



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

IMPACTO DO PROGRAMA “OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES” DO WAF NA
SATISFAÇÃO COM A OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES, QUALIDADE DE VIDA
E AUTO-EFICÁCIA DE PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL: ESTUDO
PILOTO.

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –

Ana Margarida Soares Freitas Gonçalves

Porto, Julho 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

**IMPACTO DO PROGRAMA “OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES” DO WAF NA
SATISFAÇÃO COM A OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES, QUALIDADE DE
VIDA E AUTO-EFICÁCIA DE PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL:
ESTUDO PILOTO.**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –

Ana Margarida Soares Freitas Gonçalves

Trabalho efectuado sob a orientação de

Professora Doutora Luísa Campos

Mestre Filipa Palha

Porto, Julho 2012

*Aos meus pais,
por toda a dedicação e apoio incondicional.*

Esta dissertação não foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico.

*“ (...) estes [pessoas com perturbação mental grave] podem sofrer um ou mais transtornos durante um ou mais períodos da vida, mas não se deve usar uma etiqueta diagnóstica para descrever um indivíduo. **Uma pessoa nunca deve ser igualada a um distúrbio físico ou mental.**” (OMS, 2001, pp. 54)*

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente estudo pretende reflectir cinco anos de aprendizagens, de “*paixões teóricas*” e definição de limites profissionais que só se tornaram possíveis graças ao apoio inigualável de verdadeiros amigos e profissionais cujos agradecimentos considero indispensáveis.

As minhas primeiras palavras dedico-as aos meus pais: *mãezinha e paizinho!* Seria impensável percorrer estes cinco anos sem o vosso incansável suporte. Obrigada!

Ao meu irmão, por aguentar tantos momentos de ausência (e por vezes de impaciência). Um valente Obrigada!

À Professora Filipa Palha, um grande obrigada pelo exemplo de profissionalismo, empreendedorismo e dedicação. A exigência e o rigor exigido em cada reunião, bem como o acompanhamento proporcionado ao longo do ano foram sem dúvida “ingredientes” indispensáveis para o meu desenvolvimento enquanto futura profissional.

Aos professores com quem tive o prazer de me cruzar ao longo destes últimos cinco anos e que tão grandes lições profissionais e pessoais proporcionaram: Maria Carmo Carvalho, Luísa Campos, Liliana Cunha, Pedro Dias, Vânia Sousa Lima. Um agradecimento pelo exemplo de dedicação, “*garra*” e compreensão.

Aos meus enormes Amigos com quem tive o prazer de partilhar este percurso universitário. “Nada de duradouro se constrói na facilidade” por isso, um grande obrigada por todos os momentos de compreensão, discussão e aprendizagem: Maria Luísa Ferreira, Gualter Barros, Diogo Duarte, Inês Silva, Elodie Teixeira, Ana Rita Carneiro, Catarina Cardoso “*Segredos desta Cidade, levo comigo pr’a vida!*”.

Aos utentes, por me terem permitido aprender que todos os pequenos passos são fundamentais no longo caminho da reabilitação psicossocial.

À Mina: a Reabilitação Psicossocial foi a “rampa de lançamento”. Pelo espírito crítico, paixão e admiração que me foste transmitindo em cada conversa. Por acreditares e por me fazeres acreditar. Obrigada!

Ao Bruno, o meu padrinho de curso, um enorme exemplo de dedicação. Obrigada!

RESUMO

A integração em actividades de ocupação de tempos livres assume-se como um factor importante de protecção de saúde mental bem como de promoção do bem-estar (Moghadom, 2011).

Uma vez que a ocupação de tempos livres constitui uma área em défice na esquizofrenia, numa lógica de reabilitação psicossocial, Roder, Zorn Müller and Brenner (2002) desenvolveram como complemento ao programa Integrated Psychological Therapy (Brenner, Roder & Hodel, 1994) três subprogramas que visam minimizar os défices existentes no domínio do funcionamento em comunidade de indivíduos com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação de tempos livres (“Whonen, Arbeit e Freizet” – WAF).

Este estudo de caso múltiplo teve como principal objectivo avaliar a eficácia do programa de Ocupação de Tempos Livres do WAF nos domínios da satisfação com a ocupação de tempo livre, auto-eficácia geral e qualidade de vida de doentes em regime parcial.

Os resultados demonstram a influência do programa referido na estimulação de uma organização mais activa dos tempos livres por parte dos participantes – espoletando uma diminuição da satisfação com a ocupação de tempo livre através da estimulação de um sentido crítico relativo à selecção das actividades frequentadas. Verificam-se melhorias nos níveis de auto-eficácia geral. No que se refere à qualidade de vida, não foi possível obter um padrão uniforme relativamente aos resultados obtidos.

Assim, concluímos que a integração no programa tem impacto positivo no sentido de auto-eficácia promovendo o sentido crítico, fornecendo um ambiente securizante para o treino de competências quer sociais quer de planeamento e organização do tempo livre. Por fim, segue-se uma reflexão acerca das limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.

Palavras-Chave: esquizofrenia, ocupação de tempos livres, lazer, reabilitação psicossocial, WAF.

ABSTRACT

The integration activities in leisure is assumed as an important factor in mental health protection and promotion of welfare (Moghadam, 2011). Since leisure is an area of deficit in schizophrenia, a logic of psychosocial rehabilitation, Roder, Brenner Zorn and Müller (2002) developed as a complement to the program Integrated Psychological Therapy (Brenner, Roder & Hodel, 1994) three sub-designed to minimize the shortcomings in the field of operation in the community of individuals with schizophrenia in residential areas, employment and leisure ("Whonen, Arbeit and Freizet" - WAF).

This multiple case study's main objective was to evaluate the effectiveness of the program of the Occupation of Free Time from WAF in the areas of satisfaction with the occupation of free time, general self-efficacy and quality of life of patients with partial.

The results demonstrate the influence of the program referred to in stimulating a more active leisure by participants - espoletando a decreased satisfaction with the occupation of free time through the stimulation of a critical sense concerning the selection of activities attended. There have been improvements in self-levels. As regards the quality of life has not been possible to obtain a uniform pattern on the results obtained.

Thus, we conclude that integration in the program has positive impact on sense of self-efficacy promoting the critical sense, providing a reassuring environment for skills training both social and planning and organization of free time. The following is a reflection of study limitations and suggestions for future research.

Keywords: schizophrenia, leisure, free time activities, psychosocial rehabilitation, WAF.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Índice Geral.....	vii
Índice de Tabelas	viii
Abreviaturas	iv
Introdução	1
I Enquadramento Teórico	
Capítulo 1 – Perturbação Mental Grave	
1.1. Definição de Perturbação Mental e Perturbação Mental Grave.....	3
1.2. Intervenção terapêutica na Perturbação Mental	4
Capítulo 2 – Esquizofrenia	
2.1. Considerações Gerais.....	6
2.2. Sintomatologia.....	6
2.3. Impacto.....	7
2.4. Modelo explicativo: perspectivas históricas.....	8
2.5. Prognóstico	8
Capítulo 3 – Do défice na funcionalidade à ocupação de tempo livre: Qualidade de vida, auto-eficácia e satisfação com a ocupação de tempo livre.	
3.1. Funcionalidade na Esquizofrenia	10
3.1.1. Ocupação de tempo livre.....	11
3.2. Qualidade de Vida	13

3.2.1. Ocupação de tempo livre e qualidade de vida.....	13
3.3. Auto-Eficácia	14
3.3.1. Ocupação de tempo livre e Auto-Eficácia.....	15

Capítulo 4 – Do diagnóstico à Intervenção – uma questão de reabilitação psicossocial

4.1. Tratamento Farmacológico.....	17
4.2. Modelos de Intervenção Integrada.....	17
4.2.1. Do “ <i>Integrated Psychological Therapy</i> ” ao “ <i>Whonen, Arbeitz e Freitz (WAF)</i> ”	18
4.2.3. WAF – Ocupação de Tempos Livres: Considerações Gerais.....	19
4.2.3.1. Apresentação Geral	19
4.2.3.2. Objectivos Específicos	19

II Metodologia

5. Objectivos Específicos	20
6. Questões de Investigação.....	20
7. Participantes.....	21
8. Procedimentos.....	22
8.1. Desenho do estudo.....	23
8.2. Instrumentos.....	23
8.2.1. Avaliação da Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres	24
8.2.2. Avaliação da Qualidade de Vida.....	25
8.2.3. Avaliação da Auto-Eficácia Geral.....	25
8.2.4. Satisfação com o programa.....	26
8.3. Protocolo de Intervenção.....	26
8.4. Procedimentos de Recolha de dados	26
8.5. Procedimentos de Análise dos Dados	27

III Resultados

9. Descrição dos resultados	27
9.1. Participante N	28
9.1.1. Assiduidade	28
9.1.2. Impacto no envolvimento em ocupação de tempo livre.....	28
9.1.3. Avaliação Pré e Pós	28

9.1.4. Impacto da participação no programa.....	30
9.2. Participante F.....	30
9.2.1. Assiduidade.....	30
9.2.2. Impacto no envolvimento em ocupação de tempo livre.....	31
9.2.3. Avaliação Pré e Pós.....	31
9.2.4. Impacto da participação no programa.....	32
9.3. Participante AL.....	33
9.3.1. Assiduidade.....	33
9.3.2. Impacto no envolvimento em ocupação de tempo livre.....	33
9.3.3. Avaliação Pré e Pós.....	34
9.3.4. Impacto da participação no programa.....	35
9.4. Participante AB.....	36
9.4.1. Assiduidade.....	36
9.4.2. Impacto no envolvimento em ocupação de tempo livre.....	36
9.4.3. Avaliação Pré e Pós.....	36
9.4.4. Impacto da participação no programa.....	38
9.5. Participante ZP.....	38
9.5.1. Assiduidade.....	38
9.5.2. Impacto no envolvimento em ocupação de tempo livre.....	38
9.5.3. Avaliação Pré e Pós.....	39
9.5.4. Impacto da participação no programa.....	40
9.6. Participante JL.....	41
9.6.1. Assiduidade.....	41
9.6.2. Impacto no envolvimento em ocupação de tempo livre.....	41
9.6.3. Avaliação Pré e Pós.....	41
9.6.4. Impacto da participação no programa.....	43
IV Discussão.....	44
V Conclusões e Investigações Futuras.....	48
VI Referências Bibliográficas.....	50

Anexos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Valores satisfação com a ocupação do tempo livre N	28
Tabela 2. Valores auto-eficácia geral N	28
Tabela 3. Valores qualidade de vida Participante N	28
Tabela 4. Valores satisfação com a ocupação do tempo livre F	31
Tabela 5. Valores auto-eficácia geral F	31
Tabela 6. Valores qualidade de vida F.....	31
Tabela 7. Valores satisfação ocupação do tempo livre AL	34
Tabela 8. Valores auto-eficácia geral AL	34
Tabela 9. Valores qualidade de vida AL	34
Tabela 10. Valores satisfação com a ocupação de tempo livre AB.....	36
Tabela 11. Valores auto-eficácia geral AB.....	36
Tabela 12. Valores qualidade de vida AB	36
Tabela 13. Valores satisfação com a ocupação de tempo livre ZP	39
Tabela 14. Valores auto-eficácia geral ZP	39
Tabela 15. Valores qualidade de vida ZP	39
Tabela 16. Valores satisfação com a ocupação de tempo livre JL.....	41
Tabela 17. Valores auto-eficácia geral JL.....	41
Tabela 18. Valores qualidade de vida JL	41
Tabela 19. Síntese resultados	46

Abreviaturas

WAF: Whonen, Arbeizt, Freizt (Programa para o tratamento de pessoas com esquizofrenia nas áreas Residencial, Laboral e de Ocupação de Tempos Livres).

PMG: Perturbação Mental Grave.

OTL: Ocupação de tempo livre.

OTL-WAF: módulo de ocupação de tempo livre do WAF.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

APA: Associação de Psiquiatria Americana.

RP: Reabilitação Psicossocial.

TCS: Treino de competências sociais.

IPT: Terapia Psicológica Integrada.

AE: Auto-eficácia.

AEG: Auto-eficácia geral.

AEE: Auto-eficácia específica.

QV: Qualidade de vida.

SOTL: Satisfação com a ocupação de tempo livre.

Índice de Anexos

Anexo 1. Instrumento satisfação com a ocupação do tempo livre

Anexo 2. Panfleto Informativo módulo ocupação de tempo livre do WAF

Anexo 3. Tabela envolvimento ocupação de tempo livre N

Anexo 4. Testemunho participação no programa N

Anexo 5. Tabela envolvimento ocupação de tempo livre F

Anexo 6. Testemunho participação no programa F

Anexo 7. Tabela envolvimento ocupação de tempo livre AL

Anexo 8. Testemunho de participação no programa AL

Anexo 9. Tabela envolvimento ocupação de tempo livre AB

Anexo 10. Testemunho participação no programa AB

Anexo 11. Tabela envolvimento ocupação de tempo livre ZP

Anexo 12. Testemunho participação no programa ZP

Anexo 13. Tabela envolvimento ocupação de tempo livre JL

Anexo 14. Testemunho participação no programa JL

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é actualmente considerada o paradigma da doença mental grave (Campos, 2009) sendo caracterizada por défices severos ao nível da funcionalidade (APA, 2002).

De acordo com Vaz Serra e colaboradores (2010), os défices na funcionalidade determinam limitações no funcionamento social bem como no desempenho de tarefas de índole social, laboral ou académica que não dependem de factores extrínsecos ao indivíduo. De acordo com Moghadom (2011), a integração em actividades de lazer constitui-se como um factor importante de protecção da saúde mental traduzindo-se num instrumento de promoção do bem-estar. Contudo, o domínio da ocupação de tempo livre, intimamente relacionado com os défices no funcionamento ocupacional, assume-se como uma área cuja organização activa é relatada pelos indivíduos com esquizofrenia como pouco satisfatória. Os inúmeros benefícios a nível psicológico que a integração em actividades de ocupação de tempo livre acarretam ao nível da auto-eficácia, auto-estima, socialização e qualidade de vida (Chug & Craik, 2002) - factores influentes do envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre - revelam a pertinência de uma intervenção dirigida a este domínio.

Neste sentido, por necessidade de desenvolver modelos de tratamento integrado de reabilitação psicossocial específicos às áreas do quotidiano do indivíduo com esquizofrenia, surge o módulo de ocupação de tempos livres do WAF (Roder, Zorn, Brenner, & Müller, 2002). A importância de integrar modelos de reabilitação psicossocial é descrita por Afonso (2010) ao referir que o tratamento precoce e a integração em programas de reabilitação e reinserção social são considerados factores de bom prognóstico na esquizofrenia.

Posto isto, o objectivo principal deste estudo prende-se com a análise da eficácia do módulo de ocupação de tempo livre do WAF ao nível da satisfação com a ocupação de tempo livre, auto-eficácia geral e qualidade de vida em indivíduos com perturbação mental grave.

Deste modo, este trabalho está dividido em V partes. Na primeira parte desta dissertação faremos um breve enquadramento teórico ao tema começando por descrever a perturbação mental grave – especificamente a esquizofrenia – e a intervenção existente actualmente ao nível da PMG. Após isto, descrevemos os défices existentes ao nível da funcionalidade e a sua relação com a área da ocupação dos tempos livres. Seguidamente, explorámos o que a literatura refere acerca da ocupação de tempo livre em indivíduos com esquizofrenia relacionando-a com a auto-eficácia e a qualidade de vida. Por fim, explicitaremos a importância de uma intervenção integrada no tratamento de indivíduos com

PMG seguindo-se uma explicação mais restrita ao programa avaliado nesta dissertação – módulo de ocupação de tempo livre do programa *Whonen, Arbeit, Freizeit* (OTL-WAF) de Roder e colaboradores (2002).

No segundo momento segue-se uma descrição da metodologia utilizada neste estudo empírico, nomeadamente qual o desenho do estudo, quais os participantes, os instrumentos utilizados e quais os procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Por fim, apresentaremos os resultados pré e pós intervenção de cada um dos participantes finalizando o trabalho com a discussão dos resultados e uma análise acerca das limitações do estudo e propostas de futuras investigações.

