



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO LABORAL
NA SINTOMATOLOGIA, QUALIDADE DE VIDA E PERCEÇÕES
FACE À ATIVIDADE LABORAL EM PESSOAS COM
ESQUIZOFRENIA: ESTUDO PILOTO

Isabel Filipa Reis Silva Ferreira Soares

Faculdade de Educação e Psicologia

2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO LABORAL
NA SINTOMATOLOGIA, QUALIDADE DE VIDA E PERCEÇÕES
FACE À ATIVIDADE LABORAL EM PESSOAS COM
ESQUIZOFRENIA: ESTUDO PILOTO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Isabel Filipa Reis Silva Ferreira Soares

sob orientação de
Professora Doutora Filipa Palha

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Julho de 2013

AGRADECIMENTOS

Pretendo aqui deixar uma palavra de apreço e reconhecimento a algumas pessoas que contribuíram tanto para a elaboração deste trabalho como para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Filipa Palha pela orientação fulcral na prossecução deste caminho. O exemplo de profissionalismo, sabedoria, rigor e seriedade foram determinantes para o meu desenvolvimento enquanto futura profissional de psicologia.

A todos os professores, um agradecimento por direta ou indiretamente contribuírem para este meu trabalho.

Um grande obrigado aos meus pais e irmã! O vosso suporte e apoio incondicional ao longo deste percurso foram imprescindíveis na concretização deste meu objetivo.

A todos os meus amigos pelas palavras certas nos momentos certos. Estes últimos cinco anos de partilha, compreensão e aprendizagem constantes deixaram uma marca profunda na minha vida.

À Carmina, pelo contagiante entusiasmo, empenho, dedicação e ensinamentos transmitidos que deram sentido ao meu projeto profissional na área da Reabilitação Psicossocial. Um muito Obrigada!

RESUMO

A atividade profissional assume-se como um fator importante para a recuperação das pessoas com perturbação mental grave (Leff & Warner, 2006).

Visto que esta é uma área deficitária na esquizofrenia, foram desenvolvidos vários modelos de reabilitação profissional (Colis, Galilea, Carreras, Cornide, Fernández & Molinero, 2010) os quais promovem o funcionamento profissional e podem, igualmente, influenciar os domínios não vocacionais (Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo & Bebout, 2001). Neste sentido, vários investigadores se têm debruçado sobre esta temática com vista a analisar a eficácia dos programas de reabilitação profissional em conjunto com outras intervenções (Bell & Bryson (2001); Bell, Bryson, Greig, Fiszdon & Wexler (2005); Bell, Zito, Greig & Wexler, (2008)).

Em contrapartida, Roder, Zorn, Müller e Brenner (2008) como forma de promover as competências sociais em áreas funcionais específicas do quotidiano, desenvolveram um programa para o tratamento de pessoas com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação de tempos livres (WAF). Este programa é uma evolução da Terapia Psicológica Integrada (IPT) e abrange intervenções neuro e sociocognitivas em combinação com as competências sociais (Roder, Mueller, Mueser e Brenner, 2006).

Este estudo de caso múltiplo teve como objetivo primordial a avaliação do impacto do programa laboral do WAF nos domínios da sintomatologia, qualidade de vida e perceções face à atividade laboral em pessoas com esquizofrenia inseridas na comunidade. Os resultados demonstraram a impossibilidade de obter um padrão linear quanto aos resultados obtidos na sintomatologia, destacaram melhorias no que se refere à qualidade de vida e, por fim, apresentaram piores resultados nas perceções face à atividade laboral.

Concluimos assim que a integração no programa laboral do WAF tem um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia através do desenvolvimento de objetivos reais e motivadores, do treino de competências socioprofissionais e mobilização de *competências de coping*.

Palavras-Chave: esquizofrenia, reabilitação psicossocial, atividade profissional, modelos de reabilitação profissional, WAF.

ABSTRACT

The professional activity is assumed as an important factor for the recovery of people with severe mental disorder (Leff & Warner, 2006).

Since this is a deficient area in schizophrenia, several models of professional rehabilitation were developed (Colis, et al., 2010) which promote the professional functioning and can also influence the non-vocational domains (Bond, et al., 2001). In this sense, several researchers have focused on this subject in order to analyze the effectiveness of vocational rehabilitation programs together with other interventions (Bell & Bryson (2001), Bell, Bryson, Greig, Fiszdon & Wexler (2005), Bell, Zito, Greig & Wexler (2008)).

On the other hand, Roder, Zorn, Müller and Brenner (2008), in order to promote social skills in specific functional areas of daily life, developed a program for the treatment of people with schizophrenia in residential, employment and occupation of free time areas (WAF). This program is an evolution of the Integrated Psychological Therapy (IPT) and covers neuro and socio-cognitive interventions in combination with social skills (Roder, et al, 2006).

