

MODELANDO A SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA: A ARTE COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM SAÚDE MENTAL

Victor Hugo Palma¹✉, Luís Barriga², Sandra Cruz³, & Ana Paula Gama⁴

¹Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Departamento de Psicologia e Ciências da Educação, 8005-139 Faro, Portugal; e-mail: victorhugopalma@sapo.pt; ²Instituto Superior Dom Afonso III, 8100-507; e-mail: luisdbarriga@gmail.com; ³Universidade do Algarve, Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo 8005-139 Faro, Portugal; e-mail: spmcruz@icloud.com; ⁴Universidade de Huelva, Faculdade de Ciências da Educação, Departamento de Psicologia Clínica e Experimental, 21071 Huelva, Espanha. e-mail: aapgama@gmail.com.

RESUMO: O objetivo geral do presente estudo foi verificar a relação entre uma Oficina de Cerâmica Artística (OCA) e a qualidade de vida (QdV), o *coping* proativo e a autoestima de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia de ambos os géneros (masculino e feminino) e se os resultados obtidos eram estáveis no tempo. Para tal, foi constituída uma amostra de conveniência (n = 9) no Fórum Sócio-Ocupacional de Faro da ASMAL, sendo que, os participantes, encontravam-se medicados e em fase estabilizada da doença. A OCA foi implementada ao longo de cinco meses, com frequência semanal de duas sessões de 90 minutos cada e o protocolo de avaliação administrado em três momentos de observação (antes, depois da intervenção e 27 dias após a mesma) foi composto pelo WHOQOL-Bref, Escala de *Coping* Proativo e Escala de Autoestima de Rosenberg. Considerando os resultados obtidos, a OCA produziu melhorias ao nível da QdV e do *coping* proativo dos participantes, embora, o mesmo, não tenha ocorrido ao nível da autoestima, verificando-se ainda que, estes, não se revelaram estáveis no tempo, e, no género feminino, a intervenção foi mais eficaz relativamente à perceção geral da QdV e à perceção geral da saúde.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Oficina de Cerâmica Artística, Qualidade de Vida, *Coping* Proativo, Autoestima

MODELING THE PSYCHOTIC SYMPTOMATOLOGY: THE ART AS THERAPEUTIC RESOURCE IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: The general aim of this study was to check the relationship between an Artistic Ceramics Workshop and quality of life, proactive coping and self-esteem of people with schizophrenia diagnosis of both genders (male and female) and check if the obtained results were stable in time. Therefore was constituted a convenience sample (n = 9) in Forum Socio-Occupational Faro's ASMAL, and that, the participants were medicated and phase stable disease. The Artistic Ceramics Workshop was implemented for the period of five months with frequency of two sessions weekly of each 90 minutes and the evaluation

✉ Rua Brigadeiro Eduardo José dos Santos, n.º 2.ºesq., 8800-698 Tavira. Telf.: 962767239. e-mail: victorhugopalma@sapo.pt

protocol was made in three different observation moments (before, after the intervention and 27 days after the intervention) was composed by WHOQOL-Bref, a Proactive Coping Scale and Rosenberg Self-esteem Scale. Considering the obtained results, the Artistic Ceramics Workshop produced significant improvement considering the quality of life and the proactive coping of participants. The same didn't happened when concerning to self-esteem. It was also verified that the obtained results were not stable in time, and with the female gender the intervention was more effective in terms of the general perception of quality of life and general perception of health.

Keywords: Schizophrenia, Artistic Ceramics Workshop, Quality of Life, Proactive Coping, Self-esteem