Capítulo 1. Perturbação Mental Grave

1.1. Definição de Perturbação Mental e Perturbação Mental Grave

De acordo com Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon (2008), a perturbação mental “*constitui-se como uma condição médica que afecta a forma como uma pessoa pensa, o seu estado de humor, sentimentos, capacidade de se relacionar com os outros e/ou de conseguir gerir as exigências do seu quotidiano*”. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que, a perturbação mental é compreendida através do desenvolvimento de “*condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento*” (p. 53). Ambas as propostas apresentadas são unânimes em referir que o indivíduo com uma perturbação mental apresenta uma condição médica que influencia a componente psíquica do mesmo – ao nível cognitivo e emocional - bem como a sua funcionalidade. Nesta linha de pensamento, Corrigan e colaboradores, (2008), afirmam que a compreensão de uma perturbação psiquiátrica deve ser realizada com base na análise de quatro domínios: 1) diagnóstico; 2) curso da doença; 3) comorbilidade; 4) desordens/disfuncionalidade.

Para definir a perturbação mental grave, Goldman et al. (1981) citado em Anthony (2002) sugerem que a conceptualização da mesma deve ser realizada com base em 3 aspectos: diagnóstico (tipicamente psicoses); nível de incapacidade (essencialmente no domínio da funcionalidade) e duração (período prolongado). Nesta mesma linha de pensamento, a APA (2002) através do DSM-IV-TR [DSM] define que um diagnóstico de perturbação mental é considerado grave em adultos quando existem dificuldades no indivíduo ao nível da funcionalidade social/ocupacional sendo, como tal, o diagnóstico de Esquizofrenia, considerado uma perturbação mental grave.

Neste sentido, compreende-se que o limiar entre a definição de perturbação mental “*per se*” e a sua transposição para a condição de “grave” é muito ténue, sendo por isso uma dificuldade encontrar uma definição global que diferencie os dois construtos. Apesar de se verificar a existência de um consenso acerca das características que definem pessoas que experienciam uma perturbação mental, a definição operacional destes dois conceitos encontra-se ainda pouco definido e consensual. (Anthony et al., 2002).

De uma forma geral, as pessoas com perturbação mental grave “*não são capazes de atingir os objectivos típicos para a sua idade por períodos de tempo extensos*” (Corrigan et al., 2008, p. 3).

De salientar que, apesar da dificuldade verificada em limitar os conceitos supracitados, existem alguns pontos que considerámos necessário referir para a análise da informação descrita anteriormente. Os indivíduos com doença psiquiátrica podem desenvolver a sintomatologia da doença não interferindo esta com o sucesso da obtenção de objectivos de vida específicos. Neste sentido, de acordo com Corrigan e colaboradores., (2008), ao contrário de muitas doenças com sintomas e resultados previsíveis, a experiência e as consequências da doença mental variam de pessoa para pessoa sendo neste sentido pertinente, a realização de um diagnóstico e o desenvolvimento de uma intervenção terapêutica que atente às necessidades reais de cada indivíduo.

1.2. Intervenção terapêutica na perturbação mental

Como referido no tópico anterior, a perturbação mental grave expressa-se não só a partir da sintomatologia definida mas também por um défice na funcionalidade em diferentes níveis que, na sua maioria, persistem ao longo do tempo. Deste modo, torna-se compreensível que o processo de intervenção com o indivíduo com perturbação mental grave ocorra com base na realização de um plano de tratamento integrado, pressuposto básico de uma intervenção assente na Reabilitação Psicossocial (RP) .

De acordo com Kopelowicz e Liberman (2003), um crescente aumento de investigações tem demonstrado que os indivíduos com perturbação mental assumem níveis consideráveis de dificuldade no funcionamento social, familiar e em relações de trabalho que se mantêm após a estabilização sintomatológica e diminuição de episódios agudos.

Neste sentido, o reconhecimento de que “uma grande porção de indivíduos com perturbações psicóticas, de humor ou ansiedade – caracterizadas pela existência de incapacidades a longo prazo, sintomas persistentes ou recaídas ao longo da evolução da doença experienciam pouca qualidade de vida. E que, apesar das intervenções precoces e tratamento eficazes para as fases agudas de exacerbação dos sintomas serem importantes para minimizar a incapacidade, os tratamentos a longo-prazo e a reabilitação são, quase sempre, essenciais para obter resultados terapêuticos bons e duradouros” (Kopelowicz et al., 2003, p.1491) conduziu ao desenvolvimento de uma modalidade de intervenção baseada numa compreensão biopsicossocial da doença - *a Reabilitação Psicossocial*.

Segundo o Relatório de Saúde Mental de 2001, da Organização Mundial de Saúde (OMS), *“a reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e actividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor*

peçoal. Ensina também aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, manter a casa arrumada, utilizar transportes” (p. 62).

No geral, a RP pretende contribuir para que o indivíduo com perturbação mental seja capaz de atingir o seu nível máximo de funcionamento independente, maior nível de controlo sintomático e níveis elevados de satisfação com a vida (Glynn, 2003) – sem descuidar o carácter subjectivo da mesma.

Para alcançar o definido anteriormente, a RP baseia-se, como já referido, numa compreensão biopsicossocial da doença que, por sua vez, caracteriza-se pelo seguinte: (a) “a doença mental afecta múltiplos domínios ou sistemas e não apenas um – especificamente os sistemas biológico, psicológico e social parecem estar todos implicados na doença mental”, (b) “estes três sistemas estão interligados - não operam isoladamente uns dos outros sendo que, o que acontece num sistema tem, provavelmente, implicações nos outros” (King, Lloyd & Meehan, 2007, p. 4).

Nesta linha de pensamento, o exercício da RP é regido por dois princípios/modelos: 1) “*empowerment*” e 2) “*recovery*” (King et al., 2007; Corrigan et al., 2008).

Um olhar para a perturbação mental assente nos princípios teóricos referidos permite compreender o objectivo principal de uma intervenção assente na reabilitação psicossocial: todas as pessoas têm ou podem desenvolver competências (sejam sociais, vocacionais, educacionais, entre outras) sendo mais valorizadas e enfatizadas as competências das pessoas ao invés dos seus défices (King et al., 2007).

Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos vários modelos de RP. Não obstante, todos eles têm em comum o mesmo objectivo: o restabelecimento do funcionamento social e psicológico através da redução da vulnerabilidade e stress a que os indivíduos estão sujeitos, e através da maximização das capacidades adaptativas e de funcionamento, em paralelo com o aumento dos apoios sociais, no sentido de possibilitar a experiência subjectiva de satisfação com a vida (Glynn, 2003; King et al., 2007).

A esquizofrenia, como iremos ver de seguida, é uma das doenças mentais que mais necessita e beneficia desta abordagem.

Capítulo 2. A Esquizofrenia: diagnóstico, prognóstico, prevalência e etiopatogenia.

Neste capítulo, iremos abordar, de forma breve, as questões relacionadas com o diagnóstico, prevalência e prognóstico da esquizofrenia, enfatizando os aspectos ligados aos défices na funcionalidade do indivíduo.

2. 1. Considerações Gerais

A esquizofrenia constitui-se como uma doença mental grave que traduz o grande paradigma da psiquiatria moderna (Marques-Teixeira, 2007).

Sem descuidar as abordagens propostas ao longo do tempo para a compreensão desta complexa entidade clínica, optámos por classificar a sintomatologia desta perturbação com base numa das classificações internacionais mais utilizada na clínica – Diagnostic and Statistic Mental Disorders, na sua quarta versão revista (DSM-IV-TR) (APA,2002) da Associação Psiquiátrica Americana.

2.2. Sintomatologia

De acordo com o DSM-IV-TR (APA,2002), a esquizofrenia define-se como uma perturbação que dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de fase de sintomas activos, estando estes sintomas associados a uma marcada disfunção social e/ou ocupacional. Ainda segundo esta classificação, os sintomas característicos podem ser conceptualizados em duas categorias: os sintomas positivos e os sintomas negativos. Os positivos parecem reflectir um excesso ou distorção de funções normais, nomeadamente, distorções do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), da percepção (alucinações), da linguagem e dos processos do pensamento (discurso desorganizado) e do autocontrolo do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico). Por outro lado, os sintomas negativos, incluem restrições da variedade e da intensidade de expressões emocionais (embotamento afectivo), da fluência e produtividade do pensamento e do discurso (alogia) e a iniciação de um comportamento dirigido com objectivo (avolição) (APA, 2002).

A esquizofrenia é, assim, uma das doenças mentais graves mais incapacitante e cuja evolução é, normalmente, crónica. É caracterizada por uma constelação de sintomas psiquiátricos que alteram a capacidade de viver independentemente e que, conseqüentemente, requer um elevado número de recursos de saúde mental para diminuir o seu impacto na sociedade (Choi & Medalia, 2009).

Para além dos sintomas positivos e negativos, um dos aspectos que tem vindo a merecer a atenção da comunidade científica diz respeito aos défices cognitivos presentes na esquizofrenia – que assumem igual importância no quadro sintomatológico do diagnóstico desta perturbação.

É hoje consensual, que os défices cognitivos representam os sintomas nucleares da esquizofrenia estando presentes desde o primeiro episódio (Medalia & Choi, 2009), permanecendo após remissão dos sintomas psicóticos.

De salientar ainda que a severidade dos défices cognitivos, mais do que os sintomas psicopatológicos, são os principais determinantes no funcionamento social e qualidade de vida dos que deles padecem (Palmer, Daves & Heaton, 2009).

A esquizofrenia é uma doença complexa que, para além dos sintomas que a caracterizam, conduz, na sua maioria, ao desenvolvimento de um grave défice na funcionalidade do indivíduo nas áreas pessoal, social/ocupacional e profissional. De seguida, apresentaremos o impacto que os défices na funcionalidade assumem na vivência diária do indivíduo com esquizofrenia.

2.4. Impacto

De acordo com os dados obtidos pela OMS (2002) a esquizofrenia apresenta uma incidência baixa (1% ao nível Mundial) que contrastando com o seu carácter crónico traduz valores de prevalência elevados. Encontra-se entre os 10 principais motivos de carga social a longo prazo (Roder et al., 2008).

Na esquizofrenia, mesmo após a remissão dos sintomas positivos, verifica-se a manutenção dos défices funcionais que contribuem para a obtenção dos valores acima referidos. De acordo com Kern, Glyin, Horan & Marder (2009), apesar de se ter verificado um avanço no domínio da medicação antipsicótica para a esquizofrenia – que conduz, na sua maioria, a um alívio dos sintomas positivos bem como do burden dos cuidadores do indivíduo – estes não são suficientes para promover um ajustamento e uma recuperação/recovery adaptadas. De acordo com Vaz Serra e colaboradores (2010), o desenvolvimento da esquizofrenia pode gerar défices significativos no domínio da funcionalidade - domínio desenvolvido no capítulo seguinte - que determina limitações no funcionamento social global que, como referido anteriormente, assume-se como critério necessário para a maioria das perturbações psiquiátricas.

Os défices na funcionalidade estão presentes nas fases iniciais da doença, durante os períodos de exacerbação e na sua fase residual e, por sua vez influenciam a integração do indivíduo na comunidade limitando o seu nível de autonomização. Estas ocorrências conduzem ao referido anteriormente no domínio da cronicidade e da carga social.

2.5. Modelos explicativos: *perspectivas históricas*

Segundo Marques-Teixeira (2007), o diagnóstico e intervenção da psicopatologia actual exige um esforço de conexão entre os avanços neurobiológicos e a compreensão sofisticada das experiências culturais e pessoais do doente. Para este autor a esquizofrenia, dada a sua complexidade, converge a integração das duas abordagens acima referidas. Se por um lado, a abordagem científica remete-nos para a identificação de uma causa que consiga definir o espólio de características sintomatológicas que constituem a esquizofrenia, por outro lado, esta abordagem científica deixa de parte os processos individuais que “*caracterizam este sujeito particular na senda da compreensão da sua forma de estar no mundo que, apesar da singularidade da experiência individual, poderá lançar luz sobre a estrutura geral das experiências comuns*” (p.1).

Os indivíduos com esquizofrenia estão sujeitos a uma significativa quantidade e diversidade de dificuldades resultantes da doença e da pressão do meio ambiente. Por sua vez, as exigências específicas da doença que constituem uma sobrecarga para o doente, influenciam e dificultam o estabelecimento de intervenções. A sobrecarga referida pode ser atenuada por factores protectores quer da pessoa doente quer dos prestadores de cuidado bem como do ambiente em que o doente está inserido (Roder et al., 2008). O modelo acima referido compreende uma grelha teórica para a compreensão da interacção entre a) vulnerabilidade genética e ambiental; b) exigências comprometedoras da doença e do meio e c) factores protectores pessoais e sociais (Roder et al., 2008; Silva, 2006). Assume como ponto de partida que os doentes com esquizofrenia apresentam uma vulnerabilidade para a doença do ponto de vista biológico e reconhece que o exacerbar sintomático pode ser igualmente resultado da presença a stressores com grau significativo.

Em suma, a intensidade e o curso dos sintomas são perspectivados como um balanço entre o grau de vulnerabilidade biológica e a intensidade do factor stressante.

2.3. Prognóstico

A evolução desta perturbação é caracterizada comumente pela presença distinta de três fases: a) fase prodrómica, consiste num período de deterioração na funcionalidade e um aumento da sintomatologia quer positiva quer negativa descrita anteriormente (Pratt et al., 2002) – alguns estudos afirmam que os défices cognitivos característicos desta perturbação estão presentes desde um nível de funcionamento premórbido (Palmer et al., 2009); b) fase aguda/activa, define-se pela presença severa e extrema da sintomatologia

sendo os sintomas positivos os mais significativos e c) fase residual da doença em que, apesar de se verificar a diminuição dos sintomas positivos da doença, há uma tendência para a manutenção dos sintomas negativos (Pratt et al., 2002) bem como dos défices cognitivos (Medalia et al., 2009) e dos défices da funcionalidade (Afonso, 2010) que permanecem após remissão dos sintomas psicóticos. Por sua vez, a persistência da sintomatologia negativa e dos défices cognitivos influenciam directamente os défices no domínio da funcionalidade verificados de igual forma na fase residual da perturbação (Ventura, Helleman, Thames, Koellner & Nuechterlein, 2009).

Afonso (2010) define cinco factores cuja interacção influenciam o desenvolvimento da esquizofrenia: factores sócio-demográficos, genéticos, história da doença, sintomas e um factor geral “outros”. Salienta-se que o tratamento precoce e a integração em programas de reabilitação e reinserção social são considerados pelo autor factores de bom prognóstico na esquizofrenia.

A recuperação e a evolução da doença são analisadas sob uma perspectiva biopsicossocial, indispensável ao desenvolvimento de um plano de intervenção assente na RP. A integração de aspectos quer biológicos quer sociais justifica a pertinência de um tratamento que, mais do que obter controlo sintomático *per se*, promova o controlo dos factores ambientais considerados stressores, auxiliando o indivíduo na sua integração social/comunitária.

Após uma abordagem geral acerca das principais características da esquizofrenia, passaremos a uma análise mais aprofundada sobre o domínio da funcionalidade que se encontra intimamente relacionado com a ocupação de tempos livres, tema central deste trabalho.

Capítulo 3. Do défice na funcionalidade à ocupação do tempo livre: qualidade de vida, auto-eficácia e satisfação com a ocupação do tempo livre.

Neste capítulo, iremos abordar de forma um pouco mais específica, o conceito de funcionalidade e o défice que comumente ocorre neste domínio no desenvolvimento da esquizofrenia. Dentro das várias áreas que a constituem, iremos de seguida, cingir este domínio à área da ocupação do tempo livre, frequentemente pouco satisfatória em indivíduos com esquizofrenia e sob a qual assenta a intervenção avaliada neste trabalho.

Concluimos este capítulo com a relação entre a ocupação de tempos livres em indivíduos com esquizofrenia e as variáveis em estudo: qualidade de vida, ocupação de tempo livre e satisfação com a ocupação de tempo livre.

3.1. Funcionalidade na Esquizofrenia

De acordo com Vaz Serra e colaboradores (2010), a funcionalidade de um indivíduo define-se *“enquanto participação em actividades no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interacções entre a pessoa e o ambiente é essencial, constitui uma área que engloba o funcionamento pessoal em contexto social, nas esferas comunitária, profissional e familiar”* (p. 1045). Segundo os mesmos autores, ao conceito de funcionalidade está inerente a capacidade do indivíduo envolver-se em tarefas. O desenvolvimento deste domínio por sua vez, está dependente de: a) volição ou motivação para a ocupação; b) habituação ou processo pelo qual a actividade está organizada em padrões ou rotinas e c) capacidade de desempenho ou conjunto de capacidades físicas e mentais que subjazem ao desempenho de competências ocupacionais.

