



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
TERAPIA OCUPACIONAL

JULIANA SANTOS SIQUEIRA VILELA RIBEIRO

**O DESEMPENHO OCUPACIONAL E OS SUJEITOS EM
PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA**

Brasília – DF

2014

JULIANA SANTOS SIQUEIRA VILELA RIBEIRO

**O DESEMPENHO OCUPACIONAL E OS SUJEITOS EM
PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professora Orientadora: Prof^ª. Ms. Maria Nazareth Malcher de Oliveira

Brasília – DF

2014

JULIANA SANTOS SIQUEIRA VILELA RIBEIRO

**O DESEMPENHO OCUPACIONAL E OS SUJEITOS EM
PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva
(Orientadora – Membro Interno – FCE/UnB)

Hellen Delchova Rabelo
(Terapeuta Ocupacional – Secretaria de Saúde do DF)

Marianna dos Santos Oliveira
Terapeuta Ocupacional

Aprovado em:
Brasília, de de

Dedico este trabalho ao meu esposo, Marcos Vilela,
aos meus pais, Nilson e Maria do Socorro, as minhas
irmãs Rafaela e Isabela e as minha sobrinhas amadas
Alice e Catarina.
Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me fornecer o dom da vida.

Ao meus pais pela educação e ensinamentos que me deram. Em especial à minha mãe por me dar força e acolher em seus braços!

Às minhas irmãs pela companhia e cumplicidade.

Às minhas sobrinhas pela alegria diária.

Ao meu marido por todo amor e carinho demonstrados em todos os momentos.

As minhas amigas que estiveram ao meu lado e sempre proporcionaram momentos de extremo divertimento, são todas gatinhas!!!!

Ao cunhadinho Filipe por estar presente nessa caminhada, desde o jornal! E o Leo por pegar o trem andando!

Aos professores do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília por todo o conhecimento e ensinamentos proferidos, em especial à minha orientadora Nazareth Malcher pela oportunidade da prática clínica e pesquisa que colaborou com a construção deste trabalho, à professora Tatiana Pontes pelas atitudes profissionais que me fizeram admirá-la e a professora supervisora de estágio Mchilanny Bessinger por mostrar o universo da terapia ocupacional com um olhar mais humano e dedicado aos pacientes.

RESUMO

O Desempenho Ocupacional está voltado à competência dos sujeitos em realizarem atividades do cotidiano e desempenharem papéis nos variados contextos de vida. Durante alguns momentos da vida as pessoas passam por desequilíbrios da rotina e de seu conforto habitual, o que se denomina crise. Porém, a crise psicótica respeita uma sintomatologia e caracteriza-se por fases: prodrômica, aguda e de recuperação. Durante as primeiras crises psicóticas observamos características que interferem no desempenho ocupacional, surgindo à necessidade de compreender a crise psicótica para então analisar o comprometimento dos sujeitos. Passando a existir à indigência de aprimorar-se teoricamente sobre reais comprometimentos e impactos na vida dos sujeitos advindos da crise, e conseqüentemente se possa atuar no contexto das demandas referente ao Desempenho Ocupacional. Este Trabalho realizou pesquisa quantitativa e qualitativa em bases de dados eletrônicas, como BVS, LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e CAPES, utilizando os seguintes descritores em inglês e português: primeiras crises, psicose, sofrimento psíquico grave, esquizofrenia, desempenho ocupacional, habilidade, performance ocupacional, capacidade funcional, funcionalidade e atividades cotidianas, aplicados em diversas combinações, com seleção daqueles que apresentaram aspectos relevantes para a pesquisa. O principal acometimento encontrado foi o funcionamento social. Em relação aos termos primeiras crises e desempenho ocupacional necessitam de padronização na literatura, favorecendo pesquisas posteriores.

Palavras-chave: Primeiras crises, Desempenho Ocupacional, Adultos, Terapia Ocupacional, Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

The Occupational Performance is focused on the competence of subjects in performing activities of daily life and play roles in various life contexts. During some moments in life people go through imbalances of your usual routine and comfort, which is called crisis. However, psychosis and symptoms concerning one is characterized by phases: prodromal, acute and recovery. During the first psychotic episodes observed characteristics that interfere with occupational performance, the emerging need to understand the psychotic episode and then analyze the commitment of the subjects. Would exist indigence to enhance theoretically about real commitments and impacts the lives of individuals arising from the crisis, and consequently it can act in the context of demands relating to Occupational Performance. This work conducted quantitative and qualitative research in electronic databases like BVS, LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO and CAPES, using the following key words in English and Portuguese: First crisis, psychosis, severe psychological distress, schizophrenia, occupational performance, ability , occupational performance, functional capacity, functionality and everyday activities, applied in various combinations, to select those which presented aspects relevant to the search. The main impairment was found social functioning. Regarding terms the first crisis and occupational performance require standardization in the literature, encouraging further research.

Keywords: First crisis, Occupational Performance, Adults, Occupational Therapy, Activities of Daily Living.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Processo Histórico que Influenciaram a Construção do Desempenho Ocupacional	14
Quadro 2	- Componentes do Desempenho	21
Quadro 3	- Domínios do componente Atividade e Participação da CIF	23
Quadro 4	- Amostra dos Estudos Seleccionados	37
Quadro 5	- Comprometimentos associados as crises psicóticas citadas nos materiais científicos	40
Quadro 6	- Aspectos do Desempenho citados nos Estudos	41
Figura 1	- Áreas do Desempenho	16
Figura 2	- Descrição dos Contextos	19
Figura 3	- Modelo de Desempenho Ocupacional	20
Figura 4	- Interação dos Componentes da CIF	22
Figura 5	- Estágios na Situação de Crise	25
Figura 6	- Particularidades da Psicose	27
Figura 7	- Sinais e Sintomas Prodrômicos	30
Gráfico 1	- Origem dos Materiais	36
Gráfico 2	- Ano de Publicação	36
Gráfico 3	- Número de autores por artigo	37
Gráfico 4	- Dados Metodológicos	49

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD	-	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AOTA	-	<i>American Occupational Therapy Association</i>
AVD	-	Atividades de Vida Diária
BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CAOT		Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior
CID-10	-	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	-	Classificação Internacional de Funcionalidade
D.O	-	Desempenho Ocupacional
DSM IV	-	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FCE/UnB	-	Faculdade de Ceilândia / Universidade de Brasília
GIPSI	-	Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCDO	-	Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional
MEDLINE	-	<i>National Library of Medicine</i>
MOH	-	Modelo de Ocupação Humana
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PUBMED	-	<i>National Library of Medicine National Institute of Health</i>
SAS	-	<i>Statistical Analysis System</i>
SCIELO	-	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SPSS	-	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. ASPECTOS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL.....	13
2.1 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no contexto do Desempenho Ocupacional.....	21
3. COMPREENDENDO A CRISE DO TIPO PSICÓTICA.....	24
4. METODOLOGIA.....	31
5. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	35
5.1 Aspectos Gerais da Literatura: Perfil Bibliométrico.....	35
5.2 Aspectos Metodológicos.....	39
5.3 Aspectos Gerais das Primeiras Crises do Tipo Psicótica e o Contexto do Desempenho Ocupacional.....	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho abrange o contexto das primeiras crises psicóticas relacionadas ao aspecto do desempenho de atividades, rotina, cotidiano e papéis do sujeito.

Baseado na *Occupational Therapy Guidelines for Client centred Practice* (1991) da Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais (CAOT) o desempenho ocupacional está relacionado a habilidade de realizar rotina, desempenhar papéis, ao autocuidado, produtividade e lazer.

Conforme Silva (2007) a ocupação é essencial para a saúde e são definidas como atividades rotineiras que são fundamentais à vida, incluindo o autocuidado, entretenimento e participação na sociedade. São consideradas multidimensionais e complexas e apresentam aspectos subjetivos, ou seja, relacionados ao indivíduo, à cultura, a comunidade e ao ambiente no qual está inserido.

Considerando que a crise é toda situação de mudança social, psicológica, biológica, exigindo da pessoa um esforço suplementar para manter o equilíbrio ou estabilidade emocional, uma ruptura ou desequilíbrio leva à desarticulação psicossocial do sujeito, promovendo um sofrimento psíquico grave capaz de evoluir para uma psicose (COSTA, 2013).

No entanto, Costa e cols. (2010) salientam que as primeiras crises ou o primeiro episódio psicótico são precedidos por sinais e sintomas definidos por fase prodrômica e pela fase residual que vem após o episódio psicótico caracterizado pela remissão dos sinais e sintomas.

McGorry e Edwards (2002) caracterizam pródromo como:

Um período de transtorno não-psicótico, na vivência do paciente ou em seu comportamento, que precede o surgimento dos sintomas psicóticos. Se for possível reconhecer esses pródromos, poderá ser possível interromper a progressão para psicose ou facilitar um rápido tratamento após o seu surgimento (p. 26).

Costa (2013) caracterizou o sofrimento e a crise do tipo psicótica pela experiência de desrealização, despersonalização e perda da alteridade, além disso, afirma que há uma ruptura na experiência do *eu* e do *outro*, do mundo *externo* e *interno*, e do tempo, em que o passado, o presente e o futuro se misturam.

A literatura traz que as crises psicóticas referem-se à fase aguda, em que há visibilidade dos sintomas positivos (alucinações e delírios), ou na qual os sintomas tornam-se aumentados ou ressurgem (COSTA, 2006).

A vivência da crise é um quadro psicopatológico responsável por uma desarticulação de vários aspectos do sujeito capazes de interferir em suas funções e papéis, nesse sentido este estudo tem como objetivo desenvolver uma pesquisa bibliográfica com o intuito de identificar alterações que interferiram na capacidade de o indivíduo em realizar tarefas importantes e manter-se no papel ocupacional demandado pelo estágio de seu desenvolvimento, cultura e ambiente.

O interesse em desenvolver essa temática surgiu da participação no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) do Instituto de Psicologia da UnB, coordenado pelo Prof. Dr. Ileno Izidio da Costa, em que participei das atividades de pesquisa e extensão no projeto “Cuidando de sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica pela lógica das redes sociais e do cotidiano”, coordenado pela Profa. Nazareth Malcher, orientadora deste estudo.

A partir da atividade semanal deste grupo de supervisão clínica observou-se a necessidade de realizar pesquisa de literatura sobre os temas transversais que perpassaram o projeto, por entender relevante para o desenvolvimento da pesquisa. Estes temas referiam-se, por exemplo, ao desempenho ocupacional nos sujeitos em primeiras crises psicóticas.

Desse modo, o trabalho foi desenvolvido em capítulos com intuito de facilitar a compreensão dos aspectos que se relacionam ao tema, transcorrendo pelo conceito, seus elementos e correlação, a fim de identificar o que há na literatura sobre o tema.

No primeiro capítulo, *Aspectos do Desempenho Ocupacional*, serão abordados aspectos históricos e conceitos que permitem ao leitor compreender o desempenho ocupacional e os seus contextos dentro da lógica da pesquisa, desenvolvendo uma relação com funções e estruturas corporais.

No segundo capítulo, *Compreendendo a crise do tipo psicótica*, serão apresentados conceitos, os sinais e sintomas e demais aspectos relevantes para o desenvolvimento de uma crise psicótica.

Nos terceiro e quarto capítulos serão abordados os objetivos e metodologia empregados na realização deste trabalho.

No quinto capítulo, *Resultados e Discussões*, consiste em apresentar e discutir as informações obtidas. Foram apresentados gráficos e quadros com o fito de melhor exposição dos dados pesquisados.

Por fim, o sexto capítulo, *Considerações Finais*, há a exposição das perspectivas em relação à literatura e da necessidade de realização de pesquisas e estudos complementares em relação ao tema proposto.

1. ASPECTOS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Os conceitos que encandeiam o Desempenho Ocupacional (D.O) foram baseados na visão orgânica e fenomenológica, ou seja, desenvolvidos a partir de um metamodelo que considera o sujeito em sua totalidade, apresentando uma filosofia holística, a qual afirma que o todo é indivisível (HAGERDON, 1999).

Mary Reilly, teórica norte americana, desenvolveu, durante a década de 60 e 70, o “Modelo de Comportamento Ocupacional” em que defendia a necessidade da capacidade, da realização, dos aspectos do desenvolvimento relativos ao trabalho e lazer, do papel ocupacional e da relação entre saúde e adaptação decorrente do ambiente que o sujeito vive. Já que acreditava que a produção do homem, com o uso das suas próprias mãos, o motivava. Desta forma, passou-se a visualizar a ocupação do sujeito e relacioná-la a saúde das pessoas (HAGERDON, 1999).