Recebido em 07 de Agosto de 2014/ Aceite em 29 de Dezembro de 2016

A esquizofrenia é uma das mais graves e incapacitantes doenças mentais, que afeta cerca de 1% da população portuguesa (Afonso, 2010; Cordo, 2003). De quadro clínico diverso e podendo a sintomatologia alterar-se ao longo do curso da doença, tem como característica central a perda de contacto com a realidade (Afonso, 2010; Neto, 2006; Pedinielli & Gimenez, 2006; Vaz-Serra, Pereira & Leitão, 2010). Esta, pode instalar-se de forma insidiosa ou aguda (Afonso, 2010; Ayuso & Miralles, 2006; DSM-IV-TR, 2002), sendo que, o período de maior risco, situa-se entre o final da adolescência e o início da idade adulta (Afonso, 2010; Ayuso et al., 2006; DSM-IV-TR, 2002; Neto, 2006; Pinheiro, Cazola, Sales, & Andrade, 2010; Vaz-Serra et al., 2010), podendo no género feminino ocorrer mais tardiamente (Afonso, 2010; Centeno, Pino & Rojo, 2006; Castle, McGrath & Kulkarni, 2003; DSM-IV-TR, 2002), porém, não sendo o fator idade considerado como determinante na exclusão do diagnóstico da doença (Afonso, 2010; Vaz-Serra et al., 2010), raramente ocorre antes dos dez ou depois dos 50 anos de idade (Bragança, Matos & Sousa, 2003; Centeno et al., 2006; Cordeiro, 2005; Vaz-Serra et al., 2010). No presente, a necessidade de intervenções multidisciplinares na reabilitação das pessoas com esquizofrenia é consensual (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006; Sá Júnior & Souza, 2007), sendo a intervenção farmacológica com recurso a antipsicóticos, o primeiro passo no tratamento da doença (Afonso, 2010; Braconnier, 2007; Caballo, 2008; Cordeiro, 2005; Gonçalves-Pereira et al., 2006). A sua atividade sedativa diminui a agitação dos doentes e, na maior parte dos casos, é eficaz no controlo da sintomatologia positiva (Afonso, 2010), não se verificando o mesmo relativamente aos sintomas negativos (Afonso, 2010; Lefley, 2005; Meyer, 2007), logo, deve incluir-se intervenções psicossociais para aumentar a eficácia do tratamento (Afonso, 2010; Caballo, 2008; Coelho & Palha, 2006; Kern, Glynn, William, Horan, & Marder, 2009; Vaz-Serra et al., 2010), devendo ambas estar presentes desde a fase inicial da doença e acompanhar a sua evolução com as devidas adaptações ao momento (Afonso, 2010; Caballo, 2008).

As atividades desenvolvidas nas oficinas terapêuticas podem proporcionar a materialização dos pensamentos e das emoções, tornando-se um meio de comunicação alternativo (Bezerra & Oliveira, 2002; Brunello, Castro & Lima, 2001; Rocha, 2005; Sanz-Aránguez & Del Rio, 2010; Valladares, 2008), podendo também contribuir para a alteração das rotinas da pessoa com doença mental (Brunello et al., 2001; Lima, 2004; Silva, 2007), retirando-a de uma posição passiva para assumir uma posição ativa (Rocha, 2005) e dar-lhe a oportunidade de constatar que, também ela, tem capacidade para executar tarefas com sucesso (Shirakawa, 2000). Apresentam ainda uma função integrativa, por serem

MODELANDO A SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

desenvolvidas em grupo, logo, podem contribuir para superar dificuldades no relacionamento interpessoal (Brunello et al., 2001; Cordo, 2003; Lima, 2004; Sadock & Sadock, 2007; Silva, 2007) e estabelecer vínculos para além do núcleo familiar (Brunello et al., 2001; Silva, 2007). As pessoas com esquizofrenia passam também a ter acesso à cultura da comunidade, e, ao serem reconstruídas as relações com o meio (Brunello et al., 2001; Guerra, 2004; Lima, 2004), pode este facto atuar em oposição ao processo de exclusão, a que, a grande maioria destes doentes está sujeito (Brunello et al., 2001). A modelagem do barro é uma atividade utilizada com regularidade nas oficinas terapêuticas (Galletti, 2004; Lima, 2004), por não exigir habilidades muito elaboradas, ser independente do grau de escolaridade (Chiesa, 2004), pela grande plasticidade deste material, o que facilita a sua manipulação (Chiesa, 2004; Philippini, 2009), e, sendo as experiências sensoriais de importância extrema para o ser humano (Couvreur, 2001), este é um meio por excelência para que estas sejam vivenciadas (Chiesa, 2004; Valladares, 2004). Para além do anteriormente referido, os benefícios a nível motor pelo facto de serem utilizadas as duas mãos (Bezerra et al., 2002; Coscrato & Bueno, 2009; Sanz-Aránguez et al., 2010), a tridimensionalidade das obras produzidas (Chiesa, 2004; Philippini, 2009), a possibilidade de produzir objetos utilitários com uma componente estética (Navarro, 1997) e o facto da modelagem de peças em barro permitir um contacto direto com o material com o qual vamos trabalhar (Chiesa, 2004; Philippini, 2009), são fatores que valorizam esta atividade quando comparada às demais (Navarro, 1997).