This multiple case study had as main objective the evaluation of the impact of WAF labor program in the symptoms domains, the quality of life and the perceptions due to the working activity, in people with schizophrenia inserted in the community. Results showed the impossibility of obtaining a linear pattern on the symptoms outcomes obtained and they also highlighted improvements related to quality of life and showed worse results in the perceptions due to working activity.

We conclude that the integration in the labor WAF program has a positive impact on the quality of life of people with schizophrenia by developing realistic and motivating goals, the training of socioprofessional skills and the mobilization of coping skills.

Keywords: schizophrenia, psychosocial rehabilitation, professional activity, professional rehabilitation models, WAF.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice Geral	vi
Índice de Tabelas	ix
Abreviaturas	x
Introdução.....	1
I Enquadramento Teórico	
1. Perturbação Mental e Perturbação Mental Grave	2
2. A Esquizofrenia.....	3
2.1. Sintomatologia.....	3
2.2. Evolução e Prognóstico	4
2.3. Impacto.....	5
3. Reabilitação Psicossocial.....	6
3.1. Definição	6
3.2. Objetivos, Valores e Princípios	6
3.3. Evolução e Situação Atual.....	7
3.4. Contexto Nacional	8
4. A Atividade Profissional e o Impacto da Reabilitação Profissional na Sintomatologia, Qualidade de Vida e Perceções Face à Atividade Laboral.....	9
4.1. A Atividade Profissional	9
4.2. A Reabilitação Profissional e os seus Modelos.....	10
4.2.1. Impacto na Sintomatologia	13

4.2.2. Impacto na Qualidade de vida.....	14
4.2.3. Impacto na Perceção face à Atividade Laboral.....	16
4.3. Da <i>Terapia Integrada na Esquizofrenia (IPT)</i> ao <i>Programa para o tratamento de pessoas com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação de tempos livres (WAF)</i>	16
4.3.1. L-WAF: Programa para o tratamento com esquizofrenia na área laboral.....	17
II Metodologia	
5. Objetivos Específicos.....	19
6. Questões de Investigação.....	19
7. Participantes.....	20
8. Procedimentos.....	21
8.1. Desenho do Estudo.....	21
8.2. Instrumentos.....	21
8.2.1. Ficha Sociodemográfica.....	22
8.2.2. Avaliação da Sintomatologia.....	22
8.2.3. Avaliação da Qualidade de Vida.....	22
8.2.4. Avaliação das Perceções face à Atividade Laboral.....	22
8.3. Protocolo de Intervenção.....	23
8.4. Recolha dos Dados.....	23
8.5. Análise dos Dados.....	24
III Resultados	
9. Descrição dos Resultados.....	25
9.1. Participante FB.....	25
9.1.1. Assiduidade.....	25

9.1.2.	Avaliação Pré e Pós L-WAF	25
9.1.3.	Percepção do Impacto do Programa nos Objetivos Propostos	26
9.1.4.	Observação comportamental	27
19.2.	Participante EL	27
9.2.1.	Assiduidade.....	27
9.2.2.	Avaliação Pré e Pós L-WAF	28
9.2.3.	Percepção do Impacto do Programa nos Objetivos Propostos	29
9.2.4.	Observação comportamental	30
9.3.	Participante HP	30
9.3.1.	Assiduidade.....	30
9.3.2.	Avaliação Pré e Pós L-WAF	30
9.3.3.	Percepção do Impacto do Programa nos Objetivos Propostos	31
9.3.4.	Observação comportamental	32
9.4.	Síntese dos resultados.....	32
IV	Discussão.....	33
V	Conclusões e Investigações Futuras	38
VI	Bibliografia	40
VII	Anexos	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Sintomatologia	26
Tabela 2. Qualidade de Vida.....	27
Tabela 3. Percepções face a atividade laboral.....	27
Tabela 4. Percepção da concretização de objetivos	28
Tabela 5. Sintomatologia	29
Tabela 6. Qualidade de Vida.....	29
Tabela 7. Percepções face a atividade laboral.....	30
Tabela 8. Percepção da concretização de objetivos	30
Tabela 9. Sintomatologia	31
Tabela 10. Qualidade de Vida.....	32
Tabela 11. Percepções face a atividade laboral.....	32
Tabela 12. Percepção da concretização de objetivos	33
Tabela 13. Síntese dos resultados.....	33

ABREVIATURAS

APA. Associação Psiquiátrica Americana

IPT. Terapia Psicológica Integrada

OMS. Organização Mundial de Saúde

PMG. Perturbação Mental Grave

PNS. Plano Nacional de Saúde

RP. Reabilitação Psicossocial

WAF. Whonen, Arbeit, Freizeit – Programa para o tratamento de pessoas com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação de tempos livres.