Embasados pelo modelo de Reilly, Kielhofner e colaboradores elaboraram o Modelo de Ocupação Humana – MOH – passando a defender que a pessoa era um sistema aberto, capaz de interagir com o ambiente, “modificando-o e sendo modificado por ele”. Defendendo ainda que a ocupação é essencial para o sujeito se organizar. Ou seja, os sujeitos são suscetíveis as mudanças de acordo com experiências das inter-relações pessoais e ambientais advindas do desenvolvimento e ainda que o indivíduo é produzido e modelado pela natureza do seu comportamento ocupacional (NEISTAD e CREPEAU, 2002).

Após Reilly e Kielhofner outros colaboradores desenvolveram modelos que contribuíram para a construção de conceitos que circundam o Desempenho Ocupacional, seguindo a mesma tríade pessoa, ambiente e ocupação.

Hagedorn (2003) em suas publicações descreve o processo histórico das abordagens teóricas idealizadas a partir da década de 90 as quais influenciaram o conceito de Desempenho Ocupacional. O quadro 1 representa tal processo considerando idealizadores, os significados das abordagens, o ano em que foi criado e seus conteúdos.

Quadro 1 – Processo Histórico que Influenciaram a Construção do Desempenho Ocupacional

(Continua)

ANO	AUTOR	PAÍS DE ORIGEM	TÍTULO DE MODELO	CONTEÚDO	SIGNIFICADO
1992	Reed e Sanderson	EUA	Modelos de Ocupação Humanas (3ª edição)	Indivíduo Ocupação Ambiente	Habilidades: sensório-motora, cognitiva, psicossocial. Produtividade, lazer, automanutenção. Adaptação ao e com o ambiente.
	Polatajko	Canadá	Modelo de Capacitação	Indivíduo Ocupação Dimensões Ambientais	Domínio cognitivo, afetivo e físico. Autocuidado, produtividade e lazer. Físico, social e cultural.
1995	Kielhofner	EUA	Modelo de Ocupação Humana (2ª edição)	Sistema Humano Ambiente Tarefa	Interação da pessoa (estímulo, ação, resultado) com o ambiente para produzir comportamento ocupacional.
1997	Law et al.	Canadá	Modelo pessoa I Ambiente I Ocupação: uma abordagem transitiva à performance ocupacional	Pessoa Ambiente Ocupação	Ser único. Variedade de papéis simultâneos: Cultural, socioeconômico, institucional, físico, social. Grupo de tarefas e atividades funcionais autogeridas.
	Dunn, McClain, Brown e Younstrom	EUA	A ecologia da Performance Humana	Pessoa Contexto da performance da tarefa Pessoa-contexto-tarefa Transação	Ecologia ou a transação entre pessoa e o contexto afetam a performance da tarefa que reciprocamente afetam outros elementos.
	Schdade e Schults		Modelo de Adaptação Ocupacional	Pessoa Interação Ocupação Ambiente	As ocupações fornecem os meios em que as pessoas se adaptam.

ANO	AUTOR	PAÍS DE ORIGEM	TÍTULO DE MODELO	CONTEÚDO	SIGNIFICADO
	Christiansen e Baum	EUA	Performance pessoa-ambiente-ocupação	Pessoa Ambiente Ocupação	A performance resulta de interações complexas entre a pessoa, ocupações e ambiente.
	Chaparro e Ranka	Austrália	Modelo de Performance Ocupacional (Austrália)	Oito delineamentos interativos: <ul style="list-style-type: none"> • Performance Ocupacional; • Papéis Ocupacionais; • Áreas de Performance Ocupacional; • Componentes da Performance Ocupacional (habilidades); • Elementos de Cuidados da Performance (mente, corpo, espírito); • Ambiente da Performance; • Tempo; e • Espaço. 	Estes elementos interagem com o tempo em cada ambiente de performance.
	Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais	Canadá	Modelo de Performance Ocupacional Canadense	Indivíduo Ocupação Ambiente	Espiritual, físico, sociocultural e mental. Produtividade, lazer e autocuidado. Social, cultural e físico.
2000	Hagedorn	Reino Unido	Performance Ocupacional Competente no Ambiente	Pessoa Ocupação Terapeuta Ambiente	Equilíbrio entre as habilidades pessoais, demanda da tarefa e ambiental necessárias para a performance competente.

Fonte: Hagedorn (2003, p.51, com adaptações).

Sob influências desses teóricos podemos compreender que o desempenho ocupacional, no contexto desta pesquisa, está relacionado ao processo de ocupação do indivíduo, na perspectiva do desenvolvimento do sujeito. Desta forma, conforme definido por Pedretti e Early (2005), seu conceito está associado a capacidade de o sujeito:

[...] realizar as tarefas que possibilitam o desempenho de papéis ocupacionais de maneira satisfatória e apropriada para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente (p.4).

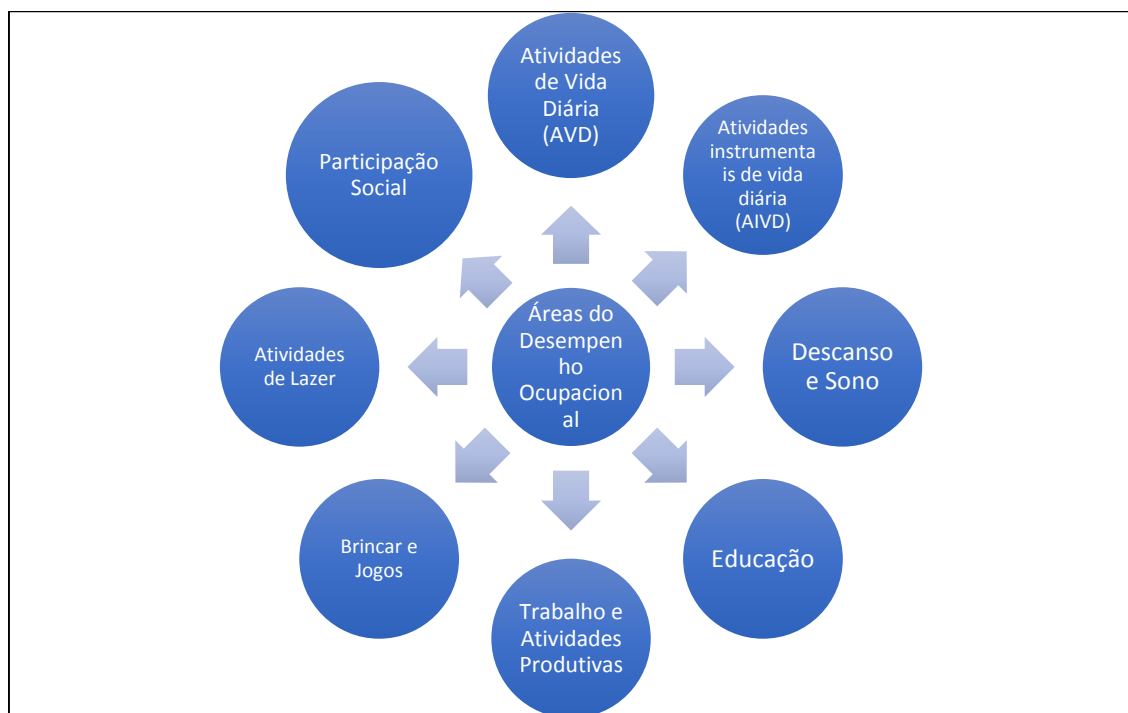
Por sua vez, Law et al (2009) ao discutirem o conceito de D.O afirmam ser um processo que resulta do desenvolvimento que o sujeito realiza por meio de atividades e interações com o ambiente. Definindo o Desempenho Ocupacional como:

Ato de fazer e completar uma atividade selecionada ou ocupação resultante da transação dinâmica entre o cliente, o contexto e a atividade. As habilidades promotoras e capacitadoras e os padrões no desempenho ocupacional conduzem ao envolvimento nas ocupações ou atividades (p. 118).

Diante desses conceitos, podemos observar que os elementos que compõem o desempenho ocupacional são constituídos por áreas mais específicas que são capazes de influenciá-lo. Segundo a *American Occupational Therapy Association* (AOTA, 2008) o D.O é constituído por áreas, componentes e contextos específicos, que em conjunto precisam estar em equilíbrio para torná-lo competente e satisfatório.

As áreas do D.O (figura 1) estão relacionadas as atividades do cotidiano, isso é, atividades rotineiras basilares à vida. Hinojosa, Kramer e Law et al (1997 apud Carleto et al, 2010) as definiram como “atividades nas quais as pessoas se envolvem durante sua vida diária para preencher seu tempo e dar significado à vida, incluindo contribuir para estrutura econômica e social de suas comunidades” (p.62).

Figura 1 – Áreas do Desempenho



Fonte: AOTA(2008).

Segundo Christiansen e Hammecker (2001 apud Carleto et al, 2010), as Atividades de Vida Diária (AVD) são definidas como “fundamentais para viver no mundo social: elas permitem a sobrevivência básica e o bem-estar” (p.66). Dentre elas estão incluídas tomar banho, alimentar-se, vestir-se, o autocuidado e a atividade sexual.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são aquelas que promovem a interação do sujeito e ambiente, tais como utilizar transporte privado ou público, utilizar recursos financeiros, realizar transações financeiras, preparar refeições, fazer uso do telefone, computador, gerenciar rotina de saúde (CARLETO et al, 2010).

O Descanso e o sono estão relacionadas ato de interromper atividades física e mental com objetivo de relaxamento, incluindo o preparar o ambiente, como ferrar a cama. Todas as pessoas descansam em consequência do envolvimento com a ocupação e se envolvem por horas no sono, características que os colocam como categoria de grande valia para o D.O. (NURIT E MICHEL, 2003; MEYER, 1922, apud CARLETO et al, 2010).

A educação está voltada a atividades voltadas a participação a educação formal, como participar de aulas, realizar leituras, e identificar métodos que facilitem o aprendizado (CARLETO et al, 2010).

O Trabalho envolve desde o preparo do currículo, fazer a identificação da oportunidade, participar da entrevista, obedecer normas e procedimentos de trabalho e desempenhá-lo. Está relacionado a produtividade com fins econômicos. Porém, pode ser uma atividade voluntária. Além disso, inclui desenvolver interesses e habilidades para dar continuidade ao trabalho (CARLETO et al, 2010).

O Brincar e Jogos tem a finalidade de promover o entretenimento, seguir regras e explorar jogos e brincadeiras compatíveis com a idade (CARLETO et al, 2010).

A área do Lazer está relacionada com as atividades não obrigatórias realizadas nos momentos livres, desvinculada da produtividade econômica. É uma atividade de escolha intrínseca. Envolve atividades culturais, esportivas entre outras (CARLETO et al, 2010).

A Participação Social está relacionada as atividades que envolvem a relação com a família, vizinhos, amigos, com o trabalho, a escola. Mosey (1996 apud Carleto et al, 2010), afirma que “são padrões de comportamento organizados que são característicos e esperados de um indivíduo em uma determinada posição dentro de um sistema social” (p.124).

Ao discutirmos sobre tais áreas, é preciso salientar que apresentam subjetividade no modo como os sujeitos a veem, de maneira que refletem na implicação da

complexidade e multidimensionalidade de cada ocupação (MONTEIRO et al, 2012). Um bom exemplo disso é o ato de lavar uma roupa, que para uma dona de casa é considerado uma atividade de grande importância já que a realiza diariamente, porém, para uma professora não faz diferença na sua rotina, já que é uma atividade casual, o que nos faz perceber as distintas necessidades dos sujeitos correlacionadas com suas ocupações.

O ser humano é movido por uma variedade de atividades realizadas diariamente proveniente de ocupações advindas de papéis ocupacionais que os fazem executar tarefas nos diversos ambientes e contextos.

Nesse sentido, podemos afirmar que os papéis ocupacionais capacitam os sujeitos a estruturarem sua participação ocupacional, já que os orientam a agirem de forma compatível com sua função social. E uma vez interiorizados, dão ao indivíduo uma identidade social e sentido nas obrigações que fazem parte desta identidade. Tal afirmação torna-se clara quando o sujeito diz ser um estudante, uma dona de casa, professor, mãe (KIELHOFNER, 2008; NEISTAD e CREPEAU, 2002).