O objetivo geral deste estudo foi analisar a relação entre a OCA e a QdV, o *coping* proativo e a autoestima de pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia de ambos os géneros (masculino e feminino) e se os dados obtidos eram estáveis no tempo.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por conveniência, composta por nove pessoas do género masculino ($n = 6$; 66,7%) e feminino ($n = 3$; 33,3%), com idades compreendidas entre os 19 e os 60 anos (Média = 34,11; DP = 13,07) e diagnóstico de esquizofrenia. Estas recebiam apoio no Fórum Sócio-Ocupacional de Faro da ASMAL, eram acompanhadas em regime de ambulatório pelos respetivos psiquiatras na consulta externa no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Faro, EPE ($n = 8$) e Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE ($n = 1$), encontrando-se as mesmas medicadas e em fase estabilizada da doença.

Material

Para avaliar a QdV foi utilizado o World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref), adaptado por (Vaz-Serra et al., 2006). Este instrumento é constituído por 26 itens, dois dos quais relativos a uma faceta geral (*Faceta Geral de QdV*) composta por dois itens que avaliam a perceção geral da QdV e a perceção geral da saúde e os restantes 24 permitem avaliar a QdV a partir de quatro domínios distintos: Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Ambiente. Esta é uma escala de tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta, em que, o participante deve assinalar a opção que melhor corresponde à sua situação, tendo como referência as duas últimas semanas. As pontuações mais altas representam melhor QdV (Vaz-Serra et al., 2006).

Para avaliar o *coping* proativo utilizou-se a Escala de *Coping* Proativo (ECP), traduzida e adaptada por (Cruz & Gomes, 2007), cujo objetivo é avaliar as estratégias de confronto ativas utilizadas pelas pessoas quando se confrontam com um problema (e.g., imaginar soluções a adotar, perceber os obstáculos como desafios). O instrumento é composto por 14 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de quatro pontos, em que, os valores mais elevados, significam maior utilização do confronto proativo (Cruz et al., 2007).

Para avaliar a autoestima foi utilizada uma versão portuguesa da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) (Rosenberg, 1965), que avalia a autoestima global, traduzida e adaptada por Santos e Maia (2003). É constituída por 10 itens, cinco considerados indicadores de atitudes positivas e cinco considerados indicadores de atitudes negativas, misturados entre si, para tornar a estrutura da escala menos transparente. É uma escala de tipo *Likert* com quatro alternativas de resposta, em que, a obtenção de valores mais elevados evidencia níveis de autoestima global mais elevados (Santos et al., 2003).

A análise dos dados obtidos foi efetuada com recurso ao programa informático *IBM SPSS Statistics 20*.

RESULTADOS

A amostra foi inicialmente composta por 12 pessoas com esquizofrenia, embora três das quais apenas tenham frequentado a OCA: duas sessões ($n = 1$) e quatro sessões ($n = 2$). Assim sendo, registou-se mortalidade experimental ($n = 3$) e esta ficou reduzida a nove participantes. Tendo em conta o género dos mesmos, recorrendo ao teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes e considerando um nível de significância de 5%, apenas foram verificadas diferenças estatísticas significativas entre os grupos na subescala “Overall” ($U = 1,500$; $p = 0,04$) da escala WHOQOL-Bref, no segundo momento de observação (Quadro 1).

MODELANDO A SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

Quadro 1.

Teste de Mann-Whitney para a subescala “Overall”, tendo em conta o género dos participantes.

	Género	N	Média das Ordens	Soma das Ordens	U	<i>p</i>
Overall (2º momento de observação)	Masculino	6	3,75	22,50		
	Feminino	3	7,50	22,50	1,500	0,039
	Total	9				

Legenda: N – número de inquiridos; U – valor de Mann-Whitney; *p* – nível de significância para $\alpha \leq 0,05$.

Recorrendo ao teste não paramétrico de Friedman, considerando um nível de significância de 5%, verificou-se a existência de diferenças estatísticas significativas em todas as escalas e subescalas em estudo (Quadro 2).

Quadro 2.

Teste de Friedman para todas as escalas e subescalas em estudo.