Considera-se que ocorre défice na funcionalidade quando o indivíduo deixa de ser capaz de atingir os padrões de comportamento esperados para o seu grupo etário, nível sociocultural/económico e de desempenhar tarefas de carácter social, laboral ou académica que não estejam dependentes de factores extrínsecos ao mesmo. Défices no funcionamento psicossocial incluem dificuldades nas interacções sociais, dificuldade na manutenção dos relacionamentos e/ou incapacidade em funcionar de forma adequada no local de trabalho, questões habitualmente observadas em indivíduos com esquizofrenia (Roder et al., 2008).

Uma vez que, como anteriormente referido, as primeiras manifestações sintomáticas ocorrem frequentemente numa fase tardia da adolescência ou no início da idade adulta - que se constitui como um período crítico para a aquisição das capacidades fundamentais ao desempenho dos papéis sociais constituintes da idade adulta (e.g., entrada no mundo do trabalho e/ou aquisição de uma formação superior; construção de um relacionamento duradouro/família) - a não vivência destes marcos dificulta a construção de uma identidade auto-confiante. Por outro lado, a limitada aquisição de competências conduz a um gradual desinteresse pelo funcionamento social (insegurança/isolamento) que conduz a um esquecimento do repertório existente (Roder et al., 2008).

No estudo efectuado por Thornicroft et al., (2004) constituído por uma amostra de 404 indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia de 5 países da Europa e cujos objectivos prendiam-se em a) analisar o impacto pessoal da esquizofrenia no doente e nas suas famílias, no casamento e em casa, na educação e no emprego, no funcionamento social e na satisfação com a vida; e b) definir implicações para o desenho de futuras investigações, um dos resultados obtidos prende-se com o facto de que, a organização activa do tempo livre no contexto social de indivíduos com esquizofrenia assume-se como uma necessidade

frequentemente pouco satisfatória – especialmente em indivíduos sem qualquer tipo de ocupação (e.g., desempregados).

Sendo esta a área de intervenção sobre a qual o programa avaliado neste trabalho intervém, segue-se uma análise relativa à compreensão e pertinência do exercício desta em indivíduos com esquizofrenia bem como a sua relação com as variáveis referidas no início deste capítulo.

3.1.1. Ocupação dos Tempos Livres/Actividades de lazer

A literatura analisada (Pereira & Caroso, 2003;Freire, 2007;Moghadom,2011) salienta a integração em actividades de lazer como um factor importante de protecção da saúde mental traduzindo-se como instrumento de promoção do bem-estar. Moghadom (2011) refere que as actividades de lazer assumem um papel fundamental ao nível da construção e desenvolvimento da personalidade do indivíduo, da manutenção da sua qualidade de vida, do fortalecimento da sua rede de suporte social e do desenvolvimento e ajustamento do indivíduo ao meio social envolvente. Pereira e Caroso (2003) acrescentam que as actividades de lazer podem funcionar como factores de protecção contra sintomas psicopatológicos com benefícios na promoção do bem estar e como actividade de lazer para a reabilitação de indivíduos com perturbação mental grave. Por último, Craik e Pieris (2006) afirmam que a integração em actividades de lazer geram motivação – o indivíduo percepçiona-se como um ser produtivo com oportunidade para socializar – providenciam espaço para desenvolver a auto-identidade e oferece oportunidade para desenvolver/construir competências de cariz social.

Moghadom (2011) propõe uma definição de ocupação de tempo livre/lazer com base nas actividades desenvolvidas durante o período em que o indivíduo não se encontra a trabalhar (“tempo livre”). Contudo, esta definição não é linear ao longo da literatura revista (Craik, Pieris & Ivone, 2006; Stewart & Crak, 2007). Os autores definem o lazer com base na experiência subjectiva de cada indivíduo restringindo a sua definição a um fenómeno complexo que abrange a vivência pessoal em três domínios: a) tempo; b) ocupação; c) experiência. No que respeita ao primeiro domínio, o tempo de lazer surge como uma actividade que deve ser diferenciada do tempo de trabalho e do tempo dispendido para a realização das actividades necessárias para a vivência diária. Por outro lado, o lazer como ocupação pode assumir diferentes significados consoante o tempo e o contexto em que a actividade está a ser realizada verificando-se aqui a valorização da experiência subjectiva que este representa. Por último, ao nível da experiência que se percepçiona como

subjectiva a literatura refere alguns parâmetros que conduzem à compreensão da subjectividade relativa à experiência de lazer: liberdade de escolha; competência percebida ou controlo; sentimento de alegria/prazer; suspensão da realidade e intemporalidade.

Depois de limitar o que a literatura indica como a conceptualização do lazer, acresce referir que o tipo de actividade realizada durante o período de lazer caracteriza-se por: 1) actividades de lazer activo – requer o uso de energia física e/ou mental (e.g., fazer exercício físico); e 2) actividades de lazer passivo – não requer o uso de energia física e mental (e.g., fumar um cigarro).

Apesar de se constituir uma experiência subjectiva, as actividades de lazer surgem com padrões idênticos em grupos sociais específicos. Neste sentido, ao questionar o porquê de tal facto, a literatura refere a presença de alguns factores como influentes no comprometimento com actividades de lazer: 1) saúde mental e física; 2) presença de rotinas ocupacionais – parte da predictibilidade da vida no dia à dia reflecte a consistência da ocupação; 3) factores externos – presença de outros nas actividades; assumir responsabilidades; e por último, 4) factores internos – motivação intrínseca, sentido de auto-eficácia.

Tal como referido anteriormente, a organização activa de actividades de tempo livre é percebida como frequentemente insatisfatória em indivíduos com esquizofrenia (Thronicroft et al., 2004). Num estudo realizado por Krupa, McLean, Easterbrook, Bonham e Baksh (2003) que compara o envolvimento ocupacional entre pessoas com doença mental grave e pessoas sem doença mental demonstra que, os indivíduos com doença mental apresentam uma probabilidade menor de se envolver em actividades de lazer activas, produtivas e/ou sociais. Verificou-se ainda ocorrência de dificuldades ao nível da valorização, de desfrutar e sentir-se competente em relação às actividades realizadas. Para compreender estes resultados, vários estudos referem a influência da presença activa da sintomatologia negativa como limitadora do envolvimento ocupacional (Ventura et al., 2009). De salientar ainda que o ambiente, assim como os factores pessoais, assume um papel influente no envolvimento ocupacional de indivíduos com esquizofrenia. Este contribui para a forma como os indivíduos escolhem e organizam as suas actividades de tempo livre funcionando ainda como promotor de oportunidades e escolhas. Farnworth (2004) afirmou que ambientes institucionais exercem um controlo considerável sobre a vida diária dos residentes sendo que, segundo Suto & Frank (2004) citado em Stewart & Craik (2007), as expectativas ambientais assumem um papel principal no processo de recuperação dos indivíduos com doença mental.

Segundo Shimitas, Fossey & Harvey (2003), num estudo realizado com 229 adultos com esquizofrenia – 37 residentes na comunidade e 192 no Hospital - os indivíduos mais idosos ocupam o seu tempo livre, maioritariamente, em actividades de lazer passivas verificando-se de igual forma maiores níveis de socialização. Por outro lado, indivíduos mais novos ocupam o seu tempo livre, maioritariamente em actividades activas com menores níveis de socialização.

No geral, de acordo com os resultados obtidos no estudo de Craik et al., (2006), para indivíduos com PMG, contar o tempo dispendido e o número de actividades de ocupação de tempo livre em que estes estão envolvidos pode ser um modo restritivo de analisar a satisfação ou a ocupação de tempo livre. Pelo contrário, devem ser valorizadas a experiência individual e as necessidades individuais alcançadas pela ocupação de tempo livre.

3.2. Qualidade de Vida

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida define-se como “ *a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL,1995). Existem dois modelos de qualidade de vida: a) percepção subjectiva sobre um sentimento de bem-estar global e satisfação com a vida – medidas baseadas na satisfação do indivíduo com áreas vitais como relações, família, actividades de lazer e saúde; b) percepção objectiva através da consideração de aspectos objectiváveis do funcionamento e adaptação do sujeito nas diferentes áreas de vida.

3.2.1. Ocupação de Tempo Livre e Qualidade de Vida

De acordo com Priebe e colaboradores, (2011), a qualidade de vida constitui-se como um critério relevante nos resultados obtidos no tratamento da esquizofrenia.

O envolvimento em actividades de tempo livre significativas para o indivíduo – ou seja, actividades que visam alcançar um objectivo ou um propósito importante ao nível pessoal ou cultural - conduz não só a uma melhoria no funcionamento ocupacional mas também a um aumento da satisfação com a vida. A participação em actividades de lazer providencia oportunidades para descobrir nova informação, treinar competências sociais, alcançar necessidades psicológicas, biológicas e culturais. De acordo com Goldberg, Brintnell e Golberg (2002), é a participação em actividades de lazer significativas que contribui para um aumento da qualidade de vida do indivíduo. São poucos os estudos que

analisam a relação entre a ocupação de tempo livre e a qualidade de vida sendo mais frequente a relação entre a funcionalidade e a qualidade de vida. Contudo, num estudo de meta análise realizado por Lloyd e Auld (2002), nem sempre é clara a relação positiva entre a ocupação de tempo livre e a qualidade de vida sendo que, para estes dois autores, a variação que ocorre entre a análise destas duas variáveis é provocada por: a) natureza ou conteúdo do lazer no que se refere à qualidade de vida e b) critério pelo qual o domínio do lazer é medido. No que diz respeito ao primeiro, os autores referem que a qualidade de vida nas actividades de lazer envolve a identificação de actividades centradas no ambiente – condições de vida – e actividades centradas na pessoa – experiências de vida sendo, neste sentido, a análise do conteúdo das actividades influente para a avaliação da qualidade de vida. No que respeita ao segundo tópico, os autores referem que a medição do lazer influencia de igual forma os resultados obtidos na qualidade de vida identificando desta forma, dois tipos de avaliação: a) avaliação com critérios objectivos que visam medir o lazer em termos externos à experiência do indivíduo – habitualmente associado a uma perspectiva de actividades centradas no ambiente; e b) avaliação com critérios subjectivos que visam medir o lazer em termos relativos à experiência do indivíduo – habitualmente associado a uma perspectiva de actividades centrada na pessoa.

Posto isto, no estudo realizado por Lloyd e Auld (2002) cujo objectivo prende-se com a análise da qualidade de vida e a sua relação com a ocupação de tempo livre em indivíduos com esquizofrenia, as variáveis de lazer associadas a uma perspectiva centrada na pessoa – participação no lazer, satisfação e atitude perante o lazer – são frequentemente reportadas como assumindo uma influência mais positiva e significativa ao nível da qualidade de vida do indivíduo. Acrescem-se ainda como factores de lazer que influenciam a qualidade de vida o envolvimento em actividades de lazer social que além de providenciar a integração do indivíduo num grupo e formação de uma rede de suporte social, assume benefícios psíquicos nomeadamente ao nível da auto-estima e treino de competências pessoais e sociais.

Por fim, a literatura refere que a relação entre as expectativas pessoais – nível desejado de envolvimento – e a capacidade real de se envolver em actividades de lazer – nível de participação actual – deve ser tida em atenção numa intervenção relativa a este domínio uma vez que, quanto maior a falha entre as duas expectativas acima referidas, maior a probabilidade de se desenvolverem efeitos negativos no bem-estar/qualidade de vida do indivíduo.

A presença desta sintomatologia negativa associa-se de igual forma a avaliações menos favoráveis da qualidade de vida.

3.3. Auto-eficácia

O conceito de auto-eficácia surgiu com Bandura (1966) que o definiu como “*juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, possíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress*” (Pais Ribeiro, 1995). O conceito de auto-eficácia pode dividir-se em auto-eficácia geral (AEG) – capacidade geral para lidar com as tarefas e auto-eficácia específica (AEE) – crenças sobre a capacidade do indivíduo para desempenhar tarefas específicas. A AEE pode constituir-se como um aspecto limitador da AEG sendo que, indivíduos com elevada AEG, têm uma maior probabilidade de obter pontuações elevadas na AEE – o contrário não ocorre. Indivíduos com elevados níveis de auto-estima apresentam valores elevados de AEG (Suzuky, Amagai, Shibata & Tsai., 2011).

A confiança que o indivíduo apresenta relativamente à forma como desempenha os comportamentos necessários (expectáveis) não ocorre de forma espontânea. De acordo com Bandura (1966), é necessário um certo nível de auto-eficácia para realizar acções sendo que, a mesma, é conservada pelo próprio indivíduo desenvolvendo-se atendendo a quatro aspectos: a) cumprimento do desempenho; b) experiência vicariante; c) persuasão verbal; e d) excitação emocional (Suzuky et al., 2011). A compreensão destes domínios pode assumir-se como necessária para o desenvolvimento de intervenções que visem o aumento da auto-eficácia no envolvimento em ocupações de tempo livre.

3.3.1. Ocupação de Tempo livre e Auto-Eficácia

A importância de desenvolver a auto-eficácia em pessoas com doença mental grave é amplamente reconhecida (Suzuky et al., 2011).

Apesar de um dos factores referidos anteriormente no domínio pessoal como influente no comprometimento com actividades de tempo livre prender-se com o sentido de auto-eficácia (Craig & Pieris., 2006), são poucos os estudos que reflectem a relação entre a auto-eficácia e a ocupação de tempo livre.

Neste sentido, o estudo que está na base deste subcapítulo prende-se com a identificação de factores relativos à auto-eficácia e a participação social, área intimamente relacionada com a ocupação de tempo livre, em indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia residentes na comunidade e inseridos em programas de reabilitação (Suzuki et al., 2011).

Estes referem que os factores pessoais que inibem a participação social de pessoas com doença mental grave em actividades de lazer assentam na presença de défices ao nível da funcionalidade, na presença de sintomatologia e na percepção individual (auto-eficácia). Um dos motivos pelo qual os autores do estudo explicam os níveis reduzidos da auto-eficácia em indivíduos com PMG prende-se com a falta de confiança na vivência comunitária que por sua vez constitui-se como uma barreira para a reintegração social de indivíduos com perturbação mental grave.

Os resultados obtidos pelos autores supramencionados revelam, perante a amostra observada, diferenças significativas entre o nível de auto-eficácia em indivíduos empregados e indivíduos desempregados sendo menor neste último. Trabalhar pode ser experienciado como uma forma de participação social conduzindo a um maior nível de auto-eficácia no domínio social e geral desta variável. Eklund (2010), identificou os domínios significativos que indivíduos sem emprego e com PMG atribuíram ao seu envolvimento em ocupações diárias, nomeadamente: 1) ser aceite socialmente; 2) sentir-se competente e aceite pela sociedade; 3) criar rotinas e ser produtivo; 4) ser criativo e procurar conhecimento; 5) tomar conta do corpo e mente. De salientar que os dois primeiros aspectos reportam-nos para o conceito de auto-eficácia, domínio considerado pelos indivíduos como significativo para o seu envolvimento em actividades de lazer.

Por fim, os estudos apresentam correlações significativas entre AE para a participação social, AEG, auto-estima, satisfação com a vida e estado de saúde mental sendo que, a interrelação entre as variáveis supracitadas revelam que o aumento de uma variável conduz ao aumento das outras.

Após analisar o estado da arte relativa à relação entre a qualidade de vida e a auto-eficácia, variáveis influentes no envolvimento na ocupação de tempo livre, pretende-se agora especificar modelos de tratamento de reabilitação psicossocial que integram o exercício do domínio funcional referido que, como visto anteriormente, é identificado como frequentemente insatisfatório em indivíduos com esquizofrenia.

Capítulo 4: Do diagnóstico à intervenção: uma questão de reabilitação

Neste capítulo, abordamos de forma geral uma perspectiva histórica relativa a modelos de intervenção desenvolvidos especificamente para a intervenção na área da funcionalidade no indivíduo com PMG sendo que, a finalizar a revisão da literatura, abordamos de forma mais incisiva o programa de ocupação de tempos livres do WAF, programa avaliado com base na sua influência nas variáveis descritas anteriormente.

4.1. Tratamento farmacológico

Até à década 50 do século passado, os recursos existentes para tratar os doentes psicóticos eram limitados sendo os alienados isolados da sociedade em grandes instituições, designadas por “*asilos de loucos*” (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2001, pp.47) onde a prestação de cuidados assumia proporções extremamente desumanas e desadequadas. O ponto de viragem no tratamento da doença mental ocorre em 1952, aquando da descoberta da clorpromazina – um medicamento capaz de atenuar a sintomatologia psicótica destes doentes - que veio afectar profundamente o tratamento oferecido às pessoas com PMG. Uma vez assegurado o controlo sintomático através de medicação antipsicótica, ocorreu uma mudança de paradigma no tratamento da PMG, substituindo-se o *locus* dos cuidados do hospital para a comunidade (Campos, 2009).