Tais papéis sofrem alterações com as mudanças da vida. Porém, é preciso salientar que os papéis devem estar compatíveis com o estágio do desenvolvimento, a cultura e o ambiente do sujeito (PEDRETTI, EARLY, 2005; CARLETO et al, 2010).

Fatores próprios do sujeito refletem na execução das atividades, e são descritos como: valores (princípios que a pessoa adquire ao longo da vida), crenças (verdades adquiridas com a informação e conhecimento) e a espiritualidade (relacionado ao sagrado) (AOTA, 2008).

Além disso, há fatores que condicionam a execução das atividades e são apontados pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (2003), como componentes de saúde, e descritos como fatores facilitadores ou de barreiras para desempenho ocupacional: ambiente e contexto (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2003).

O ambiente se refere ao físico, constituído por estruturas físicas e objetos, e o social, constituídos pelas relações que os envolvem (OMS, 2003).

Já o contexto, descrito na figura 2, representa uma gama de condições que interconectam o cliente e o que está à sua volta, capaz de identificá-lo e sustentá-lo na ocupação (OMS, 2003).

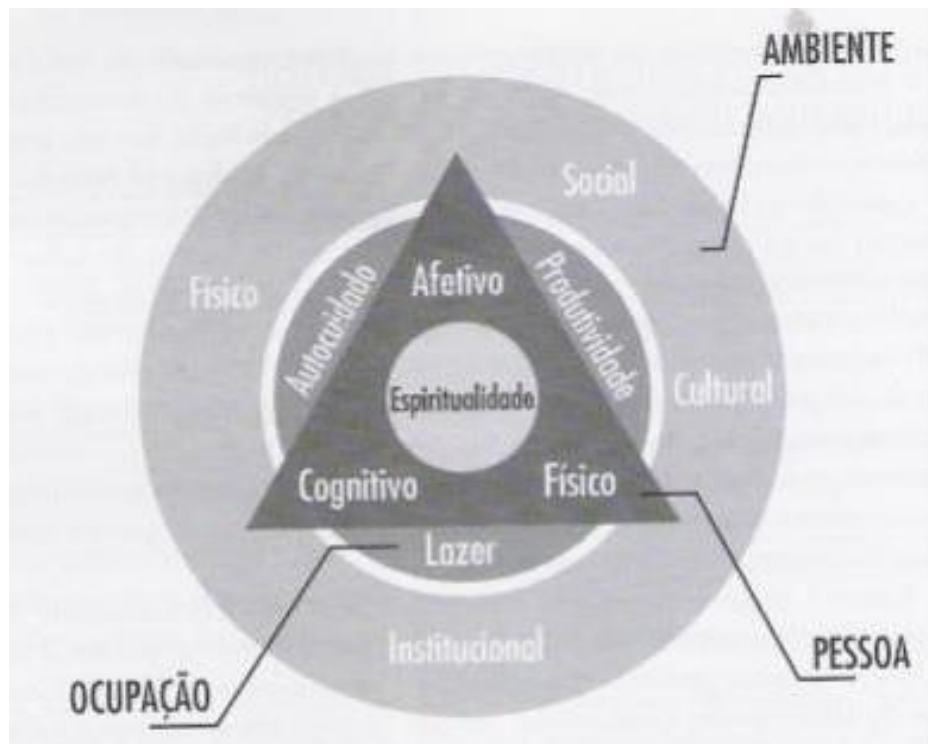
Figura 2 – Descrição dos Contextos



Fonte: AOTA (2008); Cavalcante e Galvão (2007); Carleto et al (2010).

Vale ressaltar que a espiritualidade é oriunda do Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO), considerando-a como essência do ser e conseqüentemente localizada no centro do que considera como componente do sujeito (físico, afetivo e cognitivo), representada pela figura (3).

Figura 3: Modelo de Desempenho Ocupacional



Fonte: Law et al (2009, p. 17).

Conforme LAW et al (2009), o desempenho ocupacional é influenciado diretamente pelo próprio indivíduo, resultado de inter-relações entre o indivíduo, o ambiente e a ocupação, levando em consideração os componentes de sua experiência (incluindo a espiritualidade), habilidades no desempenho de uma atividade específica, assim como a satisfação no desempenho.

Incapacidades influenciadas por fatores ambientais e pessoais geram impacto no desempenho de atividades e restringem os papéis ocupacionais do sujeito (DICKERSON e OAKLEY, 1995).

Pensando nas diversidades de fatores que influenciam no D.O, surge a necessidade de compreender os componentes/habilidades que caracterizam o fazer do sujeito.

Quadro 2 – Componentes do Desempenho

Componentes Sensório Motor	Abrangem funções sensoriais, neuromusculoesquelética e motora, associadas ao corpo físico.
Componentes Integração Cognitiva e Componentes Cognitivos	Associado à capacidade do sujeito de utilizar funções cerebrais superiores, como de orientação, reconhecimento, atenção, memória e resolução de problemas.
Habilidades Psicossociais e Componentes Psicológicas	Associados à capacidade de interação social e processamento emocional, como valores interesses, autoconceito, desempenho de papel, conduta social, habilidades interpessoais, capacidade de lidar com fatos, auto expressão, administração de tempo e autocontrole.

Fonte: Pedretti e Early (2005)

Os componentes (quadro 2) funcionam como base para as áreas da ocupação, já que funcionam como alicerce das atividades cotidianas, ou seja, são responsáveis por permitir que o sujeito realize suas ocupações. Diante disso, qualquer processo patológico que resulte em comprometimento desses componentes e conseqüentemente altere a participação nas atividades cotidianas está comprometendo o desempenho ocupacional.

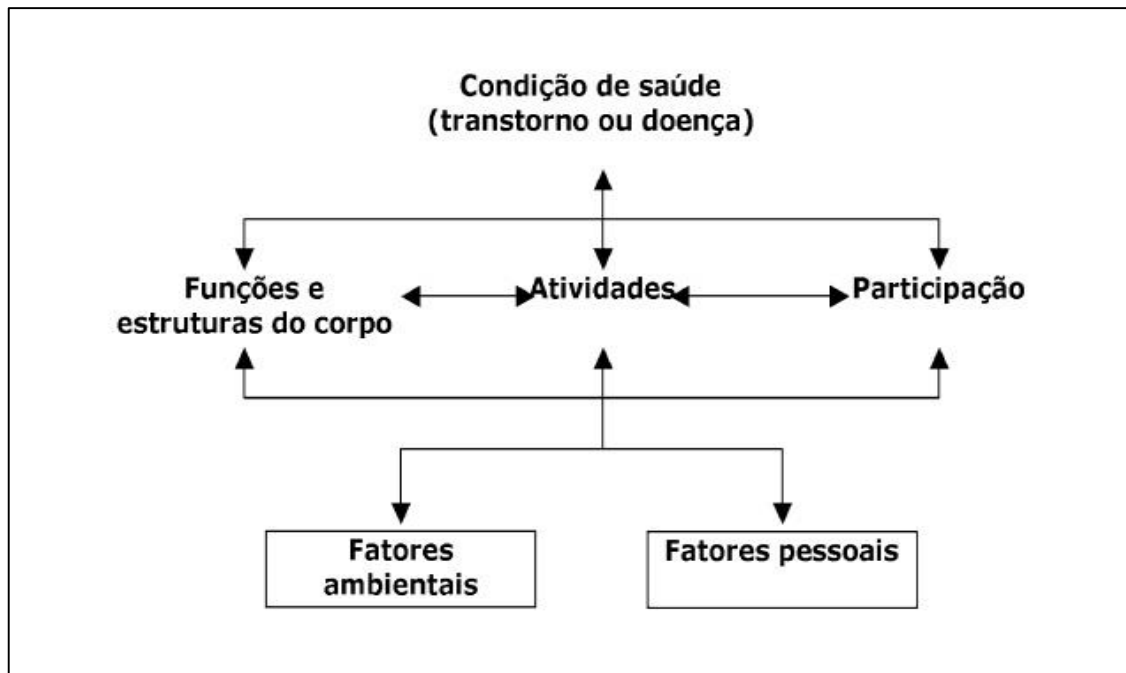
Sobre isso, Kielhofner (2002) afirma que o sujeito que sofre alguma incapacidade relacionada a participação em situações da vida, por problemas nas estruturas e funções do corpo, tem conseqüentemente a saúde afetada.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde introduziu um novo paradigma de cuidado na relação saúde doença contextualizado pelos aspectos do D.O.

2.1 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NO CONTEXTO DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

A CIF é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Isto é, propõe a conexão entre o corpo biológico e as estruturas sociais e institucionais, permitindo a perspectiva ampliada e holística sobre a atividade e participação do sujeito (FARIAS e BUCHALLA, 2005). Desta forma, funções e estruturas do corpo, o ambiente e o contexto passam a ser analisados como fatores que interferem no desempenho ocupacional do sujeito (Figura 2).

Figura 4 – Interação dos Componente da CIF



Fonte: OMS (2003).

A CIF é uma nova abordagem baseada em patologias e suas consequências, a qual classifica e identifica fatores que estejam interferindo na funcionalidade do sujeito, identificando-os e os classificando (SAMPAIO e LUZ, 2009).

Para a CIF a atividade é sinônimo de ocupação humana, em que pode ser limitada em duração e qualidade. Entretanto, uma ação produtiva necessária para o sujeito. Diante disso, os componentes de domínio de saúde são classificados nessa perspectiva: por suas ações (ver, ouvir, andar, etc.) e aquelas relacionadas às atividades, tais como usar o transporte público, interação social e educação (OMS, 2003).

O componente atividade e participação abrange os domínios (Figura 2) que conectam de forma ampla as ações, tarefas e situações de vida, isto é, estão voltados para o Desempenho Ocupacional.

Quadro 3 - Domínios do componente Atividade e Participação da CIF

DOMÍNIOS	
d1	Aprendizado e aplicação de conhecimentos
d2	Tarefas e demandas gerais
d3	Comunicação
d4	Mobilidade
d5	Cuidado Pessoal
d6	Vida doméstica
d7	Interações e relacionamentos interpessoais
d8	Principais áreas da Vida
d9	Vida comunitária. Social e Cívica

Fonte: CIF (2003)

O qualificador desses domínios (quadro 3) são voltados para a capacidade (habilidade do sujeito de executar uma ação) e desempenho (o que realiza no seu contexto real) que impactam no ambiente e conseqüentemente na funcionalidade do sujeito ao realizar as atividades (SILVA, M., et al, 2013; OMS, 2003).

A partir da CIF é possível descrever o perfil ocupacional do indivíduo, identificando capacidades e limitações e, conseqüentemente, descrever seu impacto nas condições de saúde, como o desempenho ocupacional.

Por tudo isso, é possível analisar os comprometimentos, entre outras, das provenientes das crises do tipo psicóticas e associá-las as incapacidades originadas das alterações dos qualificadores do Desempenho Ocupacional. Já que qualquer alteração nos qualificadores do domínio interferem na participação e desempenho do sujeito (OMS, 2003).

3. COMPREENDENDO A CRISE DO TIPO PSICÓTICA

Quando refletimos sobre a vivência humana e consideramos o ciclo do nascimento até a velhice devemos pensar que durante a vida o sujeito passará por diversas situações, momentos e experiências que de alguma forma interferem no seu desenvolvimento. Entretanto, há fatos que inquiram e ameaçam o controle e a homeostasia individual e quando isso ocorre denomina-se crise.

DiTomasso e Kovnat (1995) definem a crise como “acontecimentos da vida que atacam ou ameaçam o senso de segurança e controle da pessoa”.

