$).

Professor	Min. * (Positivos)	Max. * (Positivos)	Mediana	% Total ** (Positivos)
Educação Física	0	8	0	1,9
Francês	1	10	5	18,4
História	0	6	0	5,2
Inglês	0	9	3	12,3
Português	0	5	0	2,4
Físico-Química	0	7	1	8,1

Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

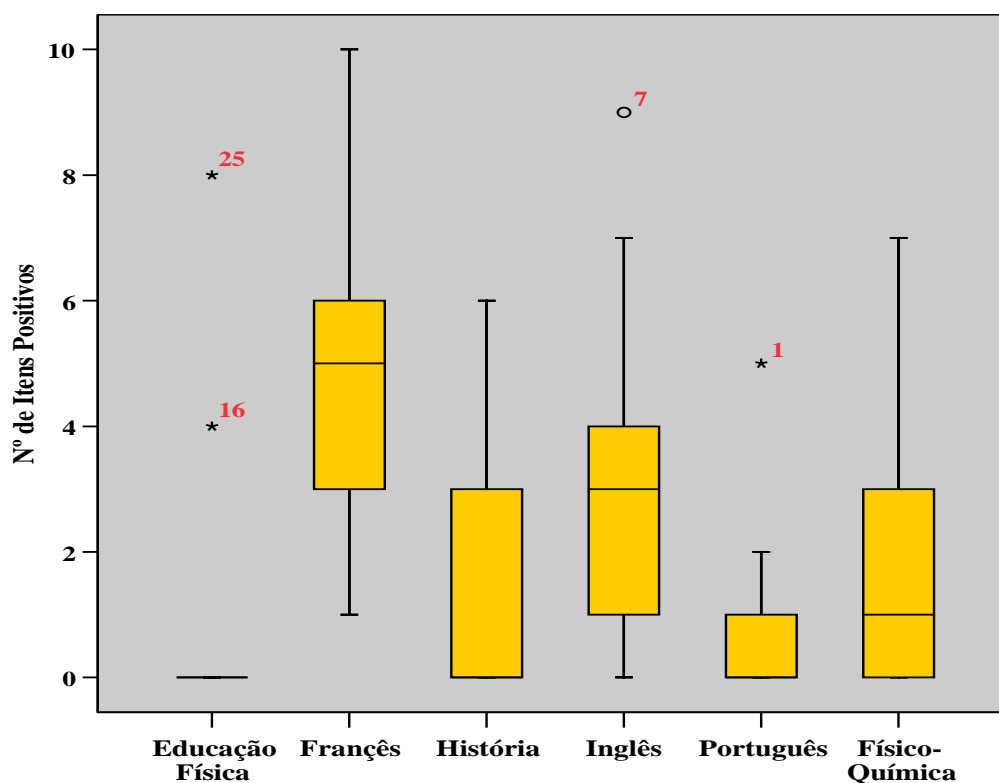
* Número mínimo e máximo de itens positivos atribuídos pelos professores a cada aluno (verificou-se um intervalo de 0 a 10).

** Percentagem de itens positivos atribuídos pelos professores ao conjunto de alunos observados (i.e., índice psicopatológico).

Com efeito, é possível verificar a existência de sinais que apontam para uma discrepância entre as pontuações globais atribuídas pelos diversos docentes, variando estas entre o limite mínimo de 0 (valor dominante) e o máximo de 10, respectivamente. Considerando os valores da mediana, esta discrepância é particularmente notória entre o professor de Francês e o de Português, tendo o primeiro tendência para classificar os alunos com mais itens positivos. De facto, é possível observar que o professor de Francês classificou todos os alunos com pelo

menos um item positivo. Por outro lado, se o termo de comparação for a percentagem total de itens positivos atribuídos, então a discrepância é maior entre o professor de Educação Física (1,9%) e o de Francês (18,4%).

Figura 3. Distribuição do número de itens positivos atribuídos pelos professores: mínimo, máximo e mediana.

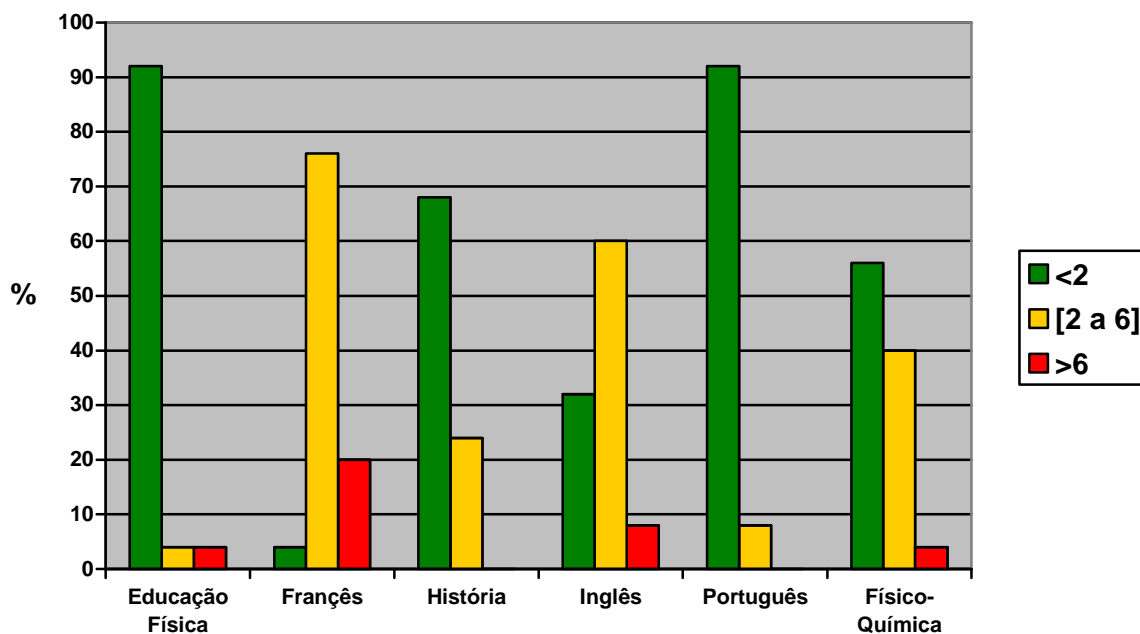


Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

* Alunos que se destacaram significativamente da mediana das pontuações atribuídas pelo respectivo professor (i.e., “valores aberrantes superiores”).