Assim, na década de 60 do século XX, assistiu-se ao movimento de desinstitucionalização, processo que marcou a passagem dos doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade (Campos, 2009). Este processo, apesar da sua melhor intencionalidade, não foi acompanhado de um suporte comunitário adequado, existindo extremas carências ao nível de respostas, recursos e intervenções. Tal ocorre porque, apesar das intervenções precoces e tratamentos eficazes para as fases agudas de exacerbação dos sintomas serem importantes para minimizar a incapacidade, os tratamentos a longo-prazo e a reabilitação são, quase sempre, essenciais para obter resultados terapêuticos bons e duradouros (Kopelowicz & Liberman, 2003) – aspecto desconsiderado no processo da desinstitucionalização.

Deste modo, o movimento de desinstitucionalização, conjuntamente com o desenvolvimento de uma visão biopsicosocial da doença, cruzou-se com a necessidade de se desenvolver programas de RP que permitisse à pessoa com PMG adaptar-se à vida na comunidade de forma global.

4.2. Modelos de Intervenção Integrada

A evolução na compreensão da esquizofrenia traduziu-se também numa evolução ao nível do tratamento direccionado à área da funcionalidade psicossocial. Actualmente, a perspectiva de compreensão biopsicosocial da doença, conduz à necessidade de intervenção na PMG com base em programas de tratamento integrado, como referido anteriormente.

Proporcionar apoio aos indivíduos com PMG na redefinição dos seus papéis sociais/objectivos de vida pode funcionar como um método de envolver o doente no seu tratamento motivando-o para o processo de reabilitação. Acresce-se ainda o facto de que, os indivíduos que participam activamente na definição dos seus objectivos terapêuticos são mais propensos a aumentar o *insight* da sua doença. Um envolvimento com sucesso do indivíduo na sua perturbação requer uma abordagem não autoritária e imparcial bem como a tolerância à não adesão à medicação durante o período de tempo. Utentes com perturbação mental grave em regime de internamento parcial deveriam ser integrados nos serviços que a comunidade oferece de forma a que a hospitalização seja o mínimo disruptiva e para que, os serviços providenciados de reabilitação pós hospitalar na comunidade possam ser implementados de forma rápida. Contudo, esta ideologia de tratamento não ocorre com frequência sendo que, não tendo suporte após a alta hospitalar, os indivíduos regressam a um ciclo de recaída – hospitalização – alta e nova recaída (Kopelowickz & Liberman, 2003).

Para diminuir o impacto da integração na comunidade, foram desenvolvidos programas de reabilitação que, através de um tratamento integrado, proporciona ao indivíduo o alcance dos seus objectivos recorrendo aos diversos níveis necessários para o efeito, quer seja a nível farmacológico, quer seja recorrendo à psicoterapia, treino de competências sociais, psicoeducação familiar e/ou emprego.

Atendendo às necessidades que foram surgindo pelos indivíduos com esquizofrenia como resultado da sua integração na comunidade, foram desenvolvidas algumas modalidades de intervenção baseadas na ideologia de Reabilitação Psicossocial: Treino de Competências Sociais (TCS), Terapia Integrada de Psicologia (IPT) e, como submodelo do IPT, o WAF com intervenção residencial, vocacional e de ocupação de tempos livres.

4.2.1 Do IPT ao WAF

O IPT foi o primeiro programa de treino de competências sociais que incluiu um módulo de estimulação cognitiva uma vez que, de acordo com Roder e colaboradores (2002), um programa de reabilitação de sucesso deve combinar remediação neurocognitiva com o desenvolvimento/treino de competências sociais.

Constitui-se como um programa desenvolvido especificamente para a esquizofrenia que integra remediação neurocognitiva e cognição social com funcionamento psicossocial (competências sociais e resolução de problemas). Constituído por 5 subprogramas, este modelo de intervenção assume como pressuposto, que os défices básicos no funcionamento neurocognitivo adquirem um efeito perverso em níveis elevados de

organização comportamental incluindo competências sociais e funcionamento independente. Os objectivos para cada subprograma dependem dos défices e “vantagens” de cada participante com foco nos resultados ao nível do funcionamento (Roder, Mueller, Mueser & Brenner, 2006).

Quando se tornou claro que a estimulação cognitiva era um desafio suficientemente exigente e que deveria ser trabalhado com maior profundidade (incluindo a cognição social), os autores do IPT optaram por expandir o programa para dois programas mais específicos: a Terapia Integrada de Neurocognição (INT) e o WAF.

Centrando-nos agora no WAF, programa cuja eficácia pretende ser avaliada por este estudo, o facto deste estar subdividido em três áreas específicas da funcionalidade do indivíduo deve-se à necessidade perspectivada pelos técnicos e pelos utentes de desenvolver programas de competências sociais específicos a situações do quotidiano do indivíduo com esquizofrenia. O desenvolvimento de programas específicos de competências sociais pode facilitar a capacidade de doentes com esquizofrenia na sua integração na comunidade. Verifica-se a transferência das capacidades sociais existentes nas pessoas com esquizofrenia para o seu quotidiano e a generalização da utilização de competências sociais e de reabilitação psicossocial às diferentes áreas individuais e relevantes da vida dos doentes (Roder et al., 2008).

4.2.3. WAF – Ocupação de Tempo Livre: Considerações Gerais

4.2.3.1. Apresentação Geral

Neste estudo, o programa em análise é o de Ocupação dos Tempos Livres. Este programa é constituído por 12 unidades sendo que cada uma compreende sessões teóricas, sessões de saída ao exterior e sessões individuais.

O programa é desenvolvido com base no alcance de quatro etapas: 1) clarificação das necessidades pessoais e treino dos recursos disponíveis; 2) definição de objectivos pessoais e treino para o alcance estruturado dos mesmos; 3) treino de competências sociais necessárias ao alcance dos objectivos definidos anteriormente e por último, treino de estratégias de coping que permitam ao indivíduo gerir as dificuldades que encontre ao nível ambiental e pessoal.

4.2.3.2. Objectivos Específicos

Os principais objectivos deste programa prendem-se com a melhoria das competências sociais; aumentar/melhorar as capacidades de resolução de problemas e

aumentar/melhorar os recursos de realização no domínio da ocupação do tempo livre com actividades de lazer/diversão.

Ao longo desta breve contextualização teórica foi referido o impacto que a funcionalidade assume nas pessoas com PMG, especificamente, com Esquizofrenia, ao nível do funcionamento social/ocupacional na vivência quotidiana.

Vimos, também, a evolução que os modelos de intervenção na funcionalidade foram sofrendo ao longo dos anos bem como, de forma breve, quais os fundamentos teóricos, os objectivos e as estratégias de intervenção de um desses programas específicos de intervenção na funcionalidade ao nível ocupacional: o OTL-WAF

Por serem desconhecidos estudos em Portugal que avaliam a eficácia de programas de intervenção a este nível – o que contrasta com a necessidade da sua realização identificada quer por técnicos que por doentes - facilmente se compreende a importância de avaliar os programas existentes e de reflectir acerca dos benefícios e/ou limitações que os mesmos adquirem em contexto real.

Assim sendo, o objectivo geral deste estudo é o de avaliar a eficácia do módulo de ocupação de tempo livre do WAF.

II. Metodologia

5. Objectivos específicos

Os objectivos específicos deste estudo são: 1) avaliar o programa de ocupação de tempos livres do WAF na satisfação com o módulo da ocupação de tempos livres dos participantes; 2) avaliar o módulo de ocupação de tempos livres do WAF na qualidade de vida dos participantes; 3) avaliar o módulo de ocupação de tempos livres do WAF no sentido de auto-eficácia dos participantes; 4) perceber a satisfação dos participantes com o módulo de ocupação de tempos livres do WAF; 5) promover para o desenvolvimento de conhecimento científico em Portugal através da utilização de modelos interventivos de reabilitação psicossocial – no caso deste trabalho, na área da ocupação de tempos livres.

6. Questões de Investigação:

Tendo por base os objectivos acima referidos desenvolvem-se as seguintes questões de investigação:

- Qual o impacto do módulo de ocupação de tempo livre do WAF na satisfação com a ocupação de tempos livres dos participantes?
- Qual o impacto do módulo de ocupação de tempo livre do WAF na qualidade de vida dos participantes?
- Qual o impacto do módulo de ocupação de tempo livre do WAF no sentido de auto-eficácia dos participantes?
- Qual é a satisfação dos participantes no que concerne à participação no módulo de ocupação de tempo livre do WAF?

7. Participantes:

Participaram neste estudo, três indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia residual, dois com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide e um com o diagnóstico de perturbação depressiva major com características psicóticas incongruentes com o humor. Todos os participantes vivem na comunidade e frequentam o hospital em regime parcial.

Procede-se a uma breve caracterização sócio-demográfica e clínica de cada participante sendo que, acrescem-se ainda informações acerca da ocupação actual de tempos livres identificado por cada participante.

Participante N: é do sexo feminino, tem 36 anos. Terminou o 12º. Ano de escolaridade tendo frequentado três anos de licenciatura em Enfermagem. Encontra-se actualmente reformado mas já trabalhou como empregado de balcão. É solteiro e vive com os pais. Integrou pela primeira vez o hospital psiquiátrico em regime parcial em 2006, com o diagnóstico de perturbação depressiva major com características psicóticas incongruentes com o humor, onde permanece até à data. À semana, durante o período pós hospital ocupa o seu tempo livre, em passeios ou permanecendo em casa. Durante o fim - de - semana visita os tios e os primos e lê.

Participante ZP: é do sexo masculino, tem 45 anos. Terminou o 12º. Ano de escolaridade e está, actualmente a terminar um curso tecnológico no programa Novas Oportunidades. Casado, reside com esposa, sogro e filha, já trabalhou como empregado de balcão estando actualmente reformado. Apesar de não ter sido possível termos acesso aos registos anteriores, sabe-se que este participante frequenta o hospital em regime parcial desde 1997 com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide. Contudo, o diagnóstico da perturbação foi realizado prévio à data referida. À semana, durante o período pós hospital, ocupa o seu tempo livre no café, a acompanhar o sogro e/ou a fazer refeições em casa.

Durante o fim - de - semana mantém a ocupação da semana com o acréscimo do passeio com a mulher.

Participante AL: é do sexo masculino, tem 45 anos. Tem o 5º. Ano de escolaridade completo e encontra-se actualmente reformado mas já trabalhou como empregado de balcão. É solteiro e vive com a mãe e o irmão. Integrou pela primeira vez o hospital em 1988 com o diagnóstico de Esquizofrenia. Desde a altura e até à data, permanece internado em regime parcial. No horário pós hospital, ocupa o seu tempo livre em casa a ver televisão ou a passear com colegas do hospital e/ou com o irmão.

Participante F: é do sexo masculino e tem 49 anos. Tem o 7º. Ano de escolaridade completo. Apesar de se encontrar actualmente reformado, F já trabalhou na construção civil. No hospital realizou também trabalhos remunerados no bar e como jardineiro. É solteiro e vive sozinho com o apoio próximo dos pais. Apesar de não ter sido possível termos acesso aos registos anteriores, sabe-se que este participante frequenta o hospital em regime parcial desde 1997 com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide. À semana, durante o período pós hospital, ocupa o seu tempo livre em casa a tratar do quintal, a arrumar a casa e a cozinhar as suas refeições. Ao fim - de - semana joga futebol com amigos e utiliza os transportes públicos para passear junto à praia.

Participante AB: é do sexo masculino e tem 52 anos. Tem o 7º. Ano de escolaridade completo e encontra-se actualmente reformado - apesar de já ter trabalhado como paquete metalúrgico e distribuidor. É divorciado e vive com o pai. Em 1996 foi internado pela primeira vez em regime completo com o diagnóstico de Psicose Esquizofrénica tendo transitado para regime parcial em 1997 – regime de internamento que se mantém à data. À semana, durante o período pós hospital, ocupa o seu tempo livre em casa a ler. Ao fim - de - semana frequenta o café e lê o jornal.

Participante JL: é do sexo masculino e tem 56 anos. Tem o 5º. Ano de escolaridade completo, é reformado mas já trabalhou como empregado de balcão. Solteiro e a viver sozinho, foi internado pela primeira vez no hospital em 1989. Apesar de não ter sido possível termos acesso aos registos anteriores, sabe-se que este participante frequenta o hospital em regime parcial desde 2000 sob o diagnóstico de Esquizofrenia Residual.

Os critérios de inclusão deste estudo foram adaptados aos definidos pelo manual do WAF (Roder et al., 2008) e incluem: idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos;

ausência de abuso de álcool ou outras substâncias; suficiente estabilidade psiquiátrica que permita participar nas sessões do programa e conseqüentemente, neste estudo.

8. Procedimentos:

8.1. Desenho do estudo:

Para responder aos objectivos deste estudo, optou-se por uma metodologia de estudo de casos múltiplos utilizando um desenho do tipo pré-pós, com vista a avaliar a eficácia do módulo de ocupação de tempos livres do WAF nas áreas da auto-eficácia geral, qualidade de vida e satisfação com a ocupação de tempos livres.

Esta escolha resultou do facto de o reduzido número de participantes e heterogeneidade do perfil de défices cognitivos não permitir uma metodologia de natureza experimental. O número de sessões realizadas por cada utente diferiu segundo os critérios de assiduidade ao programa.

Em todas as sessões era preenchido um diário de bordo onde constava o número da sessão, a data, o perfil comportamental observado bem como a participação nas sessões. Este diário permitiu aos técnicos monitorizar as sessões.

Segundo Yin (2003) uma metodologia de estudo de caso deve explicitar as unidades de análise, a forma como os dados se relacionam com as questões de investigação, e quais os critérios para interpretação dos resultados.

O presente estudo teve como unidades de análise a intervenção a que cada participante foi submetido, medida em termos de horas total e tipo de estimulação utilizada. No que diz respeito aos critérios para interpretação dos resultados, baseou-se nas medidas de avaliação da satisfação com a ocupação de tempos livres, auto-eficácia geral e de qualidade de vida utilizadas no estudo.

Acresce-se ainda a inclusão de uma avaliação de cariz mais qualitativo referente à satisfação com o programa.

8.2. Instrumentos:

Os instrumentos utilizados neste estudo procuram avaliar as variáveis de satisfação com a ocupação de tempos livres, qualidade de vida, auto-eficácia e satisfação com o programa.

Foi desenvolvida uma ficha de caracterização sócio-demográfica, ocupacional e clínica de cada participante com recurso à informação obtida em: a) questionário de caracterização sócio-demográfica (idade, género, estado civil, habilitações literárias); b) processos clínicos

de cada participante (diagnóstico psiquiátrico, tempo de internamento, actividades de ocupação do tempo livre); e c) entrevista não estruturada com os participantes (actualização/confirmação das actividades de ocupação do tempo livre descritas nos processos).

Seguidamente, analisaremos com maior especificidade os instrumentos utilizados para avaliar as variáveis anteriormente referidas.

8.2.1. Questionário de Satisfação com a Ocupação de Tempo Livre

Para avaliar a satisfação com a ocupação de tempos livres, foi desenvolvido um questionário que se encontra em anexo (Anexo 1).

A elaboração deste questionário ocorreu por necessidade clínica devido à: a) inexistência de um questionário que avaliasse o domínio referido adequado às especificidades da população alvo; e b) pertinência da avaliação do domínio que adquire o foco principal no programa em avaliação.

Pelos motivos acima referidos, o questionário foi construído tendo por base a Escala de Atitudes face ao lazer em adolescentes e jovens adultos de Freire e Fonte (2007) e a Escala de Avaliação do Funcionamento Adaptativo Social de Bellack, Mueser, Gingerich e Agnesto (2004). Atendendo aos objectivos a alcançar com a aplicação do programa e tendo em conta a informação disponibilizada pela literatura a respeito da ocupação de tempos livres em indivíduos com esquizofrenia, o questionário é desenvolvido para avaliar a percepção do indivíduo relativamente à sua capacidade de organizar e de se envolver em actividades de tempo livre.

Neste sentido, o questionário contabiliza 13 questões sendo a primeira uma questão cuja resposta procede de uma análise descritiva e é relativa à frequência semanal de envolvimento em actividades de lazer/diversão específicas.