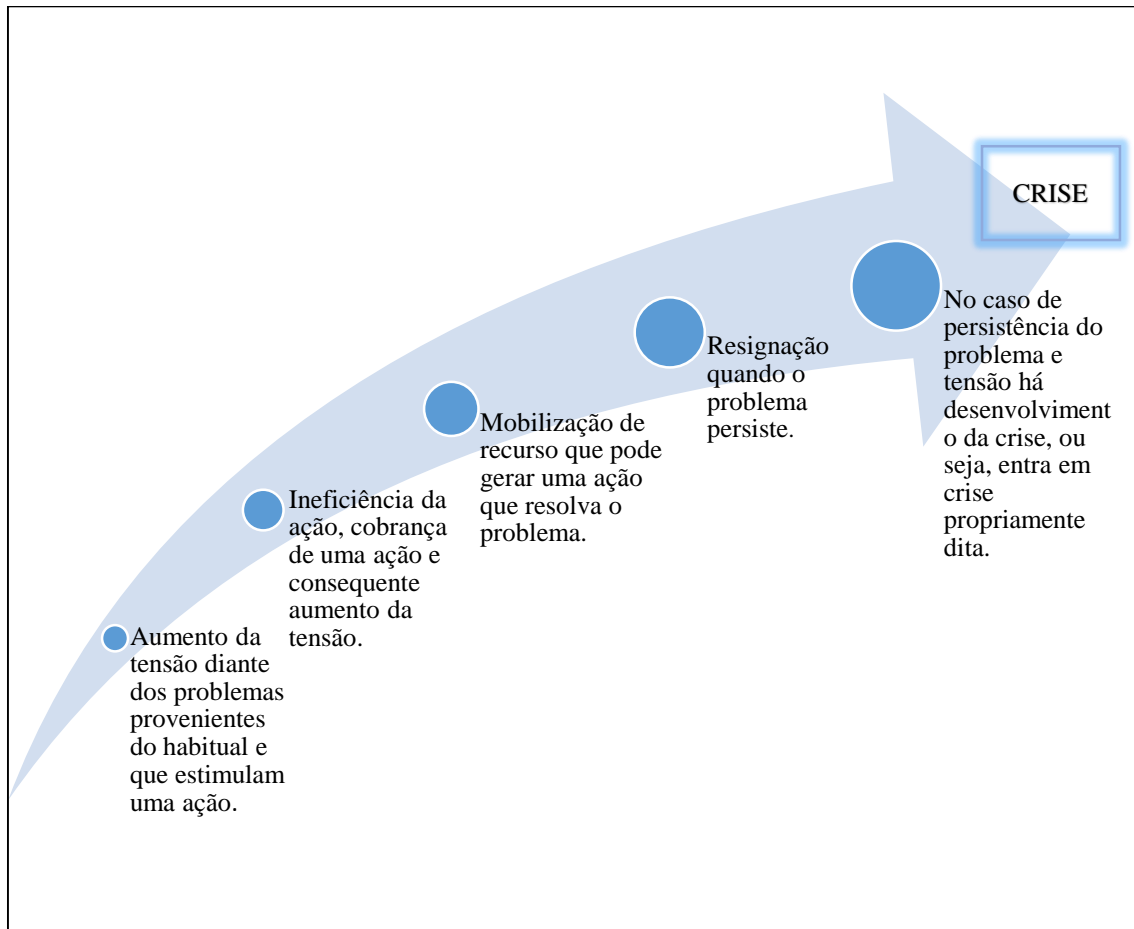
Sob essa perspectiva, Hegenberg (1996) afirma que existem etapas e momentos que são potencialmente causadores de crises, mas que não necessariamente levarão o indivíduo a ela, tais como adolescência e desemprego.

Simon (1989) entende a crise como situação de angustia frente ao novo ou desconhecido advindo das situações da vida. Ou seja, o sujeito quando passa por alguma situação que o deixa incapacitado para vivê-lo, causa um impacto emocional, que o autor denomina crise.

Para Tavares (2004 apud Carvalho, 2006) a crise é subjetiva e está relacionada à vivência, de tal modo que “condições internas e externas demandam uma nova resposta à situação, a qual o sujeito ainda não domina, não desenvolveu ou perdeu capacidades, repertório ou recursos capazes de solucionar a complexidade da tarefa em questão” (p.54).

Entretanto, Caplan (1969 apud Gondin, 2007) afirma que a crise pode gerar crescimento ou pode representar vulnerabilidade para doenças mentais. Para o autor (1980), a crise só se dá quando há desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema para o sujeito contrapondo aos recursos disponíveis para resolvê-los e o descreve, figura 5.

Figura 5 - Estágios na Situação de Crise



Fonte: Caplan (1980)

Wainrib e Bloch (2000 apud Mano, 2010) dividem as crises em vitais e evolutivas, em que a primeira é representada por acontecimentos típicos da vida, tais como adolescência, primeiro emprego, casamento, morte e a segunda por circunstâncias da vida que não há como prever ou controlar, tais como acidentes e morte abrupta. Essas crises conduzem o sujeito e geram sofrimentos ditos normais, não fazendo parte do adoecimento. Reparemos que se houver desestabilização do sujeito passa a ser um gerador de sofrimento.

Erikson (1959 apud Gondin, 2007) reconhece que cada fase da vida é composta por desafios normais do cotidiano que favorecem vivências da fase posterior. Ainda diz que até a fase adulta as crises vivenciadas são capazes de interferir na formação da identidade, nos papéis sociais e ocupacionais do sujeito. Para o autor (1970 apud Gondin, 2007), a crise é necessária ao desenvolvimento, pois é capaz de conduzir o sujeito a ter ações que o levam ao próprio crescimento, recuperação e diferenciação.

É preciso compreender que o sujeito pode ter variados fatores que o levam a crise e muitas vezes eles não conseguem o equilíbrio, ou seja, não conseguem passar por ela, e assim, poderá desencadear em uma crise do tipo psicótica. Costa (2008) descreve essa situação:

Uma crise se caracteriza pela emergência de um elemento novo, que afeta o estado psíquico, desencadeando um estado de desordem, que exige mudança de posição, conseqüentemente, a aquisição (ou não) de novas posturas e condutas. No entanto, nem sempre é isto que acontece. Muitas vezes as crises servem para estabilizar, senão cronificar, estados complexos de sofrimento. Geralmente é quando são manifestos sintomas de ordem psíquica e/ou orgânicos. Eis quando surge a crise psíquica grave, ou psicose (p. 97-98)

Costa (2006) acrescenta a nossa literatura o termo “do tipo” psicótica com objetivo de libertar o sujeito de um diagnóstico precoce, já que alguns apresentam sinais e sintomas que não necessariamente se desencadeará a uma psicose, afirma que:

Usamos o termo “do tipo” psicótica para nos referirmos às características de uma fase prodrômica com o objetivo de apontar para, no mínimo, dois aspectos essenciais: 1) a vivência pode ser intensa, típica de um momento existencial, porém diferente do padrão da própria pessoa, que pode evoluir ou não para uma organização maior da atividade psíquica, e 2) neste momento específico, ainda estão preservados os potenciais de retorno a uma atividade menos sofrida e, portanto, não necessariamente psicótica à priori (p. 7).

A crise quando denominada “do tipo” psicótica, a qual o presente trabalho enfoca, é descrita pela literatura como uma fase aguda em que são perceptíveis os sintomas positivos (alucinações e delírios) do paciente em primeira crise psicótica. Refere-se também aquela em que “há percepção dos sintomas, chamando-as ressurgimento ou exacerbação, recaída ou recidiva” (LEFF, KUIPERS, BERKOWITZ & STURGEON, 1985 apud Manual de Orientação do GIPSI, 2010, p.23).

De acordo com Costa (2003), o conceito de psicose teve início em 1945, com Von Feuchtersleben, para designar a doença mental, o mesmo autor afirma que seu significado era diferente do utilizado hoje. Além disso, é um termo que teve diversos sentidos e segue com uma insatisfação em sua definição. No mais, tem seus conceitos oriundos de diversos departamentos da área da saúde.

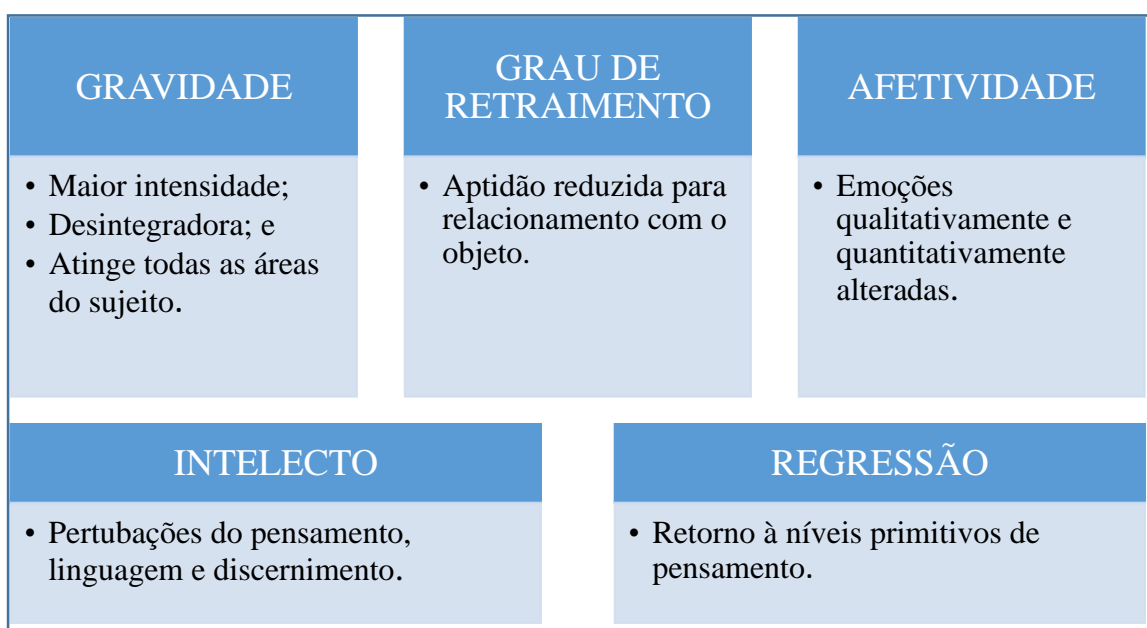
A psicopatologia psiquiátrica a defini a partir de suas manifestações clínicas e do curso da doença, caracterizadas pela perda de contato com a realidade, manifestada através dos sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento bizarro, e dos negativos: pobreza do pensamento, apatia, retraimento social, embotamento afetivo. Além disso, caminha para a perda total de contato com a

realidade e o isolamento social (DALGALARRONDO, 2001; KAPLAN e SADOCK, 1984; GABBARD, 2006 apud SILVA, H., 2013).

Para Keshavan & Schooler (1992) a psicose é caracterizada por uma síndrome, em função das diversas sintomatologias apresentadas e da sua variabilidade temporal. Tem o seu início de difícil estipulação, e o diagnóstico no primeiro episódio requer em sua maioria subseqüentes revisões.

Campbell (1986) definiu a psicose como qualquer perturbação mental, porém, afirma que ela se difere dos demais distúrbios pelas suas particularidades (Figura 6).

Figura 6 – Particularidades da Psicose



Fonte: Campbell (1986)

Costa (2003) contribui com a literatura declarando que há características que determinam a psicose, referindo à perda do teste de realidade e prejuízo do julgamento do sujeito. Ainda, acrescenta que é evidenciada pelos distúrbios de percepção e do pensamento como alucinação, distúrbio do pensamento e delírio.

Hegenberg (1996) reitera que a caracterização da crise psicótica respeita a sintomatologia clássica (sintomas positivos), tal qual encontrado nos manuais de classificação dos transtornos mentais.

Para a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10 - (OMS, 1993) a sintomatologia psicótica se dá por: alterações do pensamento, em que ocorrem eco, inserção ou roubo e irradiação do

pensamento, delírios, de sensação e percepção, delírios de controle, alucinações, discurso incoerente e/ou empobrecido, comportamento inadequado e embotamento afetivo. Devendo ter duração de até um mês, e então reclassificada.

A *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV* - (1994 apud Carvalho, 2006) nos diz que para um diagnóstico positivo é preciso que o sujeito apresente por pelo menos um mês a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas: Delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, sintomas negativos (embotamento afetivo, avolição etc).

Keshavan & Schooler (1992 apud Manual de Orientação do GIPSI, 2010) afirmam que a primeira crise psicótica é o lapso temporal, com duração específica, na qual o indivíduo apresenta sinais específicos, por mínimos que sejam, na qual satisfaçam os critérios dados à categoria de desordem psicótica.

Porém, vale ressaltar que os sintomas psicóticos não surgem do nada, frisa Yung e McGorry (1996) ao garantirem que os sintomas psicóticos não se dão de maneira abrupta. Por conseguinte, há um período prodromico ou pré-psicótico em que há modificações graduais de comportamento e no funcionamento psíquico pré-mórbido do indivíduo (MCGORRY e EDWARDS, 2002).