A representação gráfica (Figura 3) da distribuição da pontuação atribuída pelos docentes acrescenta à informação anterior a incidência da maioria das classificações, mas também o facto de existirem valores que se afastam significativamente da mediana correspondente, como é o caso do professor de Educação Física (aluno nº25) e o de Português (aluno nº1) – embora a mediana da pontuação por eles atribuída seja a mesma (0). É de realçar que o professor de Educação Física se destaca de todos os outros devido à sua forte tendência em não atribuir qualquer item positivo à maioria dos seus alunos. O gráfico (Figura 3) sugere ainda que o professor de Francês e o de Inglês poderão eventualmente formar um grupo que se distingue dos outros pela mediana da pontuação atribuída.

Figura 4. Distribuição, por professor, da percentagem de itens positivos atribuídos considerando os marcadores: <2, [2 a 6], e >6.



Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

Na Figura 4 é possível observar com maior nitidez semelhanças e diferenças quantitativas dos professores relativamente ao modo como atribuíram menos de 2, entre 2 e 6, e mais de 6 itens positivos. Através das percentagens obtidas pode-se destacar o contraste entre os professores de Educação Física e Português (que mais vezes atribuíram menos de 2 itens positivos) e o de Francês (que mais vezes atribuiu 2 ou mais itens positivos, mas também a categoria de 7 ou mais itens positivos), assim como o dos professores de História e de Português em relação ao restante grupo docente – por nunca terem atribuído mais de 6 itens positivos. Por conseguinte, o professor de Educação Física e o de Português destacam-se de todos os outros devido à sua acentuada tendência em classificar os alunos com um baixo índice patológico (menos de 2 itens positivos). Ao contrário, e confirmando a impressão deixada na Figura 3, o professor de Francês e o de Inglês distinguem-se de todos os outros pois são os únicos a classificar a maioria dos alunos com índices patológicos superiores (mais de 2 itens positivos).

Tendo em consideração a natureza dos dados, a dimensão da amostra e os objectivos deste estudo, optou-se por submeter os dados ao teste não paramétrico de *Friedman* – para comparação de medianas.

Teste de Friedman.

- **Hipótese Nula:** Os professores não se distinguem relativamente à pontuação mediana atribuída aos seus alunos.

Para a amostra em questão está associado ao teste da hipótese nula um valor $p < 0,001$. Este facto conduz à rejeição desta hipótese para qualquer que seja o nível de significância usual escolhido. **Há, portanto, uma forte evidência estatística que leva a não rejeitar a existência de uma discordância relativamente às pontuações medianas atribuídas pelos diversos professores.** Sendo os professores de Francês e Inglês aqueles que mais se distinguem dos outros por lhes corresponderem valores medianos superiores; em consonância com os resultados apresentados nas Figuras 3 e 4.

Coefficiente de Correlação de Spearman.

Atendendo a que o objectivo experimental desta investigação foi explorar a forma como se relacionam as pontuações globais atribuídas pelos diversos professores, considerou-se relevante fazer um levantamento (Tabela 6) no sentido de compreender até que ponto existirá correlação positiva entre essas mesmas pontuações.

Tabela 7. Coeficientes de correlação (*Spearman*) entre as pontuações atribuídas pelos professores ($N=25$).

Professores	Ed.Física	Francês	História	Inglês	Português
Francês	0,42* valor p: 0,010				
História	0,33* valor p: 0,027	0,73*** valor p: 0,000			
Inglês	0,26 valor p: 0,054	0,49** valor p: 0,003	0,68*** valor p: 0,000		
Português	0,42** valor p: 0,009	0,59*** valor p: 0,000	0,71*** valor p: 0,000	0,66*** valor p: 0,000	
Físico-Química	0,32* valor p: 0,029	0,51** valor p: 0,002	0,54** valor p: 0,001	0,30* valor p: 0,038	0,27 valor p: 0,050

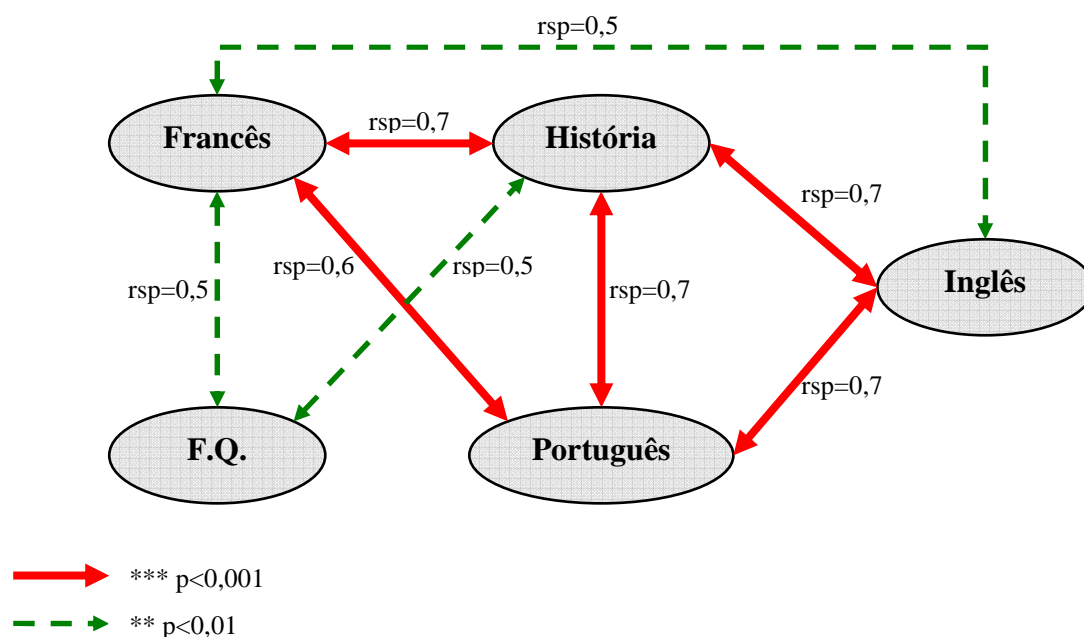
Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Hipótese alternativa: “correlação positiva” (i.e., concordância).