As restantes questões foram construídas com um formato de resposta baseado numa escala de likert em que o valor 1 corresponde a “concordo totalmente” e 5 a “discordo totalmente”.

A cotação dos resultados é realizada através da soma dos valores brutos obtidos entre as questões 2 e 13, inclusivé. As questões 3,5,10 e 12 são questões de cotação inversa. Posto isto, atendendo ao referido anteriormente, quanto maior o valor obtido, menor a satisfação verificada com a ocupação de tempo livre.

Numa linguagem adequada à população-alvo, o questionário abrange os domínios inter e intrapessoal da OTL. Não sendo um instrumento validado para a população Portuguesa, a

análise dos resultados obtidos requer cuidado uma vez que não existem valores de comparação padronizados.

8.2.2. Avaliação da Qualidade de Vida

Outra das dimensões avaliadas foi a qualidade de vida. Recorreu-se à adaptação Portuguesa do Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) (WHOQOL GROUP, 1998; adaptação portuguesa de Vaz-Serra et al., 2006). Este instrumento é constituído por 26 perguntas. Duas questões de cariz mais global, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde e as restantes 24 representam cada uma das facetas específicas que constituem o instrumento original (Vaz Serra et al., 2006). Estas 24 questões dividem-se em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

A cotação do instrumento é realizado mediante o somatório dos valores obtidos sendo que, quanto maior o resultado, maior a percepção de qualidade de vida. De referir ainda que as questões 3, 4 e 26 são de cotação inversa.

8.2.3. Avaliação da Auto-Eficácia Geral

Esta variável será analisada a partir da Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral construída por Pais Ribeiro (1995). É uma escala validada para a população Portuguesa que pretende analisar o construto segundo a seguinte definição: “ juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, possíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress”. O objectivo desta escala é avaliar a auto-eficácia geral em jovens e adultos sendo que é constituída por 15 itens que se diferenciam em 3 factores: 1) iniciação e persistência – 6 itens; 2) eficácia perante a adversidade – 5 itens; c) eficácia social – 4 itens. A cotação do instrumento é realizada mediante a atribuição do valor 1 para a resposta A (“ discordo totalmente”) e 7 à resposta G (“ concordo totalmente”) sendo que as respostas obtidas no intervalo de A a G correspondem ao intervalo numérico de 1 a 7. Neste sentido, quanto maior o valor de pontuação bruta obtido, maior o sentido de auto-eficácia. As questões 3,4,5,7,8,9,10,12,14 e 15 são de cotação inversa.

Foi obtida autorização para a utilização da versão portuguesa dos questionários da qualidade de vida (através de comunicação com a Dr^a Sofia Gameiro) e do questionário da AEG (por comunicação com o Dr^o João Luís Pais Ribeiro).

8.2.4. Satisfação com o programa

Por fim, e para percebermos qual a satisfação dos utentes relativamente ao programa colocámos algumas questões abertas, com pistas pré-definidas. Ex: Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência nas sessões de ocupação de tempos livres do WAF,

- como passava o tempo;
- em relação ao programa (gostou/não gostou), (fácil/difícil);
- ajudou/não ajudou.

8.3. Protocolo de Intervenção:

As sessões do programa de ocupação de tempos livres do WAF decorreram duas vezes por semana – uma sessão teórica com a duração de uma hora e prática com a duração de duas horas e meia.

No total, foram realizadas 17 sessões teóricas e 16 sessões práticas, o que se traduz num total de 57 horas em sessão - 17 horas teóricas e 40 horas práticas, perfazendo um conjunto de 33 sessões. Este número encontra-se em conformidade com o previsto pelo manual (entre 30 a 35 sessões) constituindo-se também acima do limiar expectável para a formação de coesão grupal em indivíduos com esquizofrenia – 20 sessões (Roder et al., 2008., p.133).

8.4. Procedimentos de recolha de dados

A participação no módulo de ocupação de tempos livres do WAF foi voluntária tendo resultado de uma opção dos doentes após sessão de esclarecimento sobre o mesmo mediante a entrega de panfletos informativos (cf. Anexo 2).

Para a execução do presente estudo foi obtida a aprovação da Comissão de Ética da unidade hospitalar sendo a integração dos utentes no programa assegurada mediante declaração de consentimento informado, assegurando, assim a exequibilidade dos procedimentos éticos. A administração dos instrumentos de avaliação utilizados para efeitos do presente estudo foi realizada pela autora deste trabalho que se encontrava a estagiar no local.

Uma semana após a apresentação do programa, cinco utentes manifestaram interesse na integração no mesmo sendo que, o sexto elemento integrou o grupo após o início das primeiras sessões.

Antes de iniciar o programa, os elementos que manifestaram interesse pela integração no programa foram convidados a reunir a fim de: a) esclarecer dúvidas acerca do programa; b) assinar um consentimento informado; e c) preencher os questionários anteriormente referidos.

Após o término destas sessões os participantes foram convidados a preencher os questionários aplicados numa fase inicial do programa e cujos resultados desenvolveremos no capítulo seguinte.

Ao longo do programa foi desenvolvido um diário de bordo, assente na análise do perfil comportamental de cada indivíduo observado ao longo das sessões, diário cujo objectivo prende-se com facilitar um melhor acompanhamento dos participantes ao longo da sessão reforçando a sua evolução durante a participação no programa.

8.5. Procedimento de análise de dados:

Para facilitar a compreensão dos dados de avaliação e o estudo da diferença entre a primeira e a segunda avaliação, seguiu-se a proposta de Vaz Serra (1986), calculando-se para cada pontuação obtida o afastamento desta face à média em unidades de desvio-padrão (DP). A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$\text{(pontuação obtida – média) / DP}$$

Este cálculo permite-nos perceber se os resultados estão dentro da média ou se, pelo contrário, existe défice cognitivo. É considerado um provável défice cognitivo sempre que o valor obtido na fórmula anterior for inferior a um desvio padrão. Este cálculo foi utilizado para o questionário da qualidade de vida. Os restantes questionários, por inexistência de valores padronizados necessários à aplicação da fórmula, foram analisados mediante a comparação entre os resultados da pontuação bruta obtida.

Este cálculo permite-nos perceber se os resultados estão dentro da média ou se, pelo contrário, existe alteração entre as avaliações. É considerado défice sempre que o valor obtido na fórmula anterior for inferior a um desvio padrão.

III RESULTADOS

Uma vez que se trata de um estudo de caso múltiplo apresentaremos os resultados em seis subcapítulos correspondendo cada um deles a um participante.

Deste modo, para cada participante, será descrito: 1) assiduidade – aspecto revelador da participação no programa; 2) análise descritiva do envolvimento em actividades de ocupação de tempos livres através da resposta à primeira questão do questionário de satisfação com a ocupação dos tempos livres no momento pré e pós integração no programa em estudo; 3) análise dos resultados obtidos nas variáveis em análise no momento pré e pós integração no programa em estudo e por último, 4) uma breve síntese dos resultados obtidos atendendo à informação obtida nos tópicos anteriores.

9.1. Participante N

9.1.1. Assiduidade

O participante N apresentou um percurso de participação nas sessões estável que se traduz num total de 52,5 horas em sessão. Integrou 15 sessões teóricas e 16 sessões práticas tendo como tal, faltado a duas sessões da modalidade teórica e uma da modalidade prática. Recorrendo ao diário de bordo é possível concluir que, os três momentos em que o participante faltou foram pontuais e deveram-se ou a esquecimento ou a consultas agendadas pela equipa técnica do hospital para o horário do programa, não existindo, como tal, intencionalidade na falta.

9.1.2. Impacto no envolvimento em ocupações de tempo livre

Conforme análise tabela (anexo 3), no segundo momento da avaliação, observa-se um aumento na frequência semanal em que as actividades “fazer desporto” e “ ler livros” são realizadas.

9.1.3. Avaliação Pré e Pós OTL-WAF

Neste momento, iremos analisar os valores obtidos nas variáveis de análise propostas: satisfação com a OTL, auto-eficácia e qualidade de vida.

Tabela 1. Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres de N

Instrumento		Pré OTL-WAF PB ^(a)	Pós OTL-WAF PB ^(a)
Satisfação com a Ocupação de Tempo Livre	Total	26	31

^(a) Pontuação Bruta

Conforme se pode verificar pela Tabela 1., no segundo momento da avaliação, o participante N apresenta valores mais elevados de satisfação com a ocupação de tempos livres indicando assim, um decréscimo da satisfação relativa a este domínio.

Tabela 2. Avaliação da Auto-Eficácia Geral de N

<i>Domínios</i>	Pré OTL – WAF	Pós OTL-WAF
	PB ^(a)	PB ^(a)
Iniciação e persistência	22	31
Eficácia perante a adversidade	34	28
Eficácia social	16	15
Total	72	74

^(a) Pontuação Bruta

Para o aumento de dois pontos verificados no valor da AEG contribuiu um aumento nos domínios “iniciação e persistência” verificando-se uma quebra relativamente aos valores obtidos no segundo momento no domínio “eficácia perante a adversidade” e “eficácia social”. Este valor indicia uma melhoria no sentido de auto-eficácia geral no segundo momento

Tabela 3. Valores do instrumento de qualidade de vida de N

	Pré	Pós
	OTL-WAF	OTL-WAF
	PB (DP)*	PB (DP)*
Domínio 1:Físico	27 (-.69)	29 (.29)
Domínio 2:Psicológico	17 (-2.10)	21 (-.69)
Domínio 3:Relações Sociais	11 (-.09)	9 (-1.40)
Domínio 4:Meio Ambiente	28 (-.15)	30 (.82)

PB : Pontuação Bruta; DP : Desvio Padrão.

Conforme se pode verificar, num segundo momento da avaliação, o participante N apresenta melhorias no domínio “*Psicológico*” que, apesar de deixar de assumir um valor clínico mantém-se num valor que indicia uma percepção negativa deste domínio na qualidade de vida. Por outro lado, o domínio “*Relações Sociais*” contrariamente ao anterior,

passa a representar um valor clínico não existente no primeiro momento avaliativo verificando-se assim um decréscimo na percepção da qualidade de vida. Os valores obtidos nos domínios “Físico” e “Ambiente” indiciam uma melhoria que pode influenciar a percepção relativa à qualidade de vida.

9.1.4. Impacto da participação no programa de ocupação de tempos livres do WAF

Através da análise dos resultados podemos constatar que existem melhorias na avaliação pós-intervenção ao nível do valor geral de auto-eficácia e de forma geral, ao nível da qualidade de vida – com melhorias em três dos quatro domínios constituintes do questionário.

Verifica-se contudo, uma diminuição na satisfação com a ocupação de tempos livres.

A análise ao diário de bordo de N permite-nos observar que este participante revela ao longo do programa um maior à vontade no domínio da comunicação e da interação em grupo sendo observável o desenvolvimento de uma postura mais crítica relativamente à sua vivência diária e ocupação de tempos livres. No anexo 4 encontra-se o testemunho realizado pelo participante relativamente à integração no programa que permite observar de modo individual, os aspectos/aprendizagens considerados mais relevantes pelo mesmo relativo à integração no OTL-WAF.

9.2. Participante F

9.2.1. Assiduidade

O participante F apresentou um percurso de participação nas sessões estável que se traduz num total de 53,5 horas em sessão. Integrou 16 sessões teóricas e 15 sessões práticas tendo como tal, faltado a uma sessão de cada modalidade. Recorrendo ao diário de bordo é possível concluir que, os dois momentos em que o participante faltou foram pontuais e devem-se a esquecimento, não sendo a falta intencional.

9.2.2. Impacto no envolvimento em ocupações de tempo livre

Conforme análise tabela (anexo 5), no segundo momento da avaliação, observa-se um aumento na frequência semanal com que a actividade “ ler livros” é realizadas sendo

contudo, maior o número de actividades de ocupação de tempo livre em que a frequência semanal decresce.

9.2.3. Avaliação Pré e Pós OTL-WAF

Neste momento, iremos analisar os valores obtidos nas variáveis de análise propostas: satisfação com a OTL, auto-eficácia e qualidade de vida.

Tabela 4. *Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres de F*

Instrumento		Pré OTL-WAF	Pós OTL-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Satisfação com a Ocupação de Tempo Livre	Total	24	25

^(a) Pontuação Bruta

Conforme se pode verificar pela Tabela 4., no segundo momento da avaliação, o participante F apresenta valores mais elevados de satisfação com a ocupação de tempos livres indiciando assim, um decréscimo da satisfação relativa a este domínio.

Tabela 5. *Avaliação da Auto-Eficácia Geral de F*

Instrumento	Domínios	Pré OTL-WAF	Pós OTL-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Auto-Eficácia Geral	Iniciação e persistência	36	27
	Eficácia perante a adversidade	35	22
	Eficácia social	16	14
	Total	87	63

^(a) Pontuação Bruta

A análise da tabela 5. permite-nos observar que, num segundo momento avaliativo, o participante F apresenta um decréscimo dos valores obtidos nas áreas de “Iniciação e Persistência” e “Eficácia perante a adversidade” e “Eficácia social”. Posto isto, verifica-se uma diminuição no total obtido na pontuação bruta indiciando uma diminuição no sentido de auto-eficácia geral.

Tabela 6. Valores do instrumento de qualidade de vida de F

	Pré	Pós
	OTL-WAF	OTL-WAF
	PB (DP)*	PB (DP)*
Domínio 1:Físico	25 (-1.18)	28 (-.20)
Domínio 2:Psicológico	20 (-1.21)	22 (-.25)
Domínio 3:Relações Sociais	9 (-1.40)	12 (.31)
Domínio 4:Meio Ambiente	22 (-1.71)	27 (-.15)

* PB: Pontuação Bruta; DP: Desvio Padrão;

Conforme se pode verificar, num segundo momento da avaliação, o participante F apresenta melhor percepção de qualidade de vida em todos os domínios sendo que, os resultados obtidos deixam de se constituir como valores clínicos e assumem valores normativos à média da população. Não obstante, há excepção do domínio “Relações Sociais” que indicia uma melhoria na percepção relativa à qualidade de vida, os restantes domínios mantêm valores que se traduzem num decréscimo da percepção de qualidade de vida.

9.2.4. Impacto da participação no programa de ocupação de tempo livre do WAF

Através da análise dos resultados podemos constatar que existem melhorias na avaliação pós OTL-WAF em todos os domínios constituintes da qualidade de vida. Contudo, o mesmo não se verifica nos valores obtidos pelo instrumento de Auto-Eficácia e de Satisfação com a OTL que fazem denotar um decréscimo nestas variáveis.

Ao longo do programa verificou-se a ocorrência de um momento de frustração desenvolvido pelo conflito do participante entre a realização de algumas actividades de tempo livre desejadas e os encargos financeiros que as mesmas compreendiam. Contudo, ao compreender a possibilidade de realizar actividades de tempo livre do seu interesse sem custos financeiros, observa-se uma maior motivação por parte deste relativamente à compreensão das sessões teóricas do programa. Esta questão poderá ter influenciado os valores obtidos. De salientar que a diminuição das actividades relativas à “televisão”

ocorrem como consequência da necessidade de instalação de um cabo de rede que obriga a custos financeiros não suportados pelo utente.

Recorrendo ao diário de bordo é possível verificar o desenvolvimento, ao longo das sessões, de uma postura mais crítica relativa à ocupação de tempo livre que culmina com um interesse elevado em participar em actividades de tempo livre fora do contexto hospitalar. Na última sessão do programa o participante afirmou o seu interesse em visitar alguns dos locais a que foi nas saídas ao exterior. No anexo 6 encontra-se o testemunho realizado pelo participante relativamente à integração no programa que permite observar de modo individual, os aspectos/aprendizagens considerados mais relevantes pelo mesmo relativo à integração no OTL-WAF.

9.3. Participante AL

9.3.1. Assiduidade

O participante AL apresentou um percurso de participação nas sessões estável que se traduz num total de 52,5 horas em sessão. Integrou 15 sessões teóricas e 16 sessões práticas tendo como tal, faltado a duas sessões da modalidade teórica e uma da modalidade prática. Recorrendo ao diário de bordo é possível verificar que, os três momentos em que o participante faltou foram pontuais e devem-se à interposição de outras actividades do hospital que impossibilitaram o seu adiamento.