	1ºMomento		2ºMomento		3ºMomento		X^2	gl	<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP	Média	DP			
WHOQOL -Bref	75,63	15,14	98,78	12,35	90,44	11,02	16,00	2	0,001
Domínio 1	18,63	4,98	24,44	3,61	22,78	3,73	12,27	2	0,002
Domínio 2	16,89	3,26	21,78	2,59	19,00	2,22	17,54	2	0,001
Domínio 3	7,555	2,40	10,22	2,33	9,22	1,99	9,29	2	0,010
Domínio 4	22,89	4,51	27,00	3,28	25,22	3,77	9,48	2	0,009
Overall	10,67	3,61	15,33	2,82	14,22	2,33	16,71	2	0,001
ECP	27,89	6,68	33,67	5,05	27,67	6,38	13,12	2	0,001
RSES	27,78	2,64	20,89	1,62	23,33	2,29	17,54	2	0,001

Legenda: DP – desvio-padrão; X^2 – qui quadrado; gl – graus de liberdade; *p* – nível de significância para $\alpha \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos referem-se aos participantes cuja assiduidade foi elevada (superior a 75% das sessões da OCA) e estiveram presentes nos três momentos de observação e, assim sendo, pode supor-se que os mesmos estavam motivados para este tipo de intervenção, tendo igualmente em conta as verbalizações produzidas (e.g., “olha também consigo fazer”, “pensava que era mais difícil”, “gosto muito disto”, “já consigo fazer coisas iguais às das lojas”). Considerando o abandono precoce dos três participantes e as suas verbalizações para o justificar (e.g., “não gosto disto”, “gosto mais de outras atividades”, “não consigo fazer nada de jeito”), pode o mesmo ser explicado pela falta de motivação relativamente a este tipo de atividade, facto este abordado por (Crawford et al., 2012), quando referem que nem todos os doentes estão motivados para intervenções que utilizam atividades criativas como recurso terapêutico. Relativamente aos dados obtidos, referentes às habilitações literárias dos participantes, verificou-se que vão ao encontro da revisão de literatura efetuada, onde é referido que, a maior parte destes doentes, apresenta um baixo nível de escolaridade (Marques-Teixeira, 2007; Pinheiro et al., 2010), facto este verificado ainda, relativamente às baixas taxas de casamento (Louzã Neto & Elkis, 2007; Marques-Teixeira, 2007), às baixas taxas de emprego (Marques-Teixeira, 2007; Pinheiro et al., 2010) e ao não reconhecimento da doença pelo próprio, que ocorre num grande número de casos (Afonso, 2010; Louzã Neto et al., 2007; Pedinielli et al., 2006; Vaz-Serra et al., 2010).

Na escala WHOQOL-Bref, os valores obtidos registaram uma subida do primeiro (Média = 75,6250; DP = 15,1368) para o segundo momento de observação ($M= 98,7778$; $DP = 12,34684$) e uma descida do segundo para o terceiro momento de observação ($M= 90,4444$; $DP = 11,02396$), porém, deve salientar-se que os valores deste último, mantiveram-se mais elevados quando comparados aos do primeiro momento de observação. Os resultados obtidos, sugerem que a intervenção produziu melhorias na QdV dos participantes, mas não se revelaram estáveis no tempo, podendo este facto estar de acordo com (Afonso, 2010; Caballo, 2008), quando referem que a esquizofrenia é na maior parte dos casos uma doença crónica, e, assim sendo, as intervenções psicossociais devem acompanhar a sua evolução com as devidas adaptações ao momento, uma vez que, as competências desenvolvem-se, mas também sofrem transformações ao longo do tempo. O facto da intervenção em causa ter produzido benefícios na QdV dos participantes, está de acordo com (Cordo, 2003; Silva, 2007), sendo por estes referido que através do trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas e da valorização do mesmo, as pessoas com doença mental podem melhorar a sua QdV e com (Coscrato et al., 2009; Valladares, 2004), quando referem que a arte utilizada como recurso terapêutico, pode contribuir para melhorar a QdV destes doentes. Considerando os diversos domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) que constituem a escala “WHOQOL-Bref” e as melhorias produzidas pela intervenção em todos eles, corroborando o referido pelos autores consultados, pensamos ser pertinente referi-los. Assim sendo, a modelagem de peças em barro para (Chiesa, 2004; Valladares, 2004) é um meio por excelência para serem vivenciadas experiências sensoriais diversas, para (Bezerra et al., 2002; Coscrato et al., 2009; Sanz-Aránquez et al., 2010) pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades motoras e para (Chiesa, 2004; Rocha, 2005) pode promover a diminuição da ansiedade e da agressividade. Para (Bezerra et al., 2002; Chiesa, 2004; Coscrato et al., 2009; Rocha, 2005; Valladares, 2008), a arte utilizada como recurso terapêutico pode proporcionar às pessoas com doença mental a expressão do pensamento e das emoções, através de comunicação não verbal e para (Sanz-Aránquez et al., 2010) pode favorecer a perceção e a atenção. Para (Bezerra et al., 2002; Cordo, 2003; Sadock et al., 2007; Silva, 2007; Valladares, 2008) as atividades desenvolvidas nas oficinas terapêuticas podem ter