Como é possível constatar, os coeficientes de correlação oscilam entre 0,26 e 0,73, e são estatisticamente significativos ($p < 0,05$) a partir de 0,30. Apenas 5 dos 15 coeficientes de correlação calculados têm valores superiores a 0,50¹⁰ e simultaneamente com uma alta significância estatística ($p < 0,001$). Destes, os dois valores mais altos correspondem aos professores de História e Português ($r_{sp} = 0,71$) e de História e Francês ($r_{sp} = 0,73$). Com valores inferiores a 0,50, mas superiores a 0,30, encontraram-se 5 dos 15 coeficientes de correlação apresentados. **Dos 15 coeficientes de correlação, existem 7 acima de 0,50, não havendo assim sinais evidentes de discordância para as pontuações atribuídas.** Quanto aos valores mais baixos e sem significância estatística – menores de 0,30 – estes correspondem aos professores de Inglês e Educação Física ($r_{sp} = 0,26$) e de Físico-Química e Português ($r_{sp} = 0,27$). É de referir que, mais uma vez, a pontuação atribuída pelo professor de Educação Física se destaca dos restantes professores pois apresenta um conjunto de coeficientes de correlação sempre inferiores ou iguais a 0,42.

Figura 5. Coeficientes de correlação (*Spearman*) iguais ou superiores a 0,5 e com boa significância estatística ($N=25$).



Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

Apesar de não haver uma tendência estatística categórica de concordância para as pontuações globais atribuídas, é possível visualizar na Figura 5 uma significativa rede de correlações

¹⁰ Para valores situados num intervalo entre -1 e 1.

positivas entre a maioria dos professores no que diz respeito à forma como tenderam a pontuar os seus alunos.

Acordo Interobservadores e Coeficiente Kappa.

O método que normalmente se utiliza para estudar o nível de concordância entre as avaliações de dois ou mais observadores é o Acordo Interobservadores, “porque se dois observadores independentes produzem registos similares então isso reflecte algo de objectivo na observação (Alessi, 1988 cit. por Almeida & Freire, 2003). Desta forma pretende-se calcular em que medida os registos são mais orientados pelas características do alunos do que pelas dos professores. A estatística que deve ser estimada nestes casos é a percentagem de acordo (*ibid.*). O Coeficiente Kappa, introduzido em 1960 por Cohen, constitui um índice de fidelidade (viz., precisão) que permite medir a proporção de acordo interobservadores em escalas nominais, corrigindo o acordo devido ao acaso. Note-se que algumas cotações ocorreram com pouca frequência, atenuando os valores do Kappa.

Tabela 8. Percentagem de acordo* entre professores e coeficiente Kappa para as pontuações atribuídas nos diferentes itens (N=25).

Professores	Ed.Física	Francês	História	Inglês	Português
Francês	81,3% K=0,49***				
História	93,9% K=0,77***	83,8% K=0,58***			
Inglês	86,6% K=0,58***	82,3% K=0,58***	86,9% K=0,62***		
Português	94,6% K=0,78***	80,6% K=0,48***	93,9% K=0,78***	86,6% K=0,59***	
Físico-Química	90,1% K=0,66***	81,6% K=0,54***	89,9% K=0,68***	82,6% K=0,52***	88,9% K=0,63***

Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

* Percentagem de itens classificados com a mesma pontuação (acordo ocorrências + não ocorrências).

*** $p < 0,001$.

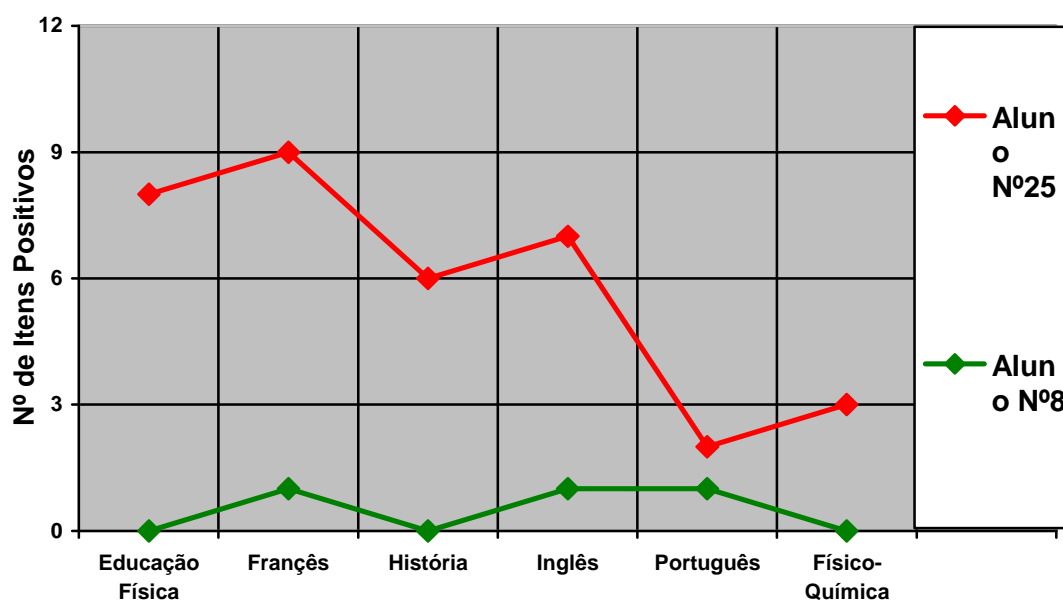
Na Tabela 8 é possível observar que as percentagens de acordo estão todas acima dos 80%. Estas são percentagens que se enquadram numa categoria forte (Almeida & Freire, 2003) e que, conseqüentemente, asseguram a confiança nas suas classificações. Mesmo o professor de

Educação Física apresenta sempre percentagens de acordo elevadas (acima de 81,3%), quando comparado com qualquer um dos outros professores. Tal como se tinha verificado na Tabela 7, os professores de História e Português apresentam uma concordância bastante elevada (93,9%). Quanto aos valores do Coeficiente Kappa, apresentam todos uma alta significância estatística ($p < 0,001$) e variam num intervalo entre 0,48 e 0,78. Segundo Fleiss (1971), entre 0,40 e 0,60 existe um grau de acordo moderado e acima de 0,60 o acordo é considerado bom. Na Tabela 8 verifica-se que não nenhum valor se situa abaixo de 0,40, que 8 dos 15 coeficientes (+/-50%) apresentam um acordo moderado e, por fim, que os restantes 7 coeficientes têm um bom acordo interobservadores (corrigido).

Cruzamento de Informação: Professores – Alunos

Na Figura 6 destacam-se as pontuações de dois alunos que situaram nos extremos das pontuações globais atribuídas pelos professores, com o objectivo de ilustrar a tendência de concordância que se verificou em ambos os casos.