Lines (2005 apud Costa, 2010) explica que o ciclo evolutivo do episódio psicótico é caracterizado por três fases: prodromica, aguda e de recuperação, em que aquela apresenta sinais que antecedem a crise psicótica propriamente dita; a fase aguda é caracterizada pelos sintomas positivos (alucinações e delírios); enquanto a fase de recuperação acontecerá nos 6 (seis) meses seguintes ao tratamento da etapa aguda da crise psicótica.

Costa (2008) define a fase prodromica, na psicose, como período entre as primeiras mudanças percebidas pelo indivíduo e/ou familiares e os primeiros sintomas psicóticos.

Para Yung e McGorry (1996) os pródromos são sinais que caracterizam a forma inicial do transtorno psicótico, e se comporta como fator de risco para a psicose, isso é, pode ou não levar ao desenvolvimento da psicose, porém, em caso de ausência de intervenção precoce levará a psicose.

O termo pródromo é oriundo do grego “*pródromos*” significando aquilo que antecede um evento (FAVA e KELLNER, 1991 apud CARVALHO, 2006).

McGorry e Edwards (2002) descreve que na fase prodromica há características que as definem, tais como: as alterações comportamentais e vivenciais significativas do

sujeito. Os mesmos autores a consideram uma fase não psicótica, que precede a psicose e quando identificada possibilita a interrupção da progressão da psicose ou facilita o tratamento no surgimento.

Conforme Mano (2010) sinais caracterizam tal fase e são descritas por diversos autores em ordem decrescente: “Atenção, Concentração e motivação reduzidas, anergia, humor deprimido, distúrbios do sono, ansiedade, isolamento social, suspeição, deterioração das funções psíquicas e irritabilidade” (p.39). Tais sinais devem sofrer intervenção o mais precoce possível, já que são fatores de risco para o transtorno.

A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993) descreve que durante essa fase o sujeito apresenta “perda de interesse em trabalho, atividades sociais, aparência pessoal e higiene” com duração indefinida. Desse modo, o sujeito nessa fase mostra-se com áreas da ocupação comprometidas e conseqüentemente interferindo no desempenho ocupacional satisfatório.

Costa (2013) acrescenta a literatura que mudanças perceptuais também ocorrem nessa fase, e juntamente com a atenção conduzem para outras características específicas na fala e na mobilidade e no bloqueio de pensamento.

O DSM IV (1987 apud Costa, 2013) informou aspectos prodrômicos que interferem no comportamento. McGorry e Edwards (2002) certificou tais aspectos e os descreveu: isolamento social, deterioração do funcionamento social, comportamento estranho, deterioração do trato pessoal e higiene, embotamento afetivo ou afeto inapropriado, alteração do discurso, crenças e pensamentos mágicos, percepção incomum das experiências, falta de interesse e ou anergia.

Outros aspectos fenomenológicos estudados são descritos por autores como sinais que também estão presentes na fase prodrômica, tais como: sensação de que algo está acontecendo ao seu redor, dificuldade de colocar suas vivências em palavras, percepção diferenciada da sequência temporal (SIMON e cols., 2001).

Com a necessidade de identificar o sujeito prodrômico McGorry e cols. (2000) desenvolveram uma pesquisa relacionada ao sistema de identificação prodrômica por categorias, tal resultado foi descrito por Cornblatt (2001 apud Costa, 2008) e os critérios para serem enquadrados descritos abaixo:

1. Sentir no mínimo um dos sintomas positivos atenuados. Tais quais: “ideias de referência, crenças estranhas ou pensamento mágico, distúrbios de percepção, fala e pensamento estranhos, ideação paranóide, e comportamento e aparência incomum” (p.180).

2. Vivências em sintomas psicóticos transitórios.
3. Fator genético, ou seja, risco genético.

Para Costa (2008) o conceito de pródromo é retrospectivo considerando que o sinal e/ou sintoma (Figura 7) é reconhecido após instalação da doença propriamente dita, ou seja, só há como afirmar que é um indicativo de determinada doença após sua instalação.

Figura 7 - Sinais e Sintomas Prodrômicos

Sinais Gerais	Suspeição, depressão, ansiedade, tensão, irritabilidade, ira, alteração de humor, distúrbios de sono, alterações do apetite, perda de energia ou motivação, dificuldades de memória, concentração, percepção de que as coisas ao redor estão alteradas, crença que os pensamentos encontram-se acelerados ou lentificados, deterioração no trabalho ou no estudo, interrupção ou perda do interesse em se socializar, surgimento de crenças incomuns.
Sintomas Psicóticos	Disúrbios do pensamento, delírios e alucinação.

Fonte: Costa (2013, p.87)

Como vimos, é preciso compreender que o sujeito ao apresentar sinais prodrômicos não indica que avançará para um adoecimento e conseqüentemente para uma crise psicótica, e sim que esses sujeitos estão em vulnerabilidade. (EATON, BADAWI e MELTON, 1995; MCGORRY e SINGH, 1995 apud CARVALHO, 2006).

4. METODOLOGIA

Com o objetivo de analisar o impacto das crises do tipo psicótica no D.O desenvolveu-se o estudo exploratório e descritivo.

De acordo com Gil (1991) a pesquisa exploratória “visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito” (p. 45). O mesmo autor (2002) acrescenta que tal pesquisa objetiva o aprimoramento de ideias e possibilita considerar os aspectos referente ao que se pretende estudar, proporcionando embasamento para estudos pouco explorados e até mesmo inovadores, devido sua flexibilidade no planejamento.

Gil (2002), ainda, afirma que “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno” (p. 42).

Como concepção filosófica foi adotado o pragmatismo, devido à necessidade de associar questões que conceituavam o tema desse trabalho e articulá-los com as consequências pretendidas para então desenvolver reflexão referente ao comprometimento do desempenho ocupacional oriundos das primeiras crises do tipo psicótica.

O pragmatismo beneficia o estudo considerando que o conhecimento precisava lidar com objetos de estudo intimamente vinculados em um contexto, ou seja, favoreceu a reflexão de evidências relacionada ao tema. De acordo com Creswell (2010), o pragmatismo busca todos os meios para chegar ao conhecimento, pesquisando com intenção as consequências pretendidas.

Tal concepção foi importante diante da finalidade de atender aos objetivos propostos e considerando que após o levantamento da literatura, este projeto mostrou ausência de referencial teórico, ou seja, são escassas as publicações referentes ao tema do trabalho, dessa forma, fez-se necessária a articulação de temas correlatos para sua construção.

Considerando que o meio de pesquisa foi exclusivamente de fonte bibliográfica, é preciso salientar que baseia-se em um conjunto de conhecimentos reunidos em obras de diversas qualificações e assuntos, esgotando-se em si mesma (FACHIN, 2006; VERGARA, 2007).

Para Michel (2005), o estudo bibliográfico pode ser considerado uma forma de pesquisa quando realiza uma análise com intuito de responder uma lacuna do

conhecimento. Esse tipo de pesquisa procura explicar um fato a partir de referências teóricas publicadas em documentos, utilizando contribuições científicas sobre determinados temas analisando-as e comparando-as com abordagens de vários autores sobre o mesmo tema.

Essa pesquisa adotou como estratégia o método misto, em que foram feitos estudos baseados em teorias relacionadas à temática. Neste sentido, este estudo teve abordagem quantitativa e qualitativa, para apresentar o fenômeno em um formato consistente e para possibilitar a reflexão e críticas sobre o tema. Alguns autores descrevem esta estratégia de pesquisa, como:

A pesquisa de métodos mistos é uma abordagem da investigação que combina ou associa as formas qualitativa e quantitativa. Envolve suposições filosóficas, o uso de abordagens qualitativas e quantitativas e a mistura das duas abordagens em um estudo. Por isso, é mais do que uma simples coleta e análise dos dois tipos de dados; envolve também o uso das duas abordagens em conjunto, de modo que a força geral de um estudo seja maior do que a da pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada (CRESWELL e PLANO CLARK, 2007, p. 27).

Portanto, este método se mostrou como um caminho para melhor elucidação dos objetivos desse trabalho que foi realizar um estudo teórico sobre a primeira crise do tipo psicótica em adultos e sua relação com o desempenho ocupacional. Sendo importante para o entendimento do problema de pesquisa a coleta de dados, tanto quantitativos como qualitativos.

Como instrumento de pesquisa foi adotado a revisão bibliográfica. Tal instrumento possibilita um amplo alcance de informações e conseqüentemente o acesso a definições e dados que ajudam na construção do estudo (GIL, 1994).

No primeiro momento, foi realizado o levantamento da literatura em bases de dados eletrônicas, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (MEDLINE), *National Library of Medicine National Institute of Health* (PUBMED) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), utilizando aleatoriamente os descritores em português e em inglês: primeiras crises, psicose, sofrimento psíquico grave, esquizofrenia, desempenho ocupacional, habilidade, performance ocupacional, capacidade funcional e funcionalidade, aplicados em diversas combinações. Percebeu-se que os autores

internacionais utilizavam o termo atividade cotidiana como sinônimo das áreas de ocupação e para falar de desempenho ocupacional, sendo assim, tal descritor foi acrescentado a pesquisa

Durante o levantamento de dados verificou-se que ao combinar primeiras crises e desempenho ocupacional ou habilidade ocupacional ou performance ocupacional ou capacidade funcional nenhum dado era encontrado, apenas com os descritores em inglês foram encontradas publicações. Outra característica apurada em relação aos descritores desempenho ocupacional e performance ocupacional foi que na língua inglesa são a mesma palavra, desta forma mostraram o mesmo resultado, assim, não foi contabilizado uma das combinações.

Como critério de inclusão estavam textos acessados na íntegra, pesquisas originais e que abordavam a temática primeiras crises psicóticas e desempenho ocupacional em adultos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Não houve critério relacionado ao período de produção/publicação. Além disso, foram analisados a qualidade da descrição da hipótese e/ou objetivo, o desfecho, a discussão e a descrição dos principais fatores associados a temática. Foram excluídos artigos nas demais línguas, trabalhos que descreviam especificadamente e/ou exclusivamente a patologia crônica, e aqueles que se referiam a ação medicamentosa, pois este tema está voltado para uma área de pesquisa a parte.

Os dados levantados na pesquisa bibliográfica foram organizados em duas planilhas utilizando o *software Excel for Windows*.

A primeira planilha consistiu no levantamento dos aspectos metodológicos dos estudos encontrados, como: ano de publicação, país, área profissional do autor principal, área do estudo, tipo de estudo, instrumentos de pesquisa utilizado, análise dos dados, resultados importantes e classificação de evidência dos trabalhos. Esta planilha possibilitou um mapeamento dos estudos realizados sobre o tema da pesquisa.

A segunda planilha auxiliou na abordagem dos aspectos específicos do tema com a finalidade de estudar a influência destes nos estudos encontrados, como fase da crise, comprometimentos associados, aspectos do desempenho, tratamentos realizados e dados relevantes.

Na análise quantitativa foi relatado a informação do número inteiro matemático dos resultados sobre os dados encontrados utilizando como instrumentos as planilhas do *software Excel for Windows*.

Os dados foram contabilizados e, então, descritos, investigando a literatura pesquisada sobre o tema. Essa análise foi apresentada através da organização dos dados com enfoque matemático simples e utilizando como instrumentos tabelas e gráficos.

A análise qualitativa consistiu primeiramente em uma organização e preparação dos dados para análise; em seguida, leitura dos dados coletados com o propósito de se obter uma percepção geral do conteúdo; uso do método descritivo para expressar os resultados da análise; e por último a realização de uma interpretação dos dados obtidos (CRESWELL, 2010).

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Esse capítulo consistirá primeiramente da análise bibliométrica dos dados metodológicos da revisão bibliográfica. Através dessa análise é possível quantificar e descrever dados levantados nas pesquisas científicas. Nicholas (1978 apud Serra Negra e Costa e Silva, 2013) conceitua essa análise como:

Descrição estatística ou quantitativa da literatura de uma determinada área, utilizada para diversos fins, tais como: identificar as tendências do conhecimento, estudar a dispersão e obsolescência da literatura científica e surgimento de novo tema (p. 5).