MODELANDO A SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

uma função integrativa, contribuindo para estimular as relações interpessoais e para (Brunello et al., 2001; Guerra, 2004; Lima, 2004; Valladares, 2008) permitem o reencontro entre a pessoa com doença mental e a cultura da comunidade, podendo este contribuir para a reconstrução das relações com o meio.

Relativamente à Escala de *Coping* Proactivo (ECP), os resultados obtidos sugerem que a intervenção produziu melhorias ao nível do *coping* proativo, ou seja, nas estratégias de confronto ativas utilizadas pelos sujeitos quando se confrontam com um determinado problema, embora os dados não se tenham revelado estáveis 27 dias após a intervenção. Na revisão de literatura efetuada, não foram encontradas referências à relação entre a arte utilizada como recurso terapêutico e o *coping* proativo, para que, desta forma, os resultados obtidos pudessem corroborar ou refutar os de outros autores.

Relativamente à Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), os resultados obtidos sugerem que, a intervenção, não produziu melhorias ao nível da autoestima global dos participantes, não corroborando o referido pelos autores consultados na revisão de literatura efetuada e não se revelaram estáveis no tempo. Considerando que, a autoestima para (Santos et al., 1999; Santos et al., 2003) consiste na avaliação positiva ou negativa que as pessoas fazem das suas características, considerando que, para (Santos et al., 2003), a autoestima avaliada através da RSES, quando é baixa, indica

desvalorização e insatisfação para com o próprio, considerando que, para (Mosquera et al., 2006), a mesma não é estática, considerando que, os participantes estavam supostamente motivados para este tipo de atividade, tendo em conta a assiduidade e as verbalizações produzidas (e.g., “olha também consigo fazer”, “pensava que era mais difícil”, “gosto muito disto”, “já consigo fazer coisas iguais às das lojas”), considerando ainda que, para (Fox, 1997), as pessoas não valorizam da mesma forma as suas características, focando-se nos domínios onde pretendem ser bem sucedidas, logo, se um indivíduo tem a perceção de que tem competências para desempenhar uma tarefa com sucesso, e, caso consiga atingi-lo, terá como resultado uma autoestima elevada, porém, se o mesmo não é bem sucedido, poderá este facto gerar baixa autoestima. Assim sendo, pensamos que, a regressão verificada nos resultados obtidos pode ser explicada pela presença de variáveis parasitas (críticas hostis e sarcasmos), que podem ter enviesado os dados. Estas, foram proferidas por alguns observadores/recetores ao longo da exposição efetuada na última sessão da intervenção, dirigidas aos participantes da OCA, relacionadas com as peças concebidas, na sua grande maioria, na fase inicial da mesma, podendo ter contribuído para uma autoavaliação negativa das suas características e consequente desvalorização e insatisfação para com o próprio. Deve por último referir-se que, foram expostas todas as peças produzidas na OCA sem terem sido submetidas a processo algum de seleção e que, o segundo momento de observação, ocorreu logo após o final da exposição.

Concluimos que, a OCA, produziu melhorias ao nível da QdV global, embora os resultados obtidos não se tenham revelado estáveis no tempo, porém, deve salientar-se, que os benefícios prolongaram-se para além do final da intervenção, uma vez que, os resultados obtidos no terceiro momento de observação, embora inferiores aos do segundo, mantiveram-se mais elevados quando comparados aos registados antes da intervenção. Concluimos também, que a intervenção foi mais eficaz no género feminino, relativamente à perceção geral da QdV e à perceção geral da saúde. Concluimos igualmente, que a intervenção produziu melhorias ao nível do *coping* proativo, embora os resultados não se tenham revelado estáveis no tempo, nem tenham sido registadas diferenças significativas entre os géneros. Concluimos ainda, que a intervenção não produziu melhorias ao nível da autoestima global dos participantes, os resultados obtidos não se revelaram estáveis no tempo e não foram registadas diferenças significativas entre os géneros.