9.3.2. Impacto no envolvimento em ocupações de tempo livre

Conforme análise da tabela (anexo 7), no segundo momento da avaliação, observa-se que no momento pós OTL-WAF ocorre um aumento da frequência semanal com que as actividades B “ir ao café”, D “assistir a programa de televisão específicos”, E “ler revistas”, F “Ler Jomais”, G “Sair com amigos” e H “dar um passeio sozinho”, e K “Ler livros” são realizadas – de uma a três vezes por semana ao invés do que sucedeu na primeira avaliação em que não eram realizadas.

9.3.3. Avaliação Pré e Pós OTL-WAF

Neste momento, iremos analisar os valores obtidos nas variáveis de análise propostas: satisfação com a OTL, auto-eficácia e qualidade de vida.

Tabela 7. *Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres de AL*

Instrumento		Pré OTL-WAF	Pós OTL-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Satisfação com a Ocupação de Tempo Livre	Total	30	28

^(a) Pontuação Bruta

Conforme se pode verificar pela Tabela 7., no segundo momento da avaliação, o participante AL apresenta um decréscimo no valor relativo à satisfação com a ocupação de tempos livres indicando assim, um aumento da satisfação relativa a este área.

Tabela 8. *Avaliação da Auto-Eficácia Geral de AL*

Instrumento	Domínios	Pré OTL-WAF	Pós OTL-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Auto-Eficácia Geral	Iniciação e persistência	30	19
	Eficácia perante a adversidade	35	20
	Eficácia social	18	22
	Total	84	67

^(a) Pontuação Bruta

Para o decréscimo verificado ao nível da pontuação total observada na tabela, contribuem os valores obtidos nos domínios “ Iniciação e persistência” e “ eficácia perante a adversidade”. O decréscimo na pontuação total indicia um pior sentido de auto-eficácia relativamente ao momento pré integração no programa. Não obstante, observa-se um ligeiro aumento no valor obtido no domínio “ Eficácia Social”.

Tabela 9. **Valores do instrumento de qualidade de vida de AL**

	Pré	Pós
	OTL-WAF	OTL-WAF
	PB (DP)*	PB (DP)*
Domínio 1:Físico	30 (.29)	30 (-.29)
Domínio 2:Psicológico	24 (.19)	21 (-.69)
Domínio 3:Relações Sociais	11 (-.09)	7 (-2.70)
Domínio 4:Meio Ambiente	26 (-.73)	23 (-1.22)

* PB : Pontuação Bruta; DP: Desvio Padrão;

Conforme se pode verificar, num segundo momento da avaliação, o participante AL apresenta um decréscimo na percepção da qualidade de vida nos domínios Psicológico, Relações Sociais e Ambiente assumindo os dois últimos, valores clínicos não existentes no primeiro momento avaliativo.

9.3.4. Impacto da participação no programa de ocupação de tempo livre do WAF

Através da análise dos resultados podemos constatar que existem melhoria no domínio da satisfação com a ocupação de tempo livre verificando-se um aumento da frequência semanal na realização de actividades de lazer/diversão. Contudo, os valores de auto-eficácia e de qualidade de vida (no domínio das Relações Sociais e do Ambiente) diminuem no segundo momento de avaliação denotando-se pior percepção a estes níveis. Ao consultar o diário de bordo verifica-se que existe uma maior consciencialização a respeito do que constitui as actividades de tempo livre e dos requisitos para a sua organização, verificando-se a existência de uma postura mais crítica relativa a esta. Por várias vezes o participante apresenta um discurso negativista “não sei fazer” no que se refere à sua percepção de auto-eficácia. De salientar que, após verificar a ocorrência de competências que permitem realizar a tarefa com sucesso, o discurso tende a manter-se reflectindo-se nos valores observados relativamente à avaliação da AEG. Ao longo das últimas sessões o participante foi referindo algumas dificuldades no domínio do ambiente extra-hospitalar, apresentando-se crítico e mais consciente no que concerne à necessidade do desenvolvimento de relações sociais. Tal pode ter contribuído para os dados obtidos nos domínios do instrumento da qualidade de vida uma vez que as características deste instrumento requerem uma avaliação com base numa vivência das últimas “duas semanas”. No anexo 8 encontra-se o testemunho realizado pelo participante relativamente à integração

no programa que permite observar de modo individual, os aspectos/aprendizagens considerados mais relevantes pelo mesmo relativo à integração no OTL-WAF.

9.4. Participante AB

9.4.1. Assiduidade

O participante AB apresentou um percurso de participação nas sessões que se traduz num total de 50 horas em sessão. Integrou 15 sessões teóricas e 14 sessões práticas tendo como tal, faltado a duas sessões da modalidade teórica e três da modalidade prática. Recorrendo ao diário de bordo é possível observar que, os cinco momentos em que o participante faltou devem-se à interposição de outras actividades do hospital cuja influência de técnicos do exterior impossibilitaram o seu adiamento ou a necessidade de permanecer em casa. Apenas uma das faltas ocorreu por opção do próprio.

9.4.2. Impacto no envolvimento em ocupações de tempo livre

Conforme análise da tabela (anexo 9), observa-se que no momento pós intervenção ocorre um decréscimo da frequência semanal com que a maioria das actividades são realizadas com excepção das opções “Sair com amigos”, “dar um passeio com amigos/familiares” e “Ler livros” em que se denota um aumento da frequência com que são realizadas passando de uma a três vezes por semana para quatro a cinco vezes.

9.4.3. Avaliação Pré e Pós OTL-WAF

Neste momento, iremos analisar os valores obtidos nas variáveis de análise propostas: satisfação com a OTL, auto-eficácia e qualidade de vida.

Tabela 10. *Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres de AB*

Instrumento		Pré OTL-WAF PB ^(a)	Pós OTL-WAF PB ^(a)
Satisfação com a Ocupação de Tempo Livre	Total	34	19

^(a) Pontuação Bruta

Conforme se pode verificar pela Tabela 10., no segundo momento da avaliação, o participante AL apresenta um decréscimo nos valores relativos à satisfação com a ocupação de tempos livres indiciando assim, um aumento da satisfação relativa a este domínio.

Tabela 11. Avaliação da Auto-Eficácia Geral de AB

Instrumento	Domínios	Pré OTL-WAF	Pós OTL-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Auto-Eficácia	Iniciação e persistência	36	42
Geral	Eficácia perante a adversidade	35	35
	Eficácia social	28	18
Total		99	95

^(a) Pontuação Bruta

A análise da tabela 2. permite-nos observar que, num segundo momento avaliativo, o participante AB apresenta valores superiores no domínio de “Iniciação e Persistência”, mantém o valor obtido no domínio “Eficácia perante a adversidade” e diminui os valores do domínio “Eficácia Social”. No geral, estes valores indiciam um decréscimo no domínio da auto-eficácia geral indiciando assim uma diminuição no sentido de auto-eficácia do participante.

Tabela 12. Valores do instrumento de qualidade de vida de AB

	Pré	Pós
	OTL-WAF	OTL-WAF
	PB (DP)*	PB (DP)*
Domínio 1:Físico	32 (.86)	34 (1.34)
Domínio 2:Psicológico	27 (1.15)	28 (1.60)
Domínio 3:Relações Sociais	11 (-.09)	14 (1.62)
Domínio 4:Meio Ambiente	26 (1.31)	32 (.80)

* PB: Pontuação Bruta; DP: Desvio Padrão;

Conforme se pode verificar, num segundo momento da avaliação, o participante AB apresenta um decréscimo no valor obtido relativamente ao domínio “Ambiente” sendo que este resultado, apesar de se encontrar dentro dos valores normativos, indicia uma diminuição na percepção de qualidade de vida relativo ao domínio referido. Por outro lado, observa-se uma melhoria na percepção de qualidade de vida relativamente aos domínios “Físico” e “Relações Sociais” que deixa de assumir valores clínicos.

9.4.4. Impacto da participação no programa de ocupação de tempo livre do WAF

Através da análise dos resultados podemos constatar que apesar de existir uma melhor percepção de actividades de tempo livre, ocorre uma diminuição na percepção de auto-eficácia mas uma melhoria global na percepção de qualidade de vida. Verifica-se o desenvolvimento de uma maior selectividade relativamente às actividades de OTL realizadas. Ao observar o diário de bordo, verifica-se a ocorrência de uma postura mais crítica ao longo das sessões no que se refere à realização de actividades de tempo livre. É possível observar uma maior consciencialização relativamente à dificuldade demonstrada na adopção de um comportamento social ajustado (eficácia social) que poderá justificar a diminuição deste valor num momento pós OTL-WAF. No anexo 10 encontra-se o testemunho realizado pelo participante relativamente à integração no programa que permite observar de modo individual, os aspectos/aprendizagens considerados mais relevantes pelo mesmo relativo à integração no OTL-WAF.

9.5. Participante ZP

9.5.1. Assiduidade

O participante ZP apresentou um percurso de participação nas sessões que se traduz num total de 39 horas em sessão. Integrou 8 sessões teóricas (8 faltas) e 12 sessões práticas. A participação neste caso ocorre de forma instável uma vez que, o horário matinal das sessões teóricas, entrou em conflito com uma dificuldade sentida pelo utente no que concerne à participação em actividades no horário referido. Ao longo do período de aplicação do programa foram realizadas sessões individuais a fim de colocar o participante em conformidade com as aprendizagens obtidas pelos restantes participantes. A quebra acentuada da integração nas sessões teóricas não ocorre nas sessões práticas – que decorriam no horário da tarde. A motivação decorrente da comunicação verbal expressa pelo participante bem como o interesse e a participação manifestados durante das sessões conduziu à decisão de não exclusão deste participante do programa.

9.5.2. Impacto no envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre

Conforme análise da tabela (anexo 11), no segundo momento da avaliação, observa-se que ocorre um decréscimo da frequência semanal com que as actividades “ir ao café” ocorrem e um aumento relativo às actividades “sair sozinho”, “dar um passeio com amigos/familiares” e “outras opções: computador e estudar”.

9.5.3. Avaliação Pré e Pós OTL-WAF

Neste momento, iremos analisar os valores obtidos nas variáveis de análise propostas: satisfação com a OTL, auto-eficácia e qualidade de vida.

Tabela 13. *Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres de ZP*

Instrumento		Pré OTL-WAF PB ^(a)	Pós OTL-WAF PB ^(a)
Satisfação com a Ocupação de Tempo Livre	Total	32	41

^(a) Pontuação Bruta

Conforme se pode verificar pela Tabela 13., no segundo momento da avaliação, o participante ZP apresenta valores mais elevados indiciando assim, um decréscimo da satisfação relativa ao domínio da ocupação de tempo livre.

Tabela 14. *Avaliação da Auto-Eficácia Geral de ZP*

Instrumento	Domínios	Pré OTL-WAF PB ^(a)	Pós OTL-WAF PB ^(a)
Auto-Eficácia	Iniciação e persistência	34	34
Geral	Eficácia perante a adversidade	23	30
	Eficácia social	19	21
	Total	76	85

^(a) Pontuação Bruta

A análise da tabela 14. permite-nos observar que, num segundo momento avaliativo, o participante ZP apresenta valores superiores nos domínios de “Eficácia perante a adversidade” e “Eficácia Social”. Este valor indicia uma melhoria no sentido de auto-eficácia geral.

Tabela 15. Valores do instrumento de qualidade de vida de ZP

	Pré	Pós
	OTL-WAF	OTL-WAF
	PB (DP)*	PB (DP)*
Domínio 1:Físico	28 (-.20)	26 (-.69)
Domínio 2:Psicológico	27 (1.15)	27 (1.15)
Domínio 3:Relações Sociais	11 (-.09)	13 (0.73)
Domínio 4:Meio Ambiente	35 (1.89)	35 (1.89)

*PB: Pontuação Bruta; DP: Desvio Padrão;

Conforme se pode verificar através da análise da tabela, verifica-se que existe uma melhoria relativamente ao domínio “Relações Sociais”. O mesmo não ocorre quando analisamos os valores obtidos no domínio “Físico” que indiciam uma pior percepção de qualidade de vida no segundo momento avaliativo. De forma global podemos afirmar que num segundo momento, ocorre uma percepção idêntica de qualidade de vida relativamente ao primeiro momento avaliativo. Isto porque, dois domínios apresentam valores iguais ao momento pré intervenção e, os outros dois, não apresentam diferenças consideráveis entre os dois momentos.

9.5.4. Impacto da participação no programa de ocupação de tempo livre do WAF

Através da análise dos resultados podemos constatar que, comparativamente com o momento Pré OTL-WAF, existe uma pior percepção relativa à satisfação com a OTL pós participação no programa, verificando-se contudo, um aumento da frequência semanal de algumas actividades de lazer/diversão (que contrastam com a diminuição da frequência semanal noutras actividades descritas no gráfico). Os valores de auto-eficácia aumentam no segundo momento de avaliação denotando-se uma melhor percepção de auto-eficácia pós participação no programa sendo que, os resultados obtidos ao nível da qualidade de vida variam consoante os domínios.

Ao observar o diário de bordo, salienta-se que a análise dos dados neste utente é influenciada por 3 factores: 1) défice na assiduidade; 2) ocupação de tempo livre já anteriormente preenchida; e 3) período de instabilidade emocional vivido que coincidiu com aproximadamente 1 mês de aplicação do programa. Denota-se uma maior selectividade relativamente às actividades de ocupação de tempo livre realizadas que poderá advir de uma postura mais crítica relativa a este domínio funcional.

No anexo 12 encontra-se o testemunho realizado pelo participante relativamente à integração no programa que permite observar de modo individual, os aspectos/aprendizagens considerados mais relevantes pelo mesmo relativo à integração no OTL-WAF.

9.6. Participante JL

9.6.1. Assiduidade

O participante JL apresentou um percurso de participação nas sessões que se traduz num total de 52,5 horas em sessão. Integrou 14 sessões teóricas e 15 sessões práticas. Por ter integre o grupo após o início das sessões, o número total de sessões teóricas e práticas difere dos restantes participantes: 15 sessões teóricas e 15 sessões práticas no total. As três faltas verificadas ocorreram por decisão intencional como possível consequência da sintomatologia negativa.

9.6.2. Impacto no envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre

Conforme análise da tabela (anexo 13), no segundo momento da avaliação, observa-se que ocorre um aumento da frequência semanal relativo às actividades “ir ao café”, “dar um passeio sozinho” e “outras opções: ouvir rádio”.

9.6.3. Avaliação Pré e Pós OTL-WAF

Neste momento, iremos analisar os valores obtidos nas variáveis de análise propostas: satisfação com a OTL, auto-eficácia e qualidade de vida.

Tabela 16. *Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres de JL*

Instrumento		Pré OTL-WAF	Pós OTL-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Satisfação com a Ocupação de Tempo Livre	Total	47	50

(a) Pontuação Bruta

Conforme se pode verificar, no segundo momento da avaliação, o participante JL apresenta valores mais elevados de satisfação com a ocupação de tempos livres indiciando assim, um decréscimo da satisfação relativa a este domínio.

Tabela 17. Avaliação da Auto-Eficácia Geral de JL

Instrumento	Domínios	Pré OTL-WAF	Pós OTL-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Auto-Eficácia Geral	Iniciação e persistência	22	24
	Eficácia perante a adversidade	19	19
	Eficácia social	15	16
	Total	56	59

^(a) Pontuação Bruta

A análise da tabela permite-nos observar que, num segundo momento avaliativo, o participante JL apresenta valores superiores nos domínios de “Iniciação e Persistência” e “Eficácia social”. Este valor contribui para um aumento na pontuação total da variável auto-eficácia geral indiciando uma melhoria no sentido de percepção de auto-eficácia geral.

Tabela 18. Valores do instrumento de qualidade de vida de JL

	Pré	Pós
	OTL-WAF	OTL-WAF
	PB (DP)*	PB (DP)*
Domínio 1:Físico	21 (-2.24)	23 (-1.75)
Domínio 2:Psicológico	26 (0.64)	21 (.19)
Domínio 3:Relações Sociais	12 (0.31)	12 (.31)
Domínio 4:Meio Ambiente	20 (-2.20)	24 (-1.21)

*PB: Pontuação Bruta; DP: Desvio Padrão;

Conforme se pode verificar, os resultados obtidos nos domínios “Físico” e “Ambiente”, evidenciam uma melhoria relativa à percepção da qualidade de vida, que se mantém dentro de um intervalo clínico comparativamente com o primeiro momento avaliativo. Verifica-se um decréscimo no valor obtido relativamente ao domínio psicológico que, ainda assim, mantém-se dentro dos valores normativos. De forma global podemos

afirmar que num segundo momento, ocorre uma percepção idêntica de qualidade de vida relativamente ao primeiro momento avaliativo. Isto porque, apesar de se verificarem melhorias em dois domínios, os mesmos permanecem abaixo dos valores considerados normativos. Nos restantes dois, não existem alterações consideráveis relativamente ao momento pré intervenção.