Figura 6. Distribuição do número de itens positivos atribuídos pelos professores ao aluno mais pontuado (Nº25) e ao aluno menos pontuado (Nº8) ($N=25$).



Nota: Baseado no *output* fornecido pelo SPSS.

Esta foi uma tendência que se verificou em toda a turma: os alunos classificados nos extremos das pontuações globais atribuídas pelo grupo de professores, apresentaram níveis de acordo interavaliadores bastante elevados quando comparados com os restantes alunos.

Cruzamento de Informação: Professores – Itens

Itens polémicos.

Em relação à forma como os professores preencheram o questionário, considerou-se oportuno apresentar aqui os itens que deram origem a omissões significativas por parte dos professores, com o objectivo de sinalizar as questões que merecem ser revistas:

- *Item 2*: “O aluno em questão já repetiu algum ano? (Sim/Não)” – Alguns professores tiveram dificuldade em aceder a esta informação;
- *Item 3*: “Tem conhecimento de algum serviço prestado por parte de um técnico de saúde mental? (Sim/Não)” – Muitos professores não tinham esta informação;
- *Item 11*: “Satisfeito com o Isolamento (V/F)” – Este é claramente um item bastante subjectivo que gerou um elevado nível de omissões. Deve ser ponderada a sua validade;
- *Item 18*: “Tem uma reacção emocional persistente, muito forte ou intensa (V/F)” – Este parece ter sido encarado por alguns professores como um item bastante indefinido e ambíguo.

DISCUSSÃO

Tendo em conta que o objectivo da investigação subjacente a esta experiência exploratória se enquadra no estudo da precisão dos resultados atribuídos pelos professores, nomeadamente quanto ao nível de concordância entre as suas avaliações, recorreu-se à análise do nível de acordo interobservadores. Da análise estatística realizada conclui-se que os níveis de acordo são superiores a 80%, o que revela que os registos obtidos foram suficientemente precisos.

Por conseguinte, é possível afirmar que os professores poderão ser considerados como uma fonte de informação privilegiada a integrar numa eventual triagem precoce da esquizofrenia em contexto escolar. Contudo, é necessário que se tenham as maiores cautelas para evitar a estigmatização dos alunos sinalizados (e.g., Falloon et al., 1998; Larsen et al., 2001; Olin et al., 1998). Para além disso, como as investigações desta área demonstram, os indicadores pré-mórbidos existentes não têm poder preditivo suficiente para que se possa rotular alguém. Segundo Dias Cordeiro (2002a), é inadequado utilizar em saúde mental o modelo médico convencional (que se baseia na causalidade linear) já que: (a) a etiologia da maior parte das perturbações mentais é complexa e plurifactorial; (b) os mesmos factores causais podem assumir expressões clínicas diferentes; (c) os mesmos quadros clínicos podem ser provocados por diferentes factores causais.

Assim, os perigos das classificações nosológicas derivam do facto de reforçarem o interesse pelas doenças a partir de um modelo transversal (estático), e fazerem esquecer a compreensão do sentido e das motivações dos comportamentos do indivíduo, ao deixarem de lado as hipóteses etiológicas e se definirem como “ateóricas”; “(...) embora Widlocher (1985), considere que «toda a nosologia é o resultado de uma teoria explicativa, estando esta última ligada a uma prática terapêutica (...)»” (cit. por Sá, 2003a, p. 75). Desta forma, o esforço efectuado no sentido de harmonizar os critérios de diagnóstico – partindo do pressuposto que há uma ruptura biográfica isolada do resto do desenvolvimento – tem transformado a esquizofrenia num depósito nosológico estéril que não promove uma abordagem compreensiva estrutural (dinâmica), nem “(...) a terapêutica mais válida de todas – a etiológica” (Coimbra de Matos, 2002, p. 77). Para além disso, a associação entre a

inexistência de uma delimitação nosológica coerente e a tendência para rotular o fenómeno psicopatológico de uma forma superficial pode conduzir a um aumento de diagnósticos errados e/ou imprecisos, situação que distorce a verdadeira realidade do problema.

Como refere Cardoso (2002) – a propósito de Barahona Fernandes –, “o mundo moderno vive hoje um novo «positivismo», orientado pelo domínio quase obsessivo da natureza, pela excessiva simplificação da leitura dos acontecimentos e pela busca de triunfos imediatos (...), cultiva-se o uso e abuso do *largo espectro* na ânsia do clínico dominar rapidamente os sintomas e de o doente atravessar a enfermidade sem, se possível, sequer a «vivenciar» (p. 122). De facto, nos tempos que correm banalizaram-se as farmacodependências que, “(...) assim estabelecidas - envoltas no manto digno do «critério científico» - são um grave problema da saúde pública; não só pela frequência referida, como também pelo «estatuto legal» que as protege e pela resistência que oferecem ao tratamento” (Coimbra de Matos, 2002, p. 77). A aplicação de neurolépticos¹¹ desligada de uma intervenção que vise o estabelecimento de vínculos relacionais significativos com o paciente¹² – integrando a palavra com a experiência emocional – pode ter consequências nefastas e irreversíveis (e.g., suicídio; cronicidade; demenciação). Segundo Sá (2003b), “o silenciamento medicamentoso” (p. 170) dos sintomas conduz a uma fixação e encapsulamento do sentido dos mesmos, perdendo-se dessa forma a oportunidade de enquadrar o sofrimento que os originou, bem como os recursos saudáveis que eles poderiam mobilizar.

Desta forma, omite-se o princípio fundamental há muito defendido pela psicanálise e mais tarde pela neuropsicologia, bem como pelas mais recentes descobertas na área das neurociências (e.g., Damásio, 2003): a função faz o órgão – pois “uma ideia ou um pensamento elaborado criam uma complexidade mais transformadora que muitos pensamentos sustidos farmacologicamente” (Sá, 2003b, p. 66). Ainda assim, os fármacos não deixam de ser importantes agentes terapêuticos quando utilizados na quantidade e tempo certos (Coimbra de Matos, 2002).

¹¹ “(...) Se os neurolépticos diminuíram o sofrimento, eles engendram, em contrapartida, um embrutecimento mental e uma anestesia que se traduzem (...) por uma perda das faculdades de criação” (Thévoz, 1980 cit. por Sami-Ali, 2002, p. 111). Para Coimbra de Matos (2002), “assistimos por vezes a uma verdadeira *esterilização* da personalidade, tal como a destruição da potencialidade produtiva das terras aráveis pelos herbicidas” (p. 77).