REFERÊNCIAS

- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Principia.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed. text review) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author. (tradução portuguesa). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ayuso, D., & Miralles, P. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
- Bezerra, D. & Oliveira, J. (2002). A atividade artística como recurso terapêutico em saúde mental. *Boletim da Saúde*, 16(2), 135-137.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bragança, M., Matos, M. & Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de a a z*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brunello, M., Castro, E. & Lima, E. (2001). Atividades humanas e terapia ocupacional. In C. Bartalotti & M. Carlo (Orgs.). *Terapia ocupacional no brasil: Fundamentos e perspectivas* (pp.41-59). São Paulo: Plexus Editora.
- Caballo, V. (2008). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais* (2^aed.). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Castle, D., McGrath, J. & Kulkarni, J. (2003). *As mulheres e a esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Centeno, M., Pino, O. & Rojo, J. (2006). Esquizofrenia. In J. Ruiloba (Org.). *Introducción a la psicopatologia y la psiquiatria* (pp.447-468) (6^aed.). Barcelona: Masson.
- Chiesa, R. (2004). *O diálogo com o barro: O encontro com o criativo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coelho, C. & Palha, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicadas a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cordeiro, J. (2005). *Manual de psiquiatria clínica* (3^aed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coscrato, G. & Bueno, S. (2009). A luz da arte nos centros de atenção psicossocial: Interface com o cuidado. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 142-149.
- Couvreur, C. (2001). *A qualidade de vida: Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.
- Crawford, M., Killaspy, H., Barnes, T., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., . . . & Waller, D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: Multicentre pragmatic randomised trial. *BMJ: British Medical Journal*, 344, e846. doi:org/10.1136/bmj.e846
- Cruz, F. & Gomes, R. (2007). *Escala de "coping" proativo: Versão para investigação*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga.
- Fox, K. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp.111-139). Champaign: Human Kinetics Editor.
- Galletti, M. (2004). *Oficina em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B. & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Guerra, A. (2004). Oficinas em saúde mental: Percorso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. Costa & A. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp.23-58). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

MODELANDO A SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

- Kern, R., Glynn, S., William, P., Horan, W. & Marder, S. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361. doi: 10.1093/schbul/sbn177
- Lefley, H. (2005). O papel das famílias na integração comunitária: A promoção de serviços de saúde mental, investigação e recovery. In T. Duarte, M. Moniz, F. Monteiro & J. Ornelas (Coords.). *Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares* (pp.57-79). Lisboa: AEIPS Edições.
- Lima, E. (2004). Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In C. Costa & A. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp.59-81). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Louzã Neto, M. & Elkis, H. (2007). *Psiquiatria básica* (2ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Marques-Teixeira, J. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9(6), 7-9.
- Meyer, J. (2007). Antipsychotic safety and efficacy concerns. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 20-26.
- Navarro, M. (1997). *A decoração de cerâmica*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Neto, M. (2006). *Convivendo com a esquizofrenia: Um guia para portadores e familiares*. São Paulo: Prestígio Editorial.
- Pedinielli, J. & Gimenez, G. (2006). *As psicoses do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Philippini, A. (2009). *Linguagens, materiais expressivos em arteterapia: Uso, indicações e propriedades*. Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Pinheiro, T., Cazola, L., Sales, C. & Andrade, A. (2010). Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 302-307.
- Rocha, R. (2005). *Enfermagem em saúde mental* (2ªed.). Rio de Janeiro: Editora Senac Nacional.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Sá Júnior, A. & Souza, M. (2007). Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 164-168.
- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Sanz-Aránguez, B. & Del Río, M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: Una aproximación metodológica. *Archivos de Psiquiatria*, 73(2), 1-18. Acedido a 5, janeiro, 2012, em <http://www.archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=34&path%5B%5D=35>
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 56-58.
- Silva, V. (2007). Oficinas em saúde mental: Possibilidades de estabilização e inserção social. In J. Filho & V. Franco (Orgs.). *Aprendizes da clínica: Novos fazeres psi* (pp.95-122). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Valladares, A. (2004). A arteterapia e a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico. In A. Valladares (Org.). *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental* (pp.11-13). São Paulo: Vetor.

- Valladares, A. (2008). *A arteterapia: Humanizando os espaços de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (whoqol-bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vaz-Serra, A., Pereira, M. & Leitão, J. (2010). Qualidade de vida em doentes esquizofrénicos. In M. Canavarro & A. Vaz-Serra (Coords.). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da organização mundial de saúde* (pp.271-282). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.