9.6.4. Impacto da participação no programa de ocupação de tempo livre do WAF

No geral, os resultados obtidos indiciam melhorias na percepção da qualidade de vida e sentido de auto-eficácia que contrastam com o valor obtido relativo à satisfação com a ocupação de tempo livre.

Contrariamente aos restantes participantes, JL integrou o programa após o seu início tendo sido influenciado pelos relatos dos seus colegas. Sendo notável e característica deste participante a presença de sintomatologia negativa marcada (anedonia e avolição) que influenciam a integração em actividades que requeiram uma interacção social mais marcada, aquando da apresentação do programa em reunião com os utentes do hospital, o participante JL rejeitou de imediato a escuta do mesmo tendo abandonado a sala antes da apresentação. Contudo, após relato e conversa individual com as técnicas, este participante integrou o programa na segunda sessão teórica do mesmo.

Através da análise dos resultados podemos constatar que apesar de existir um decréscimo na percepção da satisfação com as actividades de tempo livre, há uma melhoria na percepção de auto-eficácia. Os resultados obtidos no instrumento da qualidade de vida apresentam uma percepção semelhante no primeiro e segundo momento avaliativo.

Com a leitura do diário de bordo, salienta-se o facto de que, no término das sessões, a resistência verificada inicialmente com a realização de saídas ao exterior – provável resultado de sintomatologia negativa - diminuiu. Em conformidade com o ponto anterior, observa-se pós OTL-WAF, um aumento na frequência semanal da participação em actividades de ocupação de tempos livres.

No anexo 14 encontra-se o testemunho realizado pelo participante relativamente à integração no programa que permite observar de modo individual, os aspectos/aprendizagens considerados mais relevantes pelo mesmo relativo à integração no OTL-WAF.

Por fim, como anteriormente referido, através de um inquérito construído para este estudo, foi pedido aos participantes que referissem a sua satisfação com o programa. Em anexo, encontram-se as respostas de cada participante.

Na última parte deste trabalho, iremos apresentar uma breve discussão destes resultados integrando-os na literatura revista.

IV DISCUSSÃO

Para facilitar a leitura da discussão relativa à análise dos resultados obtidos pelos seis participantes do programa, este capítulo será dividido em conformidade com o efectuado na apresentação dos resultados. Posto isto, procederemos a uma análise global dos valores obtidos pela totalidade dos elementos.

Neste sentido, verificou-se o seguinte:

1) Assiduidade:

Uma vez que nas pessoas com doença mental grave as medidas tradicionais para avaliar a motivação não resultam, considera-se a assiduidade uma das formas para avaliar a motivação (Medalia & Richardson, 2005).

Posto isto, sabemos que um dos factores que influencia o envolvimento/comprometimento em actividades de ocupação de tempo livre prende-se com questões motivacionais provenientes de factores externos. Segundo os resultados obtidos por Chugg e Craik (2002), os indivíduos frequentemente atribuem o seu envolvimento ocupacional à influência de outros sendo que, segundo estes, o papel do segundo elemento prende-se com a importância do encorajamento para o envolvimento das actividades bem como para um sentido de suporte e confiança.

Ao analisar os resultados obtidos, verificou-se que, num total de 57 horas em sessão, o valor mais baixo foi obtido pelo participante ZP e equivale a 38 horas sendo que, os restantes participantes, acumularam um total de horas acima de 50 horas. A análise dos valores motivacionais atendendo à assiduidade poderá indiciar menores níveis de motivação no programa relativamente ao participante ZP (38 horas em sessão) que contrastam com o participante F (56 horas em sessão). O resultado, relativamente aos valores obtidos por ZP não deixa de nos surpreender uma vez que, desde o início este participante sempre verbalizou elevados índices de motivação. Contudo, verificou-se que a maioria das faltas registadas prende-se com faltas às sessões matinais que, por sua vez, enviesaram o comprometimento do mesmo no programa. Como referido anteriormente, Chug e Craik (2002) afirmam que um dos factores que influencia o envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre prende-se no desenvolvimento de rotinas. Isto é, o modo de funcionamento de cada indivíduo varia de acordo com as rotinas diárias ou semanais que o

mesmo estabelece de acordo com a integração entre o ritmo interno (influenciado pelo relógio biológico de cada indivíduo) e a sua interacção com o ambiente. Posto isto, de acordo com os autores supracitados, os indivíduos são geralmente capazes de reconhecer que funcionam de forma diferente em alturas diferentes do dia e da semana e, neste sentido, tendem a organizar o seu tempo de forma a fazerem o máximo quando sentem que funcionam melhor. Neste sentido, torna-se compreensível os resultados obtidos pelo participante ZP uma vez que o período matinal foi-nos reportado à posteriori, pela equipa técnica, como sendo não funcional para o mesmo.

Não obstante, verificam-se no geral elevados níveis de motivação com a participação no programa sendo que, as faltas cometidas ao longo do mesmo deveram-se, na sua maioria, a situações não controladas pelos participantes.

2) Envolvimento em actividades ocupacionais

Após a integração no programa de ocupação de tempos livres do WAF, verificou-se em todos os participantes, um aumento da frequência semanal de envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre. Sendo muitas vezes o aumento de uma actividade contraposto com a diminuição de outra, não nos é possível estabelecer um padrão global uniforme relativamente à implicação que o programa assume no envolvimento com a ocupação de tempos livres. Tal limitação, pode ser interpretada com base em dois factores que se relacionam: 1) significado que as actividades assumem para o indivíduo e 2) aumento do pensamento crítico relativo ao modo de ocupação do tempo livre.

De acordo com um estudo efectuado por Crak e Pieris (2006), o significado que os indivíduos atribuem às suas ocupações de tempo livre influenciam o envolvimento bem como a frequência com que as actividades são realizadas. Como referido anteriormente, em indivíduos com PMG não é o número nem a variedade de actividades de ocupação de tempo livre que o indivíduo frequenta que determina a sua satisfação com a ocupação mas sim o conhecimento de que as suas necessidades individuais estão a ser atendidas – importância da experiência subjectiva deste domínio da funcionalidade. Neste sentido, consideramos que o conhecimento relativo as vantagens e à organização da ocupação de tempo livre em conformidade com o referido anteriormente, promoveu o desenvolvimento de um sentido crítico nos participantes que, por sua vez, poderá ter conduzido a uma maior selecção das actividades de tempo livre frequentadas. Esta selecção pode conduzir a um aumento das actividades realizadas – como verificado na totalidade dos participantes – e/ou a uma diminuição das actividades realizadas – como verificado nos participantes F, ZP e AB.

3) Discussão da Avaliação Pré e Pós integração no programa de Ocupação de tempos livres do WAF

No que se refere ao impacto que a participação no programa obteve ao nível da satisfação com a ocupação de tempos livres, auto-eficácia geral e qualidade de vida, em nenhum dos participantes verificámos a ocorrência de uma melhoria simultânea aos três níveis. Na tabela seguinte, encontram-se sintetizados os resultados obtidos relativamente às variáveis em análise.

Tabela 19. Síntese de resultados

Variáveis/ Participantes	Satisfação Ocupação Tempo Livres	Auto-Eficácia Geral	Qualidade de Vida
N	-	+	+
F	-	-	+
AL	+	-	-
AB	+	-	+
ZP	-	+	Percepção global idêntica
JL	-	+	Percepção global idêntica

^(a) + corresponde a melhoria global; - corresponde a decréscimo global.

Com a observação da tabela, não é possível estabelecer um padrão uniforme relacional no que se refere aos resultados obtidos entre as diferentes variáveis. Uma análise individual, permite-nos observar que a integração no programa assume um impacto considerável na satisfação com a ocupação do tempo livre, verificando-se um decréscimo com a mesma, em mais de metade dos participantes, no momento pós OTL-WAF. No domínio da auto-eficácia geral, onde metade dos participantes apresenta melhoria; e por fim, no que concerne à qualidade de vida, verifica-se de igual forma que, de uma maneira geral, metade dos participantes apresenta melhoria em mais de metade dos domínios que constituem a avaliação desta variável sendo, como tal, observável que, apesar de não constituírem os mesmos participantes, o número de indivíduos que refere melhorias na qualidade de vida é igual ao obtido nos valores da auto-eficácia.

A dificuldade em estabelecer um padrão uniforme entre os resultados obtidos ao nível das variáveis analisadas vem corroborar o que a literatura refere de que a experiência de lazer/ocupação de tempos livres assume um carácter subjectivo atendendo aos factores referidos na literatura como influentes no envolvimento com a ocupação de tempos livres (Crak & Pieris, 2006).

No que concerne à variável de auto-eficácia, a literatura refere que esta constitui-se como um dos factores pessoais que inibe a participação social (Suzuky et al., 2011) bem como, influente no envolvimento em actividades de ocupação de tempos livres: um menor sentido de auto-eficácia conduz a um menor envolvimento ocupacional (Suzuky et al., 2011; Amagai, Suzuky, Shibata & Tsai, 2012). Neste estudo, observou-se que nos 3 participantes que apresentam melhorias no domínio da auto-eficácia geral corresponde uma diminuição no nível de satisfação com a ocupação de tempo livre – não sendo contudo uma relação linear e contrária aos resultados dos restantes participantes – verificando-se o que a literatura refere. Os indivíduos, no envolvimento com a ocupação de tempo livre, são confrontados com a evidência das suas capacidades para funcionar de forma competente e assumir o controlo das suas vidas. Contudo, no estudo elaborado por Chug e Craik (2002), muitos dos participantes apresentam um sentido de auto-conceito reduzido e, como tal, frequentemente demonstram o facto de “esperarem pouco” de si próprios que, como resultado, conduz a um desempenho reduzido e a uma baixa aderência nas actividades de ocupação de tempo livres evitando testar as suas capacidades.

Na mesma linha de pensamento, acresce-se o referido anteriormente a respeito da promoção do sentido crítico que conduz a uma maior selectividade das actividades a realizar e que, considerámos ter igualmente condicionado os resultados obtidos ao nível da satisfação com a ocupação dos tempos livres. Com o programa, os participantes conheceram recursos existentes na comunidade que não utilizavam o que, consequentemente, poderá ter influenciado a sua percepção de satisfação perante a actual ocupação de tempo livre.

Consideramos assim que, apesar de não ser visível nos resultados imediatos, uma das grandes vantagens deste programa, prende-se com a possibilidade de treinar as competências individuais num ambiente securizante que permite aos indivíduos estimular não só as suas competências sociais devido ao cariz grupal das sessões mas também o seu sentido de auto-eficácia através do treino das competências necessárias para a realização dos exercícios de planeamento e organização do tempo livre. A análise do diário de bordo permitiu-nos verificar que, na totalidade dos participantes, a dificuldade manifestada verbalmente no que se refere ao conhecimento das competências para o exercício das

actividades desenvolvidas “não sei fazer”, “só vocês é que conseguem”, colocando o locus de controlo no exterior, diminui no fim do programa sendo saliente a mudança de discurso verificado pelos mesmos. Deste modo, corroboram-se os resultados obtidos em estudos anteriores utilizando o programa de OTL do WAF que pressupõe que a integração no programa, estimula e capacita os participantes a uma organização mais activa do seu tempo livre, organização essa apresentada num estudo de Thornicroft e colaboradores (2004) como sendo frequentemente pouco satisfatória em indivíduos com esquizofrenia.

Por outro lado, ao nível da qualidade de vida, de acordo com o estudo de Lloyd & Auld (2002), alguns estudos revelam um relacionamento positivo entre lazer e qualidade de vida enquanto que outros revelam o oposto. Não obstante, Golberg e colaboradores (2002) concluem que existe uma relação entre o significado (consequente envolvimento) atribuído às actividades de lazer e o valor de qualidade de vida observado sendo que, quanto mais as actividades contribuírem para o alcance das necessidades individuais do sujeito, melhor será o nível de qualidade de vida do indivíduo. Os resultados obtidos neste estudo não nos permitem, de forma geral, afirmar que existe um impacto positivo da integração no programa ao nível da qualidade de vida. Contudo, uma vez que a literatura refere que o conhecimento relativo aos benefícios da ocupação de tempo livre pode ser suficiente para aumentar o nível de qualidade de vida, uma avaliação de *follow up* poderá indiciar outro tipo de resultados.

V. Conclusão e Investigações Futuras

A complementar o referido na discussão relativo ao sentido crítico promovido pela integração no programa, tendo em conta que a ocupação de tempo livre assume-se como um factor importante na promoção da saúde mental (Moghadom, 2011), considerámos que as principais vantagens de uma intervenção baseada no programa analisado prende-se com: 1) maior consciencialização dos participantes relativamente aos benefícios que a OTL adopta no domínio do bem-estar – que, como referido anteriormente, pode superar a frequência das actividades no que respeita à promoção da qualidade de vida e 2) a implementação em grupo desenvolve um sentido de comunidade, permite a partilha de actividades, promove o aumento da motivação e um maior envolvimento nas tarefas (Medalia et al., 2009).

Contudo, a leitura deste trabalho deve atender a algumas limitações que foram detectadas ao longo do seu desenvolvimento, nomeadamente: a) dificuldade em obter instrumentos específicos para a esquizofrenia - que poderá ter influenciado os resultados obtidos – e que se constitui como uma questão igualmente referida no artigo de revisão de

Vaz Serra e colaboradores (2010); b) conteúdo avaliativo do questionário de satisfação com a OTL que, ao referir-se a aspectos de cariz mais social, discrimina as questões de planeamento e organização estimuladas no programa; c) carácter avaliativo do instrumento da qualidade de vida, com base numa avaliação realizada nas últimas duas semanas, poderá ter sido influenciado pela dificuldade manifestada por alguns participantes em recordar esse período de tempo d) o facto de o programa não ter sido construído especificamente para indivíduos com internamento prolongado; e) o facto do instrumento de auto-eficácia utilizado recorrer a uma análise das situações gerais ao invés de específica – nomeadamente, ocupação de tempo livre e f) o número reduzido de participantes não permite a generalização dos resultados.

Acresce-se ainda que, o término do programa sem a promoção de um acompanhamento descontinuado num sentido de *follow up* pode influenciar a aplicação prática da informação adquirida e trabalhada ao longo das sessões. Nesta linha de pensamento, o tipo de avaliação referido permitiria compreender de que modo, a integração no programa influencia, a longo prazo, o envolvimento do indivíduo na comunidade atendendo à influência que os recursos pessoais e ambientais, trabalhados ao longo das sessões, poderão assumir nesse processo. Outro factor que ao longo deste trabalho perspectivámos como sugestão de estudo futuro prende-se com a dificuldade em obter resultados gerais relativamente ao instrumento da qualidade de vida. Consideramos que uma análise interdomínio seria pertinente uma vez que, os resultados encontrados neste estudo, sugerem modificações a esse nível. Propomos ainda como estudo futuro, fazendo face a uma das limitações verificadas neste estudo, a validação de instrumentos em Portugal que especifiquem a avaliação em indivíduos com esquizofrenia, nomeadamente na área da ocupação de tempos livres e de auto-eficácia específica. Por fim, consideramos que um estudo acerca da ocupação de tempo livre com uma amostra maior, que permitisse a generalização dos resultados, seria pertinente na medida em que, a informação acerca da OTL encontrada ao longo da revisão da literatura apresenta um maior ênfase na descrição teórica do tema restringindo a implicação que as mesmas assumem nos indivíduos com esquizofrenia.

BIBLIOGRAFIA

Andreassen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 162(1), 441-449.

Afonso (2010). Esquizofrenia. Lisboa: Principia.

Amagai, M., Suzuky, M., Shibata, F. & Tsai, J. Development of an instrument to measure self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 240-248. doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.004

Bayón, D. N., Delgado, S. G., Ramírez, O.C., Toral, A. C. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321-336.

Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80, 213-225. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.008

Berry, K., & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia. Implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 29, 68-76.

Bachrach, L. L. (2000). Psychosocial rehabilitation and psychiatric rehabilitation in the treatment of schizophrenia – what are the boundaries?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 6-10.

Bentall, R. P., Simpson, P. W., Lee, D. A., Williams, S., Elves, S., Brabbins, C. & Morrison, A. P. (2010). Motivation and avolition in schizophrenia patients: the role of self-efficacy. *Psychosis* 2(1), 12-22. doi: 10.1080/17522430903505966

Campos, L. (2009). *Doença Mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R. & Solomon, P. (2008). *Principles and Practices of Psychiatric Rehabilitation – An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.