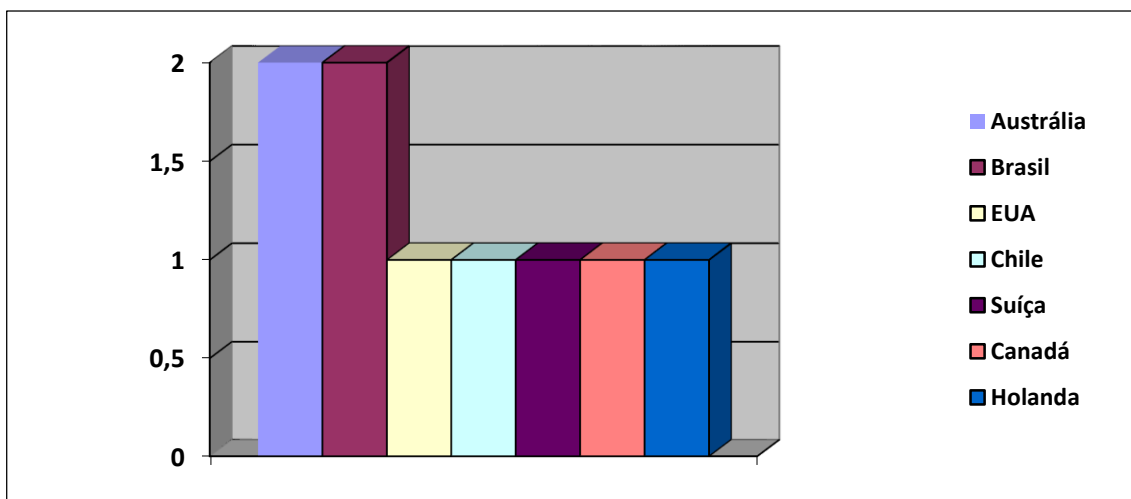
Em seguida o capítulo versará da análise específica do tema, em que serão realizadas as análises quantitativa, referente às características do estudo, e a qualitativa acerca do desempenho ocupacional e primeiras crises do tipo psicótica, utilizando método descritivo.

5.1 Aspectos Gerais da Literatura: Perfil Bibliométrico.

Do levantamento de dados 149 estudos foram selecionados por seus títulos, autores e resumos. Destes, 48 foram selecionados para uma leitura exploratória com a finalidade de identificar aqueles que contribuiriam com a pesquisa. Em seguida, foi realizada a leitura seletiva e crítica. E assim 11 publicações foram consideradas relevantes por apresentarem informações necessárias para a construção do estudo.

Os estudos selecionados eram compostos por 10 (dez) artigos e 1 (uma) tese de doutorado. Em que destes 2 (dois) eram nacionais e 9 (nove) internacionais, conforme descrito no gráfico 1.

Gráfico 1 – Origem dos Materiais

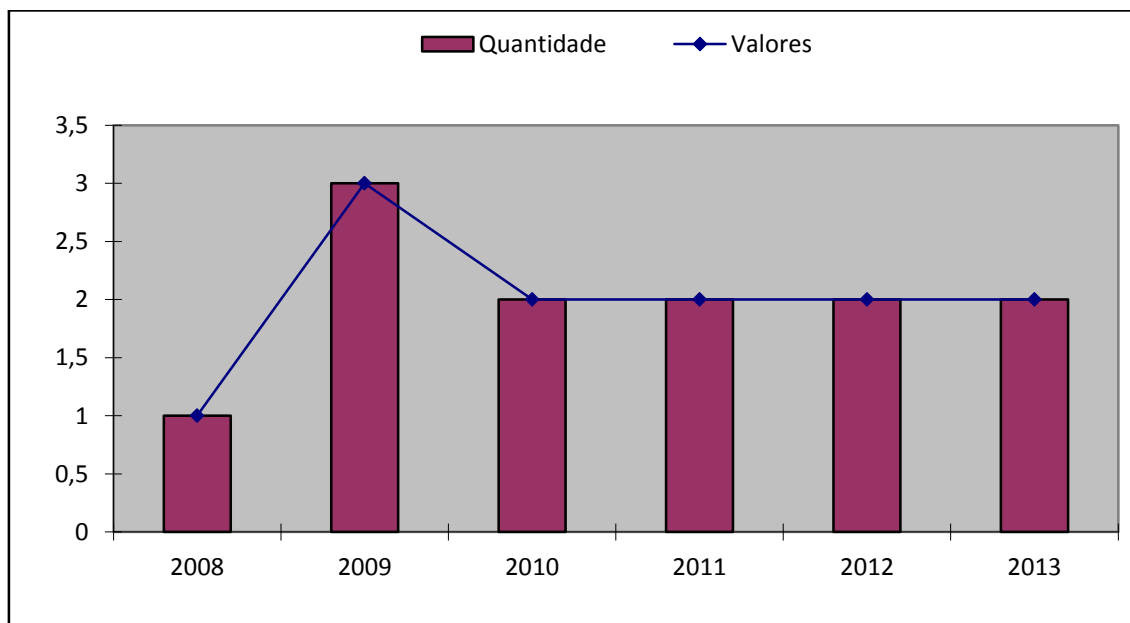


Fonte: Pesquisa.

Por meio do gráfico 1 é possível observar que os estudos referentes a essa temática estão sendo desenvolvidos em vários países do mundo, tal fenômeno é compatível com a literatura em que verificamos crescimento no número de instituições mundiais voltadas à pesquisa na área da saúde mental.

Já em relação aos anos das publicações verificamos (gráfico 2) que iniciaram em 2008, com expansão em 2009 e estabilização nos anos seguintes.

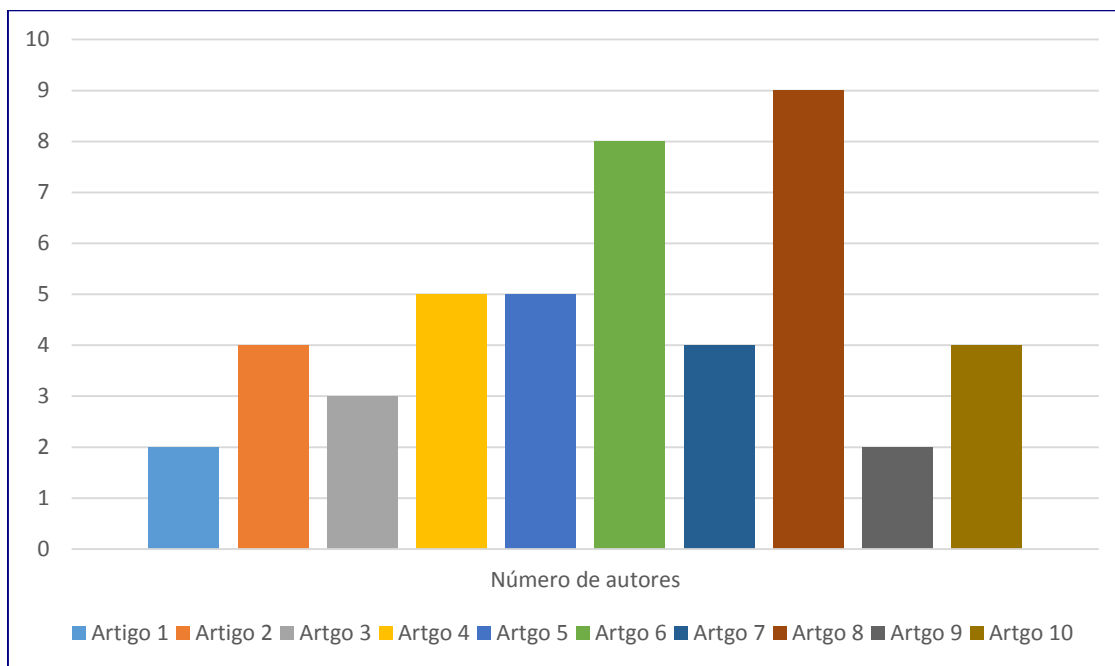
Gráfico 2 – Ano de Publicação



Fonte: Pesquisa.

Em relação ao números de autores, a tese de doutorado foi um estudo individual. Os demais estudos contam com dois ou mais autores, conforme descrito no gráfico 3.

Gráfico 3 - Número de autores por artigo



Fonte: Pesquisa.

Notamos que diversos pesquisadores, com a mesma profissão e/ou profissões distintas envolvidos em uma mesma área do conhecimento, isto é, diversas visões e diversos ângulos trabalhando simultaneamente é positivo na construção de um estudo. Afinal, o conhecimento multidisciplinar permite a visão holística da saúde.

Quadro 4 – Amostra dos Estudos Selecionados

Artigo	Autor(es):	Título:	Ano
Artigo 1	Ayres, Adriana de Mello	Disfunções cognitivas em sujeitos portadores de esquizofrenia no Brasil: amplitude, gravidade e relação com a demora no acesso ao tratamento médico.	2009

(Continua)

Artigo 2	Gutiérrez, Yésica; Raso, Ariel.	Programa de seguimiento de pacientes psicóticos externados del Servicio de Salud Mental del H. I. G. A. Evita Lanús: resultados provisorios.	2011
Artigo 3	Bodén, Robert; Sundström, Johan; Lindström Eva; Lindström, Leif.	Association between symptomatic remission and functional outcome in first-episode schizophrenia.	2009
Artigo 4	Bourdeau, Geneviève; Masse, Marjolaine; Lecomte, Tania.	Social functioning in early psychosis: are all the domains predicted by the same variables?	2012
Artigo 5	MSc Velthorst, Eva; MSc, PhD Nieman, Dorien H.; MSc, PhD Meijer, Carin; MD, PhD Linszen, Don; MD, PhD Haan, Lieuwe de.	Social Disability at Admission for a First Psychosis Does Not Predict Clinical Outcome at 5-Year Follow-Up.	2011
Artigo 6	Lucas, Sara K.; Redoblado-Hodge, M.Antoinette; Shores, E. Arthur; Brennan, John; Harris, Anthony.	Factors associated with functional psychosocial status in first-episode psychosis.	2009
Artigo 7	Viertio, S.; Tuulio-Henriksson, A.; Peraäla, J.; Saarni, S.I.; Koskinen, S.; Sihvonen, M.; Lonnqvist, J.; Suvisaari, J.	Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder.	2012
Artigo 8	Goulding, Sandra M.; Franz, Lauren; Bergner, Erin; Compton, Michael T.	Social functioning in urban, predominantly African American, socially disadvantaged patients with first-episode nonaffective psychosis.	2010
Artigo 9	Gleeson, John F. M.; Cotton, Sue M.; Alvarez-Jimenez, Mario; Wade, Darryl; Gee, Donna; Crisp, Kingsley; Pearce, Tracey; Spiliotacopoulos, Daniela; Newman, Belinda; McGorry, Patrick D.	A Randomized Controlled Trial of Relapse Prevention Therapy for First-Episode Psychosis Patients: Outcome at 30-Month Follow-up.	2013
Artigo 10	Carvalho, Nerícia Regina de; Costa, Ileno Izídio da.	Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares.	2008
Artigo 11	Allott, Kelly; Liu, Ping; Proffitt, Tina-Marie; Killackey, Eoin	Cognition at illness onset as a predictor of later functional outcome in Early psychosis: Systematic review and methodological critique	2011

Dentre as publicações, os autores principais são das áreas da Psiquiatria (quatro), Neuropsicologia (dois), Psicologia (dois), Psicologia Clínica (dois) Terapia Ocupacional (um). Tal informação mostra que na literatura prevalecem os estudos por profissionais da medicina.