¹² “Estabelecer um fundo de confiança na relação com o doente mental é, pois, o *mais importante de tudo* na relação terapêutica” (Coimbra de Matos, 2002, p. 126).

Segundo Damásio (2003) – em sintonia com as recomendações da OMS –, o futuro da saúde mental passa por uma combinação inteligente entre as intervenções farmacológicas, psicológicas e culturais, pois “os novos tratamentos terão como finalidade corrigir perturbações específicas de um processo normal em vez de simplesmente atacarem sintomas de um modo geral” (p. 320).

Considerando os contornos da polémica que ainda hoje subsiste no seio da comunidade científica em relação à compreensão da esquizofrenia, é possível constatar a existência de um enigmático paralelismo entre a sua característica psicológica fundamental – a fragmentação – e a própria forma de gerir esta doença na esmagadora maioria dos serviços psiquiátricos contemporâneos; como se de um fenómeno de “contra-identificação”¹³ colectiva se tratasse – na qual os técnicos repetem inconscientemente a desintegração projectada pelos pacientes.

Por outro lado, a adolescência é um período do desenvolvimento que envolve um alargado conjunto de transformações que, pela sua complexidade, dinamismo e singularidade, bem como pela enorme variabilidade adaptativa existente, merece o maior rigor e experiência clínica aquando da despistagem dos percursos eventualmente patológicos. Os riscos de estigmatização associados a uma detecção errada são muitas vezes nefastos para a vida futura do adolescente etiquetado (Laufer, 2000; Marques, 1999). Mesmo na presença de uma perturbação, deve-se evitar o recurso à rotulagem pois “(...) ela pode, nalgumas circunstâncias, exacerbar o desvio” (Hargreaves, 1980 cit. por Marques, 1999, p. 254). Contudo, se a “a tentação sádica conduz-nos às estatísticas ou aos ideais (...), a tentação masoquista e «pauperista» desencadeia uma alergia horripilante e imediata perante qualquer conjugação da palavra «norma» (Bergeret, 2000, p. 20); atitude que constitui um perigo bem maior para os adolescentes, pois promove um relativismo que obnubila a vontade de procurarem a saúde e o bem-estar.

¹³ Conceito análogo ao de “identificação concordante ou homóloga” (de Racker), proposto no âmbito da obstrução relacional do terapeuta (associada à sua contratransferência) que, por vezes, surge no seio de uma psicoterapia psicanalítica (Sá, 2003, p. 239).

Referências Bibliográficas

- Aguilar, J., Oliva, M. V., & Marzani, C. (Orgs.). (2003). *A Entrevista Psicanalítica*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ªed.). Braga: Psiquilibrios.
- Amaral Dias, C., & Nunes Vicente, T. (1984). *A Depressão no Adolescente*. Porto: Afrontamento.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV – TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. rev.). Lisboa: Climepsi.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy of the Emotional Disorders*. New York: New American Library.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (eds.). (1979). *Research and Practice in Social Skills Training*. New York: Plenum Press.
- Bergeret, J. (2002). *A Personalidade Normal e Patológica* (3ªed. rev.). Lisboa: Climepsi.
- Bergeret, J. (1998). *Psicologia Patológica* (1ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Bion, W. R. (1988). *Estudos Psicanalíticos Revisitados*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Birchwood, M., & Tarrier, N. (eds.). (1992). *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. New York: Wiley.
- Blos, P. (1985). *Adolescência. Uma Interpretação Psicanalítica*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Broadbent, D. E. (1958). *Perception and communication*. Oxford: Pergamon.
- Cardoso, C. M. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Education and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cornblatt, B., Lencz, T., & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia Research*, 54, 177-186.

- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa* (2ªed.). Mem Martins: Europa-América.
- Dias Cordeiro, J. C. (2002a). Perspectivas preventivas em saúde mental. In J. C. Dias Cordeiro (Org.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.83-108). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias Cordeiro, J. C. (2002b). Normalidade e psicopatologia na adolescência. In J. C. Dias Cordeiro (Org.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.209-242). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Erickson, E. (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris: Flammarion.
- Fairbairn, R. (2000). *Estudos psicanalíticos da personalidade* (2ªEd.). Vega Universidade.
- Falloon, I. R. H. (1985). *Family of Schizophrenia: A study of the clinical, Social, Family and Economic Benefits*. Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Fallon, I. R. H., Coverdale, J. H., Laidlaw, T. M., Merry, S., Kydd, R. R., Morosini, P., & The OTP Collaborative Group (1998). Early intervention for schizophrenic disorders. Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 33-38.
- Faraone, S. V., Brown, C. H., Glatt, S. J., & Tsuang, M. T. (2002). Preventing schizophrenia and psychotic behaviour: definitions and methodological issues. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(6), 527-535.
- Ferdinand, R. F., Hoogerheide, K. N., Ende, J., Visser, J. H., Koot, H. M., Kasius, M. C., & Verhulst, F. C. (2003). The role of the clinician: three-year predictive value of parents', teachers', and clinicians' judgment of childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (6), 867-876.
- Flemming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia*. Porto: Afrontamento.
- Fleiss, J. L. (1971) Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76 (5), 378-382.
- Fonseca, A. F. (2002). *A Psicologia e a Psicopatologia da Infância e da Adolescência*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Freud, S. (1976). *O caso de Schreber – Sobre a Psicanálise e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Freud, S. (1976). A perda da realidade – Neurose e psicose. In S. Freud *Uma Neurose Demoníaca do século XVII, e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Garrabé, J. (2004). *História da Esquizofrenia* (1ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Gastó, C. (2002). Psicopatologia de la percepción. In J. V. Ruiloba, *Introducción a la psicopatologia y la psiquiatria* (5ªed.) (pp. 457-482). Barcelona: Masson.
- Grotstein, J. S. (1999). *O Buraco Negro* (1ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Gunderson, J. G., Frank, A., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosh, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia. II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, pp. 654-598.
- Heston, L. L. (1996). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry*, 112, 819-825.
- Ho, B., Andreasen, N. C., Nopoulos, P., Fuller, R., Arndt, S. & Cadoret, R. J. (2005). Secondary prevention of schizophrenia: utility of standardized scholastic tests in early identification. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17 (1), 11-18.
- Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., MacGlashan, T., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Vaglum, P., & Larsen, T. K. (2008). The Key to reducing duration of untreated first psychosis: Information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), pp. 466-472.
- Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. In J. Adelson (ed.), *Handbook of Adolescence Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Karlsson, J. L. (1966). *The biologic Basis of Schizophrenia*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Kasanin, J., & Veo, L. (1932). A study of the school adjustments of children who later in life became psychotic. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2, 212-227.
- Kavanagh, D. J. (1992a). Family interventions for schizophrenia. In D.J. Kavanagh Editor, Chapman & Hall, *Schizophrenia: An overview and Practical Handbook* (pp.407-23). London.
- Keshavan, M. S., Diwadkar, V. A., Montrose, D. M., Rajarethinam, R., & Sweeney, J. A. (2005). Premorbid indicators and risk for schizophrenia: a selective review and update. *Schizophrenia Research*, 79, 45-47.

- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1971). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 128, 302-306.
- Klein, M. (1991). *Inveja e Gratidão e outros trabalhos – 1946-1963 – Vol. III das Obras Completas de Melanie Klein*. Brasil: Imago Editora.
- Kohlberg, L., Ricks, D., & Snarey, J. (1984). Childhood development as a predictor of adaptation in adulthood. *Genetic Psychological Monograph*, 110, 91-172.
- Kohut, H. (1981). *Análise do Self*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Laplanche, J. L., & Pontalis, J. -B. (1970). *Vocabulário da Psicanálise* (2ªed.). Lisboa: Moraes.
- Larsen, T. K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (5), 323-334.
- Laufer, M. (2000). Desenvolvimento psicológico na adolescência: «sinais de perigo». In M. Laufer (cord.), *O Adolescente Suicida* (pp. 19-34). Lisboa: Climepsi.
- Laufer, M., & Laufer, M. E. (1984). *Adolescence and Developmental Breakdown*. Yale University.
- Lieberman, J., & Murray, R. (2001). *Comprehensive Care of Schizophrenia. A textbook of Clinical Management*. London: Martin Dunitz.
- Marcelli, D. (1983). La position autistique. Hypotheses psychopathologiques et ontogénétiques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 26 (1).
- Marques, M. E. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2002). *O Desespero: Aquém da Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi.
- Mazet, T, & Houzel, D. (1978). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Vol.2. Paris: Maloine S. A.
- McGlashan, T. H. (1998). Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 3-6.

- McGorry, P. (1998). Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 1-2.
- Nelson, B., Yung, A. R., Becholf, A., & McGorry, P. D. (2008). The phenomenological critique and self-disturbance: Implications for ultra-high risk ('Prodrome') research. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (2), pp.381-392.
- Offord, D. R., & Cross, L. A. (1969). Behavioural antecedents of adult schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 21, 267-283.
- Olin, S. S., John, R. S., & Mednick, S. A. (1995). Assessing the predictive value of teacher reports in a high risk sample for schizophrenia: a ROC analysis. *Schizophrenia Research*, 16, 53-66.
- Olin, S. S., Mednick, S. A., Cannon, T., Jacobsen, B., Parnas, J., Schulsinger, F., & Schulsinger, H. (1998). School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 7-13.
- Parnas, J. (2005). Clinical detection of schizophrenia-prone individuals. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 111-112.
- Sá, E. (1990). Esboço para uma compreensão psicodinâmica da adolescência. *Jornal de Psicologia*, 9 (3), 23-25.
- Sá, E. (2003a). *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil* (1ªed.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sá, E. (2003b). *Textos com Psicanálise*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Salokangas, R. K. R., & McGlashan, T. H. (2008). Early detection and intervention of psychosis. A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (2), pp. 92-105.
- Sami-Ali (2002). *Pensar o Somático – Imaginário e Patologia* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Scott, J. E., & Dixon, L. B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, pp. 621-630.
- Serralonga, J. (2002). Trastornos del pensamiento y el lenguaje. In J. V. Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5ªed.) (pp. 205-218). Barcelona: Masson.

- Serralonga, J., & Rojo, J. E. (2002). Esquizofrenia. In J. V. Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5ªed.) (pp. 457-482). Barcelona: Masson.
- Simon, A. E., Roth, B., Zmilacher, S., Isler, E., & Umbricht, D. (2007). Developing services for the early detection of psychosis. A critical consideration of the current state of the art. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (2), pp.92-106.
- Tsuang, M. T., & Faraone, S. V. (2002). Diagnostic concepts and the prevention of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (6), 515-517.
- Vieira, R. M. X. (2002). Síndromes esquizofreniformes e esquizofrénicas. In J. C. D. Cordeiro (Org.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 621-654).
- Warner, R., & Girolamo, G. (1995). *Schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.
- Watt, N. F., & Lubensky, A. W. (1976). Childhood roots of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 363-375.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Winnicott, D. W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria Research*. Geneva.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas*. Geneva: World Health Organization.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G. C., & Jackson, H. J. (1998). A step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 14-20.

ANEXO A

- Esquizofrenia Paranóide (F20.0)
 - Deve preencher os critérios gerais descritos anteriormente.
 - Deve ser proeminente a presença de delírios e alucinações (e.g., delírio persecutório, de referência, ascendência importante, de missão, de transformações corporais, de ciúme, e alucinações com vozes de comando ou ameaçadoras, alucinações olfactivas ou gustativas, e sensações sexuais ou outras sensações corporais).
 - Indiferença ou incongruência afectiva, sintomas catatónicos ou discurso incoerente que não dominam o quadro clínico.

- Esquizofrenia Hebefrénica (F20.1)
 - Deve preencher os critérios gerais descritos anteriormente.
 - Presença de um dos seguintes sintomas:
 - Indiferença ou superficialidade afectiva persistente ou mantida.
 - Afecto incongruente ou inapropriado persistente ou mantido.
 - Presença de um dos seguintes sintomas:
 - Comportamento não dirigido e desorganizado.
 - Perturbação do pensamento, que se pode manifestar por discurso com descarrilamento, desorganizado ou incoerente.
 - As alucinações e os delírios não devem predominar no quadro clínico, embora possam estar presentes em grau moderado.