Craik, C., & Pieris, Y. (2002). Whithout Leisure... 'It wouldn't be much of a life': the meaning of leisure for people with mental health problems". *British Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 209-216.

Chugg, A. & Craik, C. (2002). Some factors influencing occupational engagement for people with schizophrenia living in the community. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 67-74.

Choi, J. & Medalia, A. (2009). Cognitive Rehabilitation in Schizophrenia. *CML-Psychiatry*, 20(2), 25-31

Elkis, H. (2007). A remissão em esquizofrenia é possível?. *Revista de Psicologia Clínica* 34(2), 160-163.

Eklund, M., Erlandsson, L. & Persson, D. (2003). Occupational value among individuals with long term mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 276-284.

Fett, A-K., Viechtbauer, W., Dominguez, M-d-G., Penn, D. L., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience and Behavioural Reviews*, 35, 573-588. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.07.001

Galderisi, S., Piegari, G., Mucci, A., Acerra, A., Luciano, L., Rabasca, A. F., Santucci, F., Valente, A., Volpe, M., Mastantuono, P., & Maj, M. (2009). Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(4), 305-315. doi: 10.1007/s00406-009-0078-1

Glynn, S. M. (2003). Psychiatric Rehabilitation in Schizophrenia: advances and challenges. *Clinical Neuroscience Research*, 3, 23-33. doi: 10.1016/S1566-2772(03)00016-1

Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.

Goldberg, B., Brintnell, E. & Goldber, J. (2002). The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44. doi: 10.1300/J004v18n02_03

Kern, R., Glynn, S., Horan, W. & Marder, S. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1-15.

Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17(5), 482-491. doi: 10.1080/09638230701506283

King, R., Lloyd, C. & Meehan, T. (2007). *Handbook of Psychosocial Rehabilitation*. Oxford: Blackweel Publishing.

Krupa, T., McLean, H., Easterbrook, S., Bonham, A. & Baksh, L. (2003). Daily time use as measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 558-565.

Lloyd, K. & Auld, C. (2002). The role of leisure in determining quality of life: issues of content and measurement. *Social Indicators Research*, 57(1), 43-71.

Marques-Teixeira (2007). A intrigante esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9(1), 7-9.

Marques-Teixeira (2003). Olhar a esquizofrenia e descobrir o senso comum. *Saúde Mental*, 6(1), 7-10.

Medalia, A. & Richardson, R. (2005). What predicts a good response to cognitive remediation interventions?. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 942-953.

Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Sprangers, M. A. G., & Schene, A. H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(5), 361-368. doi: 10.1007/s00127-008-0448-4

Moghadom, M. B. (2011). Exploring relationship of Personality's Models and Constructs of Leisure. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 8(2), 530-535.

Müller, D. R., & Roder, V. (2010). Integrated Psychological Therapy and Integrated Neurocognitive Therapy. *Basel, Karger*, 177, 118-144.

Pais Ribeiro (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Avaliação Psicológica: formas e contextos*. (pp.163-176). Braga: APPORT

Pratt, S. I., Van Citters, A. D., Mueser, K. T., & Bartels, S. J. (2008). Psychosocial rehabilitation in older adults with serious mental illness: a review of the research literature and recommendations for development of rehabilitative approaches. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 7(40). doi: 10.1080/15487760701853276

Pratt, C. W., Gill, K. J., Barret, N. M., & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation*. Elsevier Academic Press: London, UK.

Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E. & Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 78(1), 187-197. doi: 10.1016/j.schres.2005.02.014

Priebe, S., McCabe, R., Junghan, U., Kallert, T., Ruggeri, M., Slade, M. & Reinighaus, U. (2011). Association between symptoms and quality of life in patients with schizophrenia : a pooled analysis of changes over time. *Schizophrenia Research*, *in press*.

Roder, V., Zorn, P., Müller, D. & Brenner, H. (2001). Improving Recreational, Residential and Vocational Outcomes for Patients with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(11), 1439-1441.

Roder, V., Brenner, H. D., Müller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., Bösch, J., Bridler, R., Christen, C., Jaspén, E., Schmidl, F., & Schwemmer, V. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 105(5), 363-371.

Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy for schizophrenia: Is it effective?. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), S81-S93. doi: 10.1093/schbul/sb1021

Roder, V., Zom, P., Brenner, H. D., & Muller, D. R. (2008) Manual para o tratamento Cognitivo Comportamental dos doentes com esquizofrenia nas áreas Residencial, Laboral e Ocupação de Tempos Livre (WAF). Porto: ENCONTRAR+SE.

Schenach-Wolff, R., Jäger, M., Seemüller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L. G., Gaebel, W., Huff, W., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M. R., Rütger, E., Buchkremer, G., Gastpar, M., Möller, H., & Riedel, M. (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 113(1), 210-217. doi: 10.1016/j.schres.2009.05.032

Shimitras, L., Fossey, L. & Harvey, C. (2003). Time use of people living with schizophrenia in a north London catchment area. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 46-54.

Silva, R. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.

Smith, T., Bellack, A. S., Liberman, R. P. (1996). Social skills training for schizophrenia: review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 16(7), 599-617. doi: 10.1016/S0272-7358(96)00025-6

Stewart, P. & Craik, C. (2007). Occupation, Mental Illness and Medium Security: Exploring time-use in forensic regional secure units. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(10), 416-425.

Suzuki, M., Manami, A., Shibata, F. & Tsai, J. (2011). Factors related to self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing* 25(5), 359-365. doi: 10.1016/j.apnu.2011.03.004

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., Vazquez-Barquero, J. (2004). The personal impact of Schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2), 125-132.

Valiente, C. Vázquez, C. & Smith, P. (2009). Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicossocial. In J. Fernández, R. Touriño, N. Benítez & C. Abelleira (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicossocial* (pp. 15- 30). Valladolid: FEARP

Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatization and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150, 71-80. doi: 10.1016/j.psychres.2006.07.005

Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., Damas-Rei, F., Ferreira, L., Gago, J., Jara, J., Relvas, J., & Marques-Teixeira, J. (2010). Cognição, Cognição-Social e Funcionalidade na Esquizofrenia. *Acta Médica Porto*, 23, 1043-1058.

Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Freen, M. F. & Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset squizophrenia. *Schizophrenia Research* 69(1), 343-352. doi: 10.1016/j.schres.2003.09.002

Yin, R. (2003). *Applications of case study research*. Thousand Oaks: Sage.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento Satisfação com a Ocupação de Tempos Livres

Questionário sobre a satisfação com a Ocupação de Tempos Livres

A seguir vai encontrar uma série de afirmações relativas à ocupação de tempos livres com actividades de lazer/diversão. Por favor assinale no quadrado que está por baixo em que grau concorda ou discorda com a afirmação.

1) Com que frequência ocupo os meus tempos-livres com as seguintes actividades?

Frequência Semanal	0x	1x-3x	4x-5x	+5x
----- <i>Actividades</i>				
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar.				
b) Ir ao café.				
c) Fumar cigarros.				
d) Assistir a programas de televisão específicos.				
e) Ler revistas.				
f) Ler jornais.				
g) Sair com amigos.				
h) Dar um passeio sozinho.				
i) Dar um passeio com amigos/familiares.				
j) Fazer desporto.				
k) Ler livros.				
l) Outras Opções:				

2) Envolver-se em actividades de lazer/diversão é uma boa forma de ocupar o tempo.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
---------------------	--------------------------	-------------------	---------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3) Encontrar actividades de lazer/diversão que ocupem os meus tempos livres é difícil.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

4) Planeio as actividades de lazer/diversão que preenchem o meu tempo livre.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

5) Não estabeleço contacto com os outros quando estou a realizar actividades de lazer/diversão.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

6) É importante ter actividades de lazer/diversão para ocupar os meus tempos livres.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

7) As actividades de lazer/diversão são boas oportunidades para contactar com outras pessoas.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

8) Quando encontro uma actividade que gosto muito de fazer geralmente convido alguém para a fazer comigo.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

9) Se tivesse oportunidade aumentava a quantidade de tempo que tenho para participar em actividades de lazer/diversão que ocupem os meus tempos livres.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

10) Normalmente são os outros que me convidam para actividades de lazer/diversão.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

11) Quando os outros me convidam para participar em actividades de lazer/diversão geralmente aceito.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

12) Não gosto de planear o meu tempo livre.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

13) No geral, estou satisfeito com as actividades de lazer/diversão com que ocupo os meus tempos livres.

Concordo totalmente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3. Tabela de envolvimento em ocupação de tempo livre de N
Momento Pré Intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	5 ou mais
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar	x			
b) Ir ao café	x			
c) Fumar cigarros				x
d) Assistir a programas de televisão específicos	x			
e) Ler revistas		x		
f) Ler jornais		x		
g) Sair com amigos	x			
h) Dar um passeio sozinho	x			
i) Dar um passeio com amigos/familiares	x			
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros	x			
l) Outras opções: Ouvir Rádio (5x) e Jogar Cartas (1 a 3)				

Momento Pós Intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar		x		
b) Ir ao café		x		
c) Fumar cigarros	x			
d) Assistir a programas de televisão específicos		x		
e) Ler revistas		x		
f) Ler jornais		x		
g) Sair com amigos	x			
h) Dar um passeio sozinho		x		
i) Dar um passeio com amigos/familiares		x		
j) Fazer desporto			x	
k) Ler livros			x	
l) Outras opções				

Anexo 4. Testemunho N

“Eu gostei de termos saído do hospital para visitarmos o Porto, o que considerei mais negativo foi não haver acordo de opinião dentro do grupo. O grupo podia ser mais unido. Gostei de aprender coisas novas, aprender a organizar os tempos livres, aprender mais sobre a história da Sé, do vinho do Porto, do infante D. Henrique e outras coisas mais.”

Anexo 5. Tabela de envolvimento em ocupação de tempo livre de F

Tabela Envolvimento Ocupacional Pré Intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	mais de 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar				x
b) Ir ao café				x
c) Fumar cigarros				x
d) Assistir a programas de televisão específicos				x
e) Ler revistas		x		
f) Ler jornais				x
g) Sair com amigos	X			
h) Dar um passeio sozinho				x
i) Dar um passeio com amigos/familiares	X			
j) Fazer desporto		x		
k) Ler livros	X			
l) Outras opções				

Tabela Envolvimento Ocupacional Pós Intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	Mais 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar			x	
b) Ir ao café			x	
c) Fumar cigarros			x	
d) Assistir a programas de televisão específicos			x	
e) Ler revistas			x	
f) Ler jornais			x	
g) Sair com amigos	X			
h) Dar um passeio sozinho			x	
i) Dar um passeio com amigos/familiares	X			
j) Fazer desporto		x		
k) Ler livros		x		
l) Outras opções: jogar Futebol		x		

Anexo 6. Testemunho Participante F.

“Gostei muito das visitas guiadas e as aulas também são interessantes. Foi pena não termos tido muito tempo para visitar mais coisas. O piquenique foi muito bom, não faltou nada, é uma pena as aulas terminarem brevemente, mas pode ser que para o ano haja mais actividades idênticas”

Anexo 7. Tabelas envolvimento Ocupacional AL

Tabela Envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre pré intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	mais de 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar				x
b) Ir ao café	x			
c) Fumar cigarros	x			
d) Assistir a programas de televisão específicos	x			
e) Ler revistas	x			
f) Ler jornais	x			
g) Sair com amigos	X			
h) Dar um passeio sozinho		X		
i) Dar um passeio com amigos/familiares		X		
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros	x			
l) Outras opções	x			

Tabela Envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre pós intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	Mais 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar				x
b) Ir ao café		x		
c) Fumar cigarros	X			
d) Assistir a programas de televisão específicos			x	
e) Ler revistas			x	
f) Ler jornais				x
g) Sair com amigos			x	
h) Dar um passeio sozinho				x
i) Dar um passeio com amigos/familiares		x		
j) Fazer desporto	X			
k) Ler livros		x		
l) Outras opções: Lavores			x	

Anexo 8. Testemunho AL

“Eu gostava de fazer novas visitas com mais colegas e com mais técnicos. Senti-me alegre a participar e gostei de ter conhecido outras pessoas.”

Anexo 9. Tabela envolvimento ocupacional Participante AB

Tabela envolvimento actividades ocupação de tempo livre pré-intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	mais de 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar				x
b) Ir ao café				x
c) Fumar cigarros				x
d) Assistir a programas de televisão específicos				x
e) Ler revistas			x	
f) Ler jornais				x
g) Sair com amigos		x		
h) Dar um passeio sozinho			x	
i) Dar um passeio com amigos/familiares		x		
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros		x		
l) Outras opções				

Tabela envolvimento actividades ocupação de tempo livre pós-intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	Mais 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar		X		
b) Ir ao café			x	
c) Fumar cigarros				x
d) Assistir a programas de televisão específicos			x	
e) Ler revistas		X		
f) Ler jornais			x	
g) Sair com amigos		X		
h) Dar um passeio sozinho	x			
i) Dar um passeio com amigos/familiares		X		
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros		X		
l) Outras opções				

Anexo 10. Testemunho participante AB

“A minha participação neste projecto, que é um projecto inovador para a socialização entre os membros do grupo e também saber orientar-se perante o meio ambiente. Acho que foi benéfico para todos os membros do grupo. Além disso, para mim tornou-se fácil porque sou uma pessoa comunicativa e também sociável e além disso gosto muito da colaboração que houve entre os colegas e também dos psicólogos e também das trocas de ideias. É certo que às vezes houve uma certa discordância quanto às visitas dos locais mas também de ser discutido, chegou-se sempre a um consenso.”

Anexo 11. Tabela envolvimento ocupacional ZP

Tabela envolvimento ocupação de tempo livre pré-intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	mais de 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar		x		
b) Ir ao café				x
c) Fumar cigarros	x			
d) Assistir a programas de televisão específicos		x		
e) Ler revistas		x		
f) Ler jornais				x
g) Sair com amigos		x		
h) Dar um passeio sozinho		x		
i) Dar um passeio com amigos/familiares		x		
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros		x		
l) Outras opções				

Tabela envolvimento ocupação de tempo livre pós-intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar		x		
b) Ir ao café			x	
c) Fumar cigarros	x			
d) Assistir a programas de televisão específicos	x			
e) Ler revistas		x		
f) Ler jornais				x
g) Sair com amigos		x		
h) Dar um passeio sozinho			x	
i) Dar um passeio com amigos/familiares			x	
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros			x	
l) Outras opções : Computador e Estudar			x	

Anexo 12. Testemunho participante ZP

“A realidade do constante problema das condições de tempos livres são raras exceções nesta vida quotidiana. A altura escolhida e o tempo para estes dias positivos são satisfatórios como quase excelentes. Vale a pena algum tempo livre. Faz pensar, construir, acontecer e educar o nosso estímulo de algo que nos surpreenda.”

Anexo 13. Tabelas envolvimento ocupacional Participante JL

Tabela envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre pré-intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	mais de 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar	x			
b) Ir ao café	x			
c) Fumar cigarros				x
d) Assistir a programas de televisão específicos	x			
e) Ler revistas		X		
f) Ler jornais		X		
g) Sair com amigos	x			
h) Dar um passeio sozinho	x			
i) Dar um passeio com amigos/familiares	x			
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros	x			
l) Outras opções: Ouvir Rádio (5x) e Jogar Cartas (1 a 3)				

Tabela envolvimento em actividades de ocupação de tempo livre pós-intervenção

Frequência Semanal	0	1 a 3	4 a 5	Mais 5
a) Ver televisão independentemente do programa que está a dar	x			
b) Ir ao café			x	
c) Fumar cigarros				x
d) Assistir a programas de televisão específicos	x			
e) Ler revistas	x			
f) Ler jornais		x		
g) Sair com amigos	x			
h) Dar um passeio sozinho		x		
i) Dar um passeio com amigos/familiares	x			
j) Fazer desporto	x			
k) Ler livros	x			
l) Outras opções : ouvir rádio				x

Anexo 14. Testemunho JL

“Gostei de tudo. Dos passeios e das reuniões à segunda- feira. Tenho pena que o programa vá terminar e gostava que se repetisse para o ano outra vez. Sinto-me bem ao participar no programa, gostei de debater os temas que falámos. Isto faz-nos bem. Tenho pena de não ter mais estudos para compreender melhor os assuntos. No geral, correu tudo bem. Gostei.”