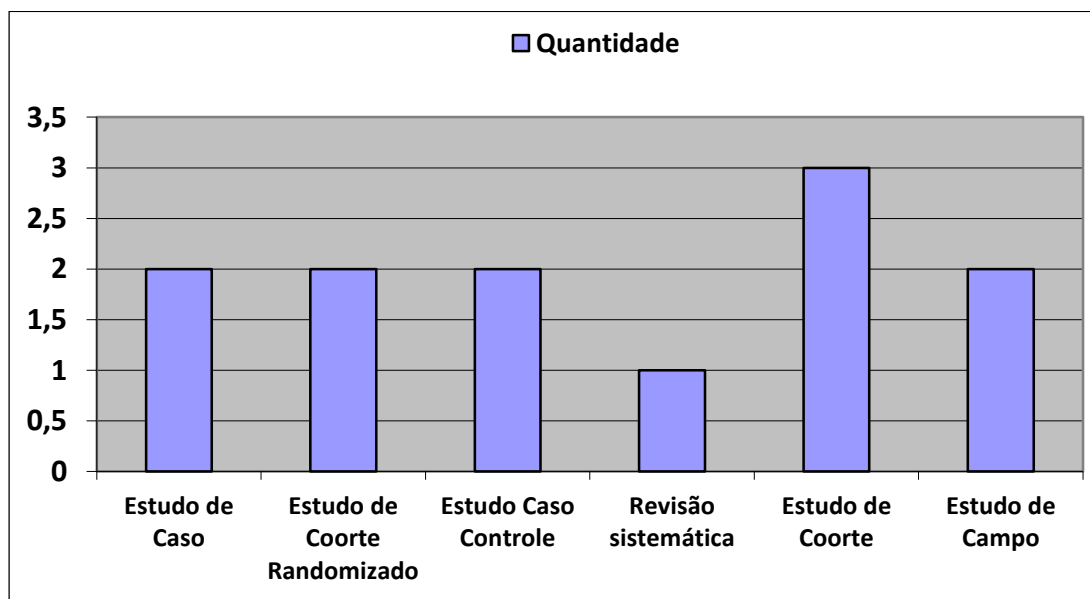
Em relação as áreas dos estudos, verificou-se que são provenientes dos departamentos de saúde mental (quatro), psiquiatria (três), psicologia (três) e neurociências (um).

5.2 Aspectos Metodológicos

Neste tópico serão apresentados os dados metodológicos dos estudos.

No que diz respeito a estes dados, o gráfico 4 descreve a distribuição por tipo de estudo.

Gráfico 4 – Dados Metodológicos



Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme demonstrado no gráfico 4, nota-se a prevalência de estudo de coorte (3) em relação aos demais.

Dentre os instrumentos de pesquisa encontramos sete estudos que utilizaram entrevistas estruturadas, dois fizeram uso de entrevistas semiestruturadas, quatro utilizaram questionários, quatro empregaram auto relato e apenas um realizou

levantamento bibliográfico, desta forma, percebemos que a aplicação de métodos mistos estava presente em 36,36% dos estudos (4/11).

Em relação a análise dos dados, deparamos com um único estudo que realizou análise do conteúdo, dois que realizaram análise descritiva, dois que realizaram metanálise e os seis demais análise estatística. Destes estudos, observou-se que foram utilizados como instrumento de análise o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, *Statistical Analysis System (SAS)*, e alguns não relataram o instrumento de análise.

5.3 Aspectos Gerais das Primeiras Crises do Tipo Psicótica e o Contexto do Desempenho Ocupacional

O estudo selecionou apenas publicações que se referiam às primeiras crises do tipo psicótica. Os autores trouxeram a fase prodrômica, fase aguda, fase de recuperação e cronicidade (doença instalada), em que relacionavam as fases da crise psicótica e o desempenho ocupacional descrevendo os impactos procedentes da evolução patológica.

A pesquisa verificou os comprometimentos associados às crises psicóticas descrevendo-os no quadro 5.

Quadro 5 – Comprometimentos associados as crises psicóticas citadas nos materiais científicos

Comprometimentos associados as Primeiras Crises	
Comprometimentos de Saúde em Geral	Comprometimentos Psiquiátricos
Diabete mellitus tipo II; Doença coronariana; Insuficiência cardíaca; Obesidade; Tabagismo; Abuso de álcool; Insuficiência renal moderada a grave; Osteoartrite de joelho e quadril;	Depressão; Ansiedade; Medo; Alucinação; Delírios; Pensamento desorganizado; ideias bizarras; mudança de comportamento sutil;

Fonte: Pesquisa

Os artigos apenas citaram os comprometimentos de saúde, não especificando-os. Porém, em relação aos comprometimentos psiquiátricos citados nos estudos, a depressão foi amplamente mencionada por estar presente em todas as fases da crise e por interferir na vida social, nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

Nestes estudos constatamos que os sujeitos das amostras eram recrutados de emergências hospitalares e ambulatoriais. Desta forma, passaram por alguma forma de intervenção. Entre os tratamentos realizados, o medicamentoso era prescrito na maior parte dos estudos (nove), fato explicado pela finalidade da ação medicamentosa de minimizar ou cessar a sintomatologia aguda e a alteração do pensamento. Verificou-se que os medicamentos que os sujeitos faziam uso eram os antipsicóticos (risperidona, olanzapina, haloperidol, tioridazina, clozapina), estabilizadores de humor, antidepressivos, benzodiazepínicos e anticolinérgicos. Entre os tratamentos também foram citados a Terapia Cognitiva Comportamental (um artigo), terapia de prevenção de recaída (um artigo), psicoeducação (um artigo), tratamento ambulatorial com psiquiatra e psicólogos (três estudos), terapia individual e em grupo (um artigo), dois artigos não especificaram os tratamentos realizados.

No quadro 6 podemos verificar os aspectos que geram prejuízo no Desempenho Ocupacional dos sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica.

Quadro 6 – Aspectos do Desempenho citados nos Estudos

Aspectos que interferem no Desempenho Ocupacional	Número de estudos
Memória pobre (verbal, visual, de trabalho); Relacionamento interpessoal reduzido; Fluência verbal prejudicado; Compreensão da fala prejudicada; Dificuldade em resolver problemas; Afastamento social; Desemprego;	9
Velocidade de processamento da informação;	4
Dificuldade de aprendizado; Relacionamento com familiares; Visão reduzida (distância e perto); Atenção reduzida; Mobilidade;	2
Dificuldade de localização no tempo e espaço; Memória espacial; Incapacidade de realizar atividades recreativas; Incapacidade de realizar atividades culturais; Relacionamento com a comunidade. Necessidade de assistência em tarefas diárias; autocuidado empobrecido; Evasão escolar; Incapacidade em usar transporte público; Incapacidade de fazer a própria comida; Dificuldade em processar informação; Capacidade de julgamento reduzida; Déficit no raciocínio;	1

Fonte: Pesquisa.

Notamos que os prejuízos nos aspectos cognitivos são os fatores que mais interferem no funcionamento do sujeito. Ademais, observamos que a funcionalidade social é amplamente abordada pelos autores nos artigos analisados.

Observou-se que a aprendizagem verbal de curto prazo é um aspecto que passa quase despercebido, até que o ambiente possa destacá-lo, como no caso do ambiente de trabalho.

No estudo de Ayres (2012), averiguou-se que a atenção e a velocidade de processamento da informação sofrem prejuízo desde a fase prodrômica, agravando com a progressão da crise.

Conforme a literatura, estruturas e funções corporais são capazes de interferir na condição de saúde e comprometer a realização de atividades. A pesquisa identificou que sujeitos tiveram comprometimentos em funções e estruturas corporais desde a fase inicial das primeiras crises psicóticas, como visão, mobilidade e fluência verbal, gerando prejuízo no funcionamento social (VIERTL et al, 2012; AYRES, 2009).

Além disso, os sintomas psicopatológicos foram associados aos comprometimentos da atividade social e recreação. E os sintomas negativos foram associados aos prejuízos do engajamento social, comunicação interpessoal e AIVD. Enquanto os sintomas positivos foram associados a um prejuízo na área laboral e na comunicação interpessoal

Diante disso, constatou-se que cabe aos profissionais intervir precocemente nas crises com a finalidade de garantir a prevenção da gravidade dos prejuízos identificados em sujeitos que não são submetidos a intervenção.

Em relação ao contexto pessoal verificou-se que o sexo e escolaridade interferem nos aspectos das crises. No estudo de Bordeau et al (2012) as mulheres apresentaram melhores habilidades em relação a higiene pessoal comparados aos homens, o estudo corrobora com a afirmação da cultura, na qual as mulheres tradicionalmente sofrem maiores exigências para cuidarem de sua aparência física. E no estudo de Ayres (2009) os sujeitos com maior escolaridade apresentaram maior habilidade estratégica em codificar e recuperar material verbal o que minimizou o comprometimento na memória verbal e visual.

Através do estudo de Gutiérrez e Raso (2011) constatamos que o contexto ambiental é capaz de interferir no tratamento e prognóstico. O mesmo estudo mostrou que sujeitos hospitalizados entre três e quatro meses para tratamentos tradicionais (psiquiátrico e psicológico), somente cerca de 16% deles retornaram ao papel ocupacional

ocupado antes da crise. Demais estudos verificaram que intervenções realizadas em até três meses foram capazes de manter um boa função.

Mesmo após a melhora dos sintomas psicóticos agudos os sujeitos em primeiras crises permaneceram com comprometimentos nas áreas do desempenho. Tal fato se dá pelo acúmulo de prejuízos oriundos da fase sem intervenção/tratamento, já que os sujeitos apresentaram prejuízos desde a fase prodrômica. Diante disso, há necessidade de intervenções dos vários profissionais para que o sujeito tenha possibilidade de uma recuperação satisfatória, e ainda, consiga prevenir recaídas, recidivas e até mesmo a cronificação patológica e, conseqüentemente, manter o desempenho ocupacional satisfatório (LUCAS et al, 2009).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a pesquisa bibliográfica constatou-se que os sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicótica mostraram alterações que modulam seu comportamento ocupacional interferindo na vida diária e prática. Nesse sentido, os estudos mostram respostas similares, destacando frequentemente o comprometimento no desempenho em áreas da participação social provenientes de prejuízos nos aspectos cognitivos e nas funções mentais, como memória e atenção, em estrutura como visão e no afastamento social. Ainda destacou comprometimento em áreas que exigissem memória visual, fluência verbal e resolução de problemas, como área de trabalho/educação.

Além disso, verificou-se que os principais sintomas que sugerem esquizofrenia mostraram importante efeito limitador sobre os aspectos das funções e na satisfação do sujeito, e assim, comprometendo o Desempenho Ocupacional.

Ainda observou-se comorbidades associadas às primeiras crises, tais como uso de substâncias alcoólicas, a obesidade e a depressão por sujeitos em sofrimento psíquico grave e trazendo prejuízo aos aspectos do cotidiano do sujeito.

O estudo averiguou que nos estágios iniciais da crise o foco principal da intervenção mostrou ser o tratamento medicamentoso com finalidade de tratar sintomas psiquiátricos, denotando uma carência de tratamento no âmbito psicossocial do sujeito.

Os resultados deste estudo apresentaram questões relevantes sobre o acometimento dos componentes do Desempenho Ocupacional, favorecendo a compreensão do impacto das primeiras crises do tipo psicótica em suas áreas e nos papéis ocupacionais do sujeito, podendo assim fornecer subsídios para promover estratégias de avaliações e, conseqüentemente, intervenções direcionadas à minimização dos efeitos dos prejuízos oriundos da crises, almejando autonomia do sujeito e reinserção de seus papéis sociais, atividades de vida diária (AVD), educação, participação social, lazer, trabalho, entre outras.

Desse modo, é que devemos reconhecer como necessária a prática clínica da Terapia Ocupacional em atendimentos aos sujeitos em primeiras crises, considerando que o Desempenho Ocupacional é uma área de atuação da Terapia Ocupacional, em que sua atuação utiliza das atividades significativas do sujeito para torná-lo funcional e independente mesmo que esse sujeito apresente alguma patologia que interfira na sua atividade cotidiana.

Durante a realização do estudo houve dificuldade em encontrar publicações referentes ao tema devido às diversas denominações empregadas pelos autores ao falarem de primeiras crises, de pródromos, das crises psicóticas, do Desempenho Ocupacional (performance ocupacional) e da atividade cotidiana. Desse modo, é necessário considerar uma padronização nos termos da literatura com o intuito de diminuir divergências nos resultados das pesquisas, reduzindo o espectro para análises futuras e contribuindo para uma melhor análise estatística dos fatos. Uma forma seria a utilização da base teórica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A pesquisa indicou escassez de publicações sobre a fase pré-psicótica e primeiras crises do tipo psicótica no contexto do Desempenho Ocupacional, encontrando-se apenas artigos referentes à fase da patologia instalada (crônica). Além disso, não foram encontradas pesquisas relacionadas a intervenções realizadas por profissionais da Terapia Ocupacional em sujeitos em primeiras crises do tipo psicóticas, nem estudos que mencionassem a ação desse profissional, destacando que o tema se refere a uma área eminente desta profissão. Tal fato, provavelmente se deve à ausência desses profissionais envolvidos em equipes de pesquisa ou, ainda, não estarem atuando nesta área da saúde mental.