- Esquizofrenia Catatónica (F20.2)
 - Deve preencher os critérios gerais descritos anteriormente.
 - Deve apresentar, de forma proeminente, durante um período de pelo menos duas semanas, um ou mais dos seguintes comportamentos catatónicos:
 - Estupor (diminuição marcada da reactividade aos estímulos externos e redução da actividade ou dos movimentos espontâneos).
 - Excitação (actividade motora sem objectivo aparente, não influenciada por estímulos externos).
 - Colocação e manutenção voluntária em posturas inapropriadas ou bizarras.
 - Negativismo (resistência passiva a todas as tentativas e instruções para o doente se mexer ou mesmo movimento no sentido oposto ao pretendido).
 - Rigidez (manutenção de posturas rígidas, resistindo a todos os esforços de mudança).
 - Flexibilidade Cérea (manutenção do corpo e membros nas posições em que foi deixado por outros).
 - Automatismo de Comando (obediência automática a instruções).

- Esquizofrenia Indiferenciada (F20.3)
 - Deve preencher os critérios gerais descritos anteriormente.
 - Deve apresentar uma das seguintes situações:
 - Sintomas insuficientes para preencher os critérios de F20.0; F20.1; F20.2; F20.4; e F20.5.
 - Deve apresentar um ou mais dos sintomas descritos acima na Lista 1.

ANEXO A

- Depressão Pós-Esquizofrenia (F20.4)
 - Deve ter preenchido os critérios de F20.0 a F20.3 descritos acima, durante os últimos 12 meses, mas não no presente.
 - Deve apresentar pelo menos um dos sintomas descritos na Lista 2.
 - Os sintomas depressivos devem ser suficientemente prolongados, graves ou extensos para entrar dentro dos critérios de episódio depressivo leve (F32.0).
- Esquizofrenia Residual (F20.5)
 - Deve ter preenchido os critérios de F20.0 a F20.3 descritos acima, em alguma altura do passado, mas não no presente.
 - Deve apresentar pelo menos quatro dos seguintes sintomas negativos¹⁴, nos últimos 12 meses:
 - Lentificação psicomotora ou diminuição da actividade.
 - Indiferença afectiva.
 - Abulia e falta de iniciativa.
 - Pobreza no fluxo ou conteúdo do discurso.
 - Pobreza da comunicação não-verbal (expressão facial, contacto visual, modulação da voz ou postura).
- Esquizofrenia Simples (F20.6)
 - Deve apresentar um desenvolvimento lento, mas progressivo, de um dos seguintes sintomas, durante um período de pelo menos um ano:
 - Mudança consistente e significativa na qualidade geral de alguns aspectos do seu comportamento pessoal. O doente torna-se inactivo, sem interesses ou ideias, vagueia absorto em si mesmo e isola-se socialmente.
 - Aparecimento e agravamento gradual de sintomas negativos, como apatia marcada, pobreza do discurso, diminuição da actividade, indiferença afectiva, ausência de iniciativa e pobreza da comunicação não-verbal.
 - Declínio no cumprimento das obrigações sociais, escolares ou ocupacionais.
 - Não deve apresentar, em nenhuma fase da doença, nenhum dos sintomas descritos nas Lista 1 e 2, ou seja, o doente não deve ter critérios para o diagnóstico de qualquer dos restantes tipos de esquizofrenia ou de doença psicótica.
 - Não deve haver sinais de demência, nem de outra doença mental orgânica (F00-F09).
- Outras Esquizofrenias (F20.8)
- Esquizofrenia não Especificada (F20.9)

¹⁴ Na década de 80 apareceu a classificação dicotómica de Andreasen, distinguindo a esquizofrenia negativa e a esquizofrenia positiva (cit. por Serrallonga & Rojo, 2002). Abordagens mais actuais (e.g., Johnstone, 1996 cit. por Vieira, 2002) distinguiram três dimensões na esquizofrenia: a positiva (delírios e alucinações); a negativa (apatia, avolição, afecto embotado); e a desorganizada (no pensamento, afectos e atenção).

ANEXO B

Critério A¹⁵

(dois ou mais dos seguintes sintomas característicos, cada um presente por um período significativo de tempo durante um mês; ou menos, se tratados com êxito)

1. Ideias delirantes.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamento marcadamente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos.

Critério B

- Disfunção Social ou Ocupacional.

Critério C

- Duração (de seis meses, contando um mês para os sintomas do Critério A e o restante para os outros sintomas).

Critério D

- Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou do Humor.

Critério E

- Exclusão de abuso de substâncias ou de estados físicos gerais.

Critério F

- Se existir história de autismo ou outra doença do desenvolvimento, o diagnóstico só deverá ser feito na presença de um quadro alucinatorio e delirante proeminente com a duração de pelo menos um mês (excepto se sujeito a tratamento).

• Esquizofrenia Paranóide

- Preocupação com uma ou mais ideias delirantes e alucinações auditivas frequentes.
- Nenhum dos seguintes sintomas é dominante: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou afecto embotado ou inapropriado.

• Esquizofrenia Desorganizada

- Todos os seguintes sintomas são dominantes: (a) discurso desorganizado; (b) comportamento desorganizado; (c) afecto embotado ou inapropriado.
- Não se encontram critérios que preencham o Tipo Catatônico.

¹⁵ “Só é necessário um sintoma do Critério A caso as ideias delirantes possuam carácter bizarro ou as alucinações consistam numa voz comentando o comportamento ou pensamento do paciente, ou ainda duas ou mais vozes conversando entre elas” (APA, 2002, p. 312).

ANEXO B

• Esquizofrenia Catatónica

Tipo de esquizofrenia na qual o quadro clínico é dominado pelo menos por dois dos seguintes sintomas:

- Imobilidade motora como a evidenciada por catalepsia (incluindo a flexibilidade cética) ou estupor.
- Actividade motora excessiva (aparentemente sem objectivo e não influenciada por estímulos externos).
- Negativismo extremo ou mutismo.
- Peculiaridades dos movimentos voluntários como os evidenciados pela postura (tomada de posturas voluntárias inapropriadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos dominantes.
- Ecolalia (i.e., o doente repete frases ditas pela pessoa que fala com ele) ou ecopraxia (i.e. o paciente imita os movimentos do observador).

• Esquizofrenia Indiferenciada

Tipo de esquizofrenia na qual os sintomas que preenchem o Critério A estão presentes, mas não são encontrados os critérios para os tipos paranóide, desorganizado ou catatónico.

• Esquizofrenia Residual

- Ausência de ideias delirantes dominantes, de alucinações, de discurso desorganizado, bem como ausência de comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico.
- Presença (de forma atenuada) de sintomas negativos ou de dois ou mais dos sintomas presentes no Critério A (e.g., crenças estranhas, experiências perceptuais estranhas).