Desta forma, sugere-se a realização de estudos empíricos referente as intervenções realizadas em sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica para que se possa abordar aspectos da eficácia dos serviços de prevenção e reabilitação no manejo dos sintomas e situações que comprometem os aspectos do Desempenho Ocupacional, tais como participação social e trabalho, possibilitando melhor intervenção junto a essa população, bem como verificar a contribuição do profissional na redução de comprometimentos oriundos da patologia.

REFERÊNCIAS

- ALLOTT, K.; LIU, P.; PROFFITT, T.M.; KILLACKEY, E. Cognition at illness onset as a predictor of later functional outcome in early psychosis: systematic review and methodological critique. **Schizophr Res.** Feb;125(2-3):221-35. 2011.
- AOTA. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 2nd. **The American Journal Occupational Therapy.** V. 63, nº 6. P. 625-683, Nov/Dec 2008.
- AYRES, A. M. **Disfunções cognitivas em sujeitos portadores de esquizofrenia no Brasil:** amplitude, gravidade e relação com a demora no acesso ao tratamento médico. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. **Considerações Acerca da Reabilitação Psicossocial: Aspectos Históricos, Perspectivas e Experiências** In: Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. P. 162-170, 2007.
- BODÉN R.; SUNDSTRÖM J.; LINDSTRÖM E.; LINDSTRÖM L. Association between symptomatic remission and functional outcome in first-episode schizophrenia. **Schizophr Res;** 107(2-3): 232-7, 2009.
- BOURDEAU, G.; MASSE, M.; LECOMTE T. Social functioning in early psychosis: are all the domains predicted by the same variables? **Early Interv Psychiatry.** 2012 Aug;6(3):317-21.
- BUCHALLA, C. M., NUBILA H. B. V. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista brasileira de epidemiologia.** V.11 nº. 2. São Paulo. Jun. 2008.
- CAMPBELL, R.J. **Dicionário de Psiquiatria.** São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- CANIGLIA, Marília. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar.** Belo Horizonte: Oficina de Arte&Prosa, 2005.
- CAOT- Canadian Association of Occupational Therapists. (1991). **Occupational therapy guidelines for client-centred practice.** Toronto, ON: CAOT Publications ACE.
- CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro. Zahar. 1980.
- CARLETO, D. G. S.; SOUZA, A. C. A.; SILVA, M.; CRUZ, D. M. C.; ANDRADE, V. S. Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo – 2.^a edição. **Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba** – MG, v.3, nº.1, p. 57-147, jul./ dez. 2010.
- CARVALHO, I. S.; COSTA, I. I.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da Crise. **Revista Mal-Estar e Subjetividade,** Fortaleza, v. VII, n. 1, p. 163-189, mar. 2007.

CARVALHO, N. R. **Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares.** 2006. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

CARVALHO, N. R.; COSTA I. I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Psicologia Clínica.** Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.153 – 164. 2008.

CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. **Avaliação dos Contextos.** In: Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. P. 106 - 109. 2007

CHAVES, A.; LEITE, S. **Fases iniciais da psicose:** a experiência do programa de atendimento e pesquisa no primeiro episódio psiquiátrico. São Paulo: Roca, 2009.

COSTA, I.I. **Da fala ao sofrimento Psíquico Grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia.** Brasília: Ed e Gráfica/Abrafipp, 2003.

COSTA, I.I. **Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, ano 08 (1): 94-100, UERJ, RJ, 2008.

COSTA, I.I. **Família e psicose: uma proposta da intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave.** (no prelo). 2006.

COSTA, I e cols. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa.** Brasília: Kaco Editora, 2010.

COSTA, I. I. **Adolescência e primeira crise psicótica:** problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. 2006. Disponível em: <http://www.awmueller.com/deposito/prevencao_psicoses.pdf>. Acesso em: 19 set. 2013.

_____. **Intervenção precoce e crise psíquica grave:** fenomenologia do sofrimento psíquico. Curitiba: Juruá, 2013.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** v. 59, n. 1, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad. de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W. Métodos qualitativos. In: _____. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 206-237.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

CRESWELL, J.W e PLANO CLARK, V. L. **Concepção e realização de pesquisa de métodos mistos**. Thousand Oaks. Califórnia: SAGE Publications, 2007.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991.

DICKERSON, A.; OAKLEY, F. Comparing the roles of community-living persons and patient population. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 49, n. 3, p. 221-228, 1995.

DITOMASSO, R. A.; KOVNAT, K. D. Pacientes da clínica geral. Em Dattilio e Freeman (orgs). Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises. Campinas: Editorial Psy, 1995. **Early Interv Psychiatry**. 2009 Feb;3(1):35-43.

EARLY, M. B. Desempenho Ocupacional. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional –Capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2004. p.125-131.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, Jun 2005, vol.8, no.2, p.187-193.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

GLEESON, J.F.; COTTON, S.M.; ALVAREZ-JIMENEZ, M.; WADE, D.; GEE, D.; CRISP, K.; PEARCE, T.; SPILIOTACOPOULOS, D.; NEWMAN, B.; MCGORRY P.D. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up. **Schizophr Bull**. 2013 Mar;39(2):436-48.

GONDIM, M. **Os Sentidos dos Vínculos na Crise Psíquica Grave**. Brasília: Dissertação de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília, para a obtenção do Grau de Doutora em Psicologia Clínica e da Cultura. (2007)

GOULDING, S.M.; FRANZ, L.; BERGNER, E.; COMPTON, M.T. Social functioning in urban, predominantly African American, socially disadvantaged patients with first-episode nonaffective psychosis. **Schizophr Res**. 2010 Jun;119(1-3):95-100

GUTIÉRREZ, Y; RASO, A. Programa de seguimiento de pacientes psicóticos externados del Servicio de Salud Mental del H. I. G. A. Evita Lanús: resultados provisionarios. **Rev. chil. ter. ocup**;11(2):45-51, dic. 2011.

HAGEDORN, R. **Fundamentos da prática em terapia ocupacional**. São Paulo: Dynamis editorial, 1999.

HAGERDORN, R. **Ferramentas para a Prática em Terapia Ocupacional – Uma Abordagem Estruturada aos Conhecimentos e Processos Centrais**. São Paulo: Ed. Roca, 2007.

HARGEDORN, R.; **Fundamentos para a Prática em Terapia Ocupacional**. Terceira edição; São Paulo. SP; Editora Rocca; 2003.

HEGENBERG, M. **Psicoterapia breve psicanalítica**. TEMAS, 51, 38-50, 1996.

KESHAVAN, M. S.; SCHOOLER, N. R. First-episode Studies in Schizophrenia: Criteria and Characterization. **Schizophrenia Bulletin**, 18: 491-513, 1992.

KIELHOFNER, G. **A model of human occupation: theory and application**. 4th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 2008.

KIELHOFNER, G. **Model of human occupation - theory and application**. 3th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 2002.

LAW, M. Avaliando Papéis e Competência. In: TROMBLY, C.A.; RADOMSKI, M.V. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 5ª ed. São Paulo: Santos, 2008, p. 31-45.

LAW, M.; BAPSTISTE, S.; CARSWELL, A.; ANN MCCOLL, M.; POLATAJKO, H.; POLLOCK, N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Tradução: CARDOSO, A.; MAGALHÃES, L. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LAW, M.; BAPTISTE, S.; MILLS, J. Client centred Practice: what does it mean and does it make a difference? **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 5, p. 250-257, 1995.

LEFF, J. P.; KUPERS, L.; BERTOWITZ, R. & STRUGEON, D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. **British Journal of Psychiatry**, 141, 121-134, 1985.

LLORENS, L. Activity analysis: Agreement between participants and observers on perceived factors and occupation components. **Occupational Therapy Journal of Research**, 13, p. 198–211, 1993.

LLORENS, L.A. Performance tasks and roles through the life span. In: CHRISTIAN, C.; BAUM, C. **Occupational therapy: overcoming human performance deficits**. Thorofare, NJ: Slack, 1991.

LUCAS, S.K; REDOBLADO-HODGE, M.A; SHORES, E.A; BRENNAN, J; HARRIS, **A Factors associated with functional psychosocial status in first-episode psychosis**.

MANCINI, M. C. **Testes padronizados estrangeiros: informações importantes para Terapeutas Ocupacionais**. São Paulo, 2004.

MÂNGIA EF. Contribuições da abordagem canadense "prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p.127-34, set./dez. 2002.

MÂNGIA, E. F; NICACIO, F. Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

MANO, R.P. **O sofrimento psíquico grave no contexto da religião pentecostal e neopentecostal. Repercussões da Religião na formação das crises do tipo psicótico**. Dissertação de Mestrado. UnB, 2010.

GIPSI – Grupo de Intervenção precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico. Brasília: Kaco Editora, 2010.

MCGORRY, P. D.; EDWARDS, J. **Intervenção precoce nas psicoses**. Melbourne: Janssen-Cilag Farmacêutica, 2002.

MCGORRY, P. D; EDWARDS, J; MIHALOPOULOS, C; HARRIGAN, S.M; JACKSON, H. J. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. **Echizophrenia Bulletin**, 22(2): 305-326. 1992.

MCGORRY, P. D; KRSTEV, H.; HARRIGAN, S.; Early detection and treatment delay: implications for outcome in early psychosis. **Current opinion in Psychiatry**, 13:37-43, 2000.

MEDEIROS, M. H. R. Saúde mental e a Terapia Ocupacional: contexto atual. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, v. 5, n. 1, 1994.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. São Paulo: Atlas, 2005.

MONTEIRO, J. A.; VASCONCELOS, T. B.; SILVA, R. L. M; CAVALCANTE L. I.C. Avaliação do nível de independência nas atividades de vida diária da criança com paralisia cerebral: um estudo de caso. **Cad. Ter .Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 129-141, 2012.

NEISTADT, M.E.; CREPEAU, E.B. Introdução à Terapia Ocupacional. In: _____, **Terapia Ocupacional: Willard & Spackman**. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, p. 3-10, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – CID-10**. Décima

revisão, v. 1. Brasília (DF), 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 3 de janeiro de 2014.

OMS/OPAS. Relatório sobre a saúde do mundo – 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Gráfica Brasil 2011.

OMS/OPAS. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Saúde, CIF. São Paulo: EDUSP, 2003.

PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas**. São Paulo: Roca, 2005.

SABINO G. S, COELHO C. M, SAMPAIO R.F. **Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar**. Acta Fisiatra 2008; 15(1): 24 – 30

SAMPAIO R.F, LUZ M.T. **Funcionalidade e Incapacidade Humana: Explorando o escopo da Classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009,25(3):475-483.

SERRA NEGRA, C.A; COSTA E SILVA, A.P. **Perfil bibliométrico da produção científica da revista brasileira de aprendizagem aberta e a distância no período de 2002 a 2012**. Novas Tecnologias na Educação. Vol. 11, número 3, 2013.

SILVA, H C S R. **Psicose e crises psíquicas grave: uma investigação pelo método de Rorschach**. 2013. xi, 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)— Universidade de Brasília, Brasília, 2013

SILVA, M.N.R.M.O.S, et al. **Capacidade e Desempenho Ocupacional e as Primeiras crises do tipo psicótico. In: Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, p. 131-144, 2013.

SILVA, S. N. P. **Análise da Atividade. In: Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. P 110-124. 2007.

SIMON, A. e cols. **Prodroms of first-episode psychosis: How can we challenge nonspecificity? Comprehensive Psychiatry**, 42(5): 382-392, 2001.

SIMON, A. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo. EPU. 1989.

TEIVE, HAG. **Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação**. Acta Fisiatr. 2010; 17(1): 13 – 17.

THEODORO, A. M. **O Impacto da Doença de Parkinson sobre o Desempenho Ocupacional: Ferramentas para avaliação em Terapia Ocupacional**. Batatais, 2005.

VELTHORST, E; NIEMAN, D.H; MEIJER, C; LINSZEN, D; DE HAAN, L. Social disability at admission for a first psychosis does not predict clinical outcome at 5-year follow-up. **J Nerv Ment Dis.** 2011 Jul;199(7):510-2.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2007.

VIERTIÖ, S.; TUULIO-HENRIKSSON, A.; PERÄLÄ, J.; SAARNI, S.I.; KOSKINEN, S.; SIHVONEN, M.; LÖNNQVIST, J.; SUVISAARI, J. Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. **Eur Psychiatry.** 2012 Aug;27(6):409-15.

YUNG, A.; MCGORRY, P. D. The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and Current conceptualization. **Schizophrenia Bulletin**, 22, 353-370, 1996.