ANEXO C

- *Delírio de auto-referência* (o doente reporta a si próprio as experiências e acontecimentos do mundo exterior, convencido que estes têm algo relacionado consigo).
- *Delírio persecutório* (convicção inabalável que outros o andam a perseguir e o querem prejudicar; uma forma frequente é o delírio de envenenamento, no qual o doente evita comer pois tem a certeza de que a sua comida foi envenenada).
- *Delírio de grandeza* ou místico (convicção de que se é alguém famoso, importante, com poderes especiais; uma forma frequente é o delírio de missão, no qual o doente acredita ser enviado de Deus para uma missão específica no mundo).
- *Delírio hipocondríaco* (o paciente acredita que está ameaçado na sua saúde ou que tem uma doença incurável).
- *Delírio de ruína* (o paciente acredita que perdeu todos os meios de subsistência e todos os seus haveres).
- *Delírio de culpa* (convicção de que é um grande pecador, responsável pelos grandes males e problemas do mundo).
- *Delírio niilista* (convicção que o seu corpo, o mundo ou pessoas significativas não existem).
- *Delírio de ciúme* (convicção que o(a) seu companheiro(a) lhe está a ser infiel).
- *Delírio de controlo* (leitura, difusão, roubo, imposição ou inserção do pensamento).
- *Percepção delirante* (atribuição imediata de um significado falso e estranho a uma percepção adequada).
- *Intuição delirante* (convicção delirante imediata independente de qualquer dedução ou dado perceptivo).
- *Humor delirante* (atmosfera peculiar na qual o ambiente e o seu eu se modificaram de modo evidente, mas para a qual não encontra significado específico; acompanhada, geralmente, de alguma perplexidade e desconfiança).
- *Síndrome de Capgras* (convicção de que as pessoas significativas do ponto de vista afectivo foram substituídas por duplos).
- *Síndrome de Fregoli* (convicção de que as pessoas à sua volta adquiriram uma variedade de máscaras, como actores).
- *Erotomania* (o paciente sente que outros – normalmente alguém famoso ou importante – estão apaixonados por si).

ANEXO D

1. *O recuar para formas de comportamento infantis é tão forte que há perigo de o adolescente desistir do esforço ou do desejo de avançar para um comportamento mais adulto?* – Este comportamento está geralmente associado ao prazer que o adolescente obtém através de comportamentos regressivos, mas também ao medo que o comportamento mais «adulto» lhe pode causar.
2. *O comportamento adolescente é tão rígido que não permite abrandar temporariamente as exigências que faz a si próprio?* – Este critério está directamente relacionado com o primeiro, mas neste caso trata-se da incapacidade do adolescente abandonar (temporariamente) as formas de comportamento «adulto». A intolerância a qualquer sentimento que não esteja sob um controlo total é evidente.
3. *As relações sociais ajudam a perpetuar as relações da infância?* – Existe a possibilidade do adolescente ser incapaz de estabelecer relações de amizade igualitárias e cooperantes, ou mesmo de arriscar ter quaisquer amigos.
4. *Os pais assumem maior importância na vida do adolescente do que os amigos/pares?* – Este critério avalia o grau de dependência do adolescente em relação aos pais pois é importante que o jovem caminhe no sentido da sua autonomia, para tal é crucial que seja capaz de se separar gradualmente da protecção e influência parental, bem como de se relacionar cada vez mais com os amigos.
5. *O adolescente é incapaz de expressar sentimentos adequados e existe uma discrepância bem vincada entre um «acontecimento» e o modo como lhe reage?* – Os “sentimentos inadequados ou sentimentos «fora do contexto» devem ser encarados como um sinal de perigo” (Laufer, 2000, p. 30).
6. *Há interferência na capacidade do adolescente julgar e comparar reacções do mundo exterior e as criações da sua própria mente?* – Deve ser encarado como um sinal de perturbação grave a incapacidade do adolescente em separar o que realmente está a acontecer e o que ele acredita estar a acontecer, isto é, quando há um acentuado «corte com a realidade».
7. *Qual é a atitude do adolescente para com o futuro? Vê-o como algo que ambiciona ou como algo terrível?* – O desinteresse e o medo exagerado em relação ao futuro devem ser considerados como sinais de alerta para uma eventual perturbação.
8. *O adolescente é incapaz de lidar com diversas fantasias assustadoras sem desistir do desejo de se tornar adulto?* – “Do ponto de vista da avaliação, a questão a colocar não é se este tipo de fantasias existem ou não, mas antes como o adolescente reage a elas” (Laufer, 2000, p. 33).

ANEXO E

- 14- Ansioso e constrangido com os professores: V F
- 15- Aceita mal a crítica: V F
- 16- Não reage quando é elogiado ou encorajado: V F
- 17- É facilmente excitado ou irritado: V F
- 18- Tem uma reacção emocional persistente, muito forte ou intensa: V F
- 19- Perturba a turma com comportamentos estranhos ou inapropriados: V F
- 20- Extremamente violento e agressivo: V F
- 21- É um problema disciplinar: V F
- 22- Tem uma actividade: Intensa Normal Passividade
- 23- Tem uma reacção: Sensível Normal Insensível
- 24- É um aluno nervoso: V F
- 25- Considera que o aluno terá um futuro problema emocional? Sim Não
- 26- Normalmente tem necessidade de clarificar as suas questões para este aluno?
Sim Não

ANEXO E

INFORMAÇÃO AOS PROFESSORES

No âmbito de uma tese monográfica em Psicologia Clínica, decidiu-se estudar alguns aspectos relacionados com a percepção dos professores face ao bem-estar psicológico dos seus alunos.

A presente investigação tem como objectivo **promover a saúde mental em contexto escolar** através de uma estratégia preventiva, na qual os aspectos organizativos e de articulação com os agentes de ensino desempenham um papel crucial.

Todas as informações recolhidas durante a elaboração desta tese estarão sujeitas aos princípios éticos e deontológicos da *Competência, Responsabilidade, Respeito pelos Direitos e Dignidade Humanas, Integridade e Confidencialidade*.

Por último, **é extremamente importante que o preenchimento dos questionários que se seguem seja feito de um modo estritamente individual**. Qualquer troca de impressões entre os vários professores constituirá uma variável parasita que influenciará negativamente a validade deste estudo.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!