WAF-L. Módulo laboral do WAF

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento das Perceções face à Atividade Laboral.....	52
--	----

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave (PMG) que dada a sua incapacidade a longo prazo afeta vários domínios (Mueser & McGurk, 2004). Entre eles, destaca-se os défices no funcionamento que *“geralmente determinam limitações no funcionamento social global”* (Vaz-Serra et. al, 2010, p. 104)

De acordo com Green, Kern, Braff e Mintz (2000) a esquizofrenia provoca défices significativos no funcionamento psicossocial, afetando as capacidades de funcionamento em contexto de trabalho. A este respeito, Leff & Warner (2006) salientam que o trabalho é desejado pela maioria das pessoas com PMG, no entanto, estes podem evitar fazê-lo devido a inúmeros obstáculos, tais como, os efeitos da doença e as atitudes estigmatizantes em contexto profissional.

Face a tal, foram desenvolvidos serviços comunitários que possibilitaram a integração das pessoas com PMG em programas de reabilitação psicossocial singulares que podem ser decisivos na evolução da perturbação (Glynn, 2003; Leff & Warner, 2006). Em lugar de destaque, encontra-se o programa para o tratamento de pessoas com esquizofrenia na área laboral (L-WAF) o qual promove as competências socioprofissionais (Roder, et al., 2008).

Neste sentido, o objetivo geral deste estudo é, então, analisar o impacto do módulo laboral do WAF na sintomatologia, qualidade de vida e perceções face à atividade laboral em pessoas com esquizofrenia.

Em relação à estrutura, esta dissertação está organizada da forma que se segue. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico do estudo, onde descrevemos e exploramos os conceitos aplicados, nomeadamente a esquizofrenia e a abordagem de intervenção atual, a Reabilitação Psicossocial (RP). De seguida, exploramos a importância da atividade profissional em pessoas com PMG, fazendo referência aos modelos de reabilitação profissional disponibilizados atualmente e relacionando-os com a sintomatologia, qualidade de vida e perceções face à atividade profissional. Também descrevemos os modelos de intervenção integrada para o tratamento de pessoas com PMG que deram lugar ao programa avaliado nesta dissertação, o módulo laboral do WAF (Roder et al., 2008). Na segunda parte explicamos a metodologia utilizada no estudo e, conseqüentemente, na terceira parte segue-se os resultados obtidos no mesmo estudo. Por fim, apresentamos a discussão dos resultados, as respetivas conclusões e destacamos as pistas para futura investigação.

I PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Perturbação Mental e Perturbação Mental Grave

Os estudos epidemiológicos mais atuais demonstram que uma das principais causas de incapacidade e um dos importantes motivos de morbilidade estão associados a problemas de saúde mental e a perturbações mentais que afetam indivíduos de qualquer idade, género, rendimento e zona de residência (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), 25% da população apresenta perturbações mentais, ou seja, “*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). Assim, a perturbação mental é concetualizada como “*uma síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade atual, ou incapacidade, ou com um risco significativamente aumentado de sofrer de morte, dor, incapacidade ou uma perda importante de liberdade*” (APA, 2002, p. XXXI).

Neste sentido, e apresentando um carater heterogéneo, Corrigan, Mueser, Bond, Drake e Solomon (2008) nomeiam quatro domínios conceptuais que auxiliam a compreensão de uma perturbação mental: a) o diagnóstico que representa o conjunto de sintomas e disfunções que concedem significado à desordem psiquiátrica propriamente dita; b) o curso da doença, ou seja, a trajetória da perturbação ao longo do tempo em termos de severidade dos sintomas e respetivas disfunções; c) a comorbilidade de desordens mentais patenteada nos indivíduos; d) e a disfuncionalidade que compromete os sujeitos a concretizar os seus objetivos de vida de acordo com a idade e o seu funcionamento em comunidade (e.g. ter um emprego, viver de forma independente ou mesmo desenvolver relações íntimas e satisfatórias).

Por conseguinte, caracterizando-se por serem comuns e universais, as perturbações mentais, após estabelecido o diagnóstico, podem variar num *continuum* de ligeiro a grave e serem temporárias ou permanentes (OMS, 2002). Estas especificações, indicativas da gravidade e trajeto evolutivo, deverão ter em consideração qualquer défice no funcionamento social e ocupacional, bem como, a veemência dos sinais e sintomas da perturbação em questão (APA, 2002). Logo, de acordo com o Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro, uma perturbação mental é

considerada grave quando “*pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade das pessoas*” (p. 258).

2. A Esquizofrenia

Atualmente, a esquizofrenia constitui-se como uma PMG que, dada a sua natureza complexa, tem estado na vanguarda da investigação (Marques-Teixeira, 2007).

Constituindo-se como um dos transtornos psiquiátricos mais graves, a esquizofrenia apresenta uma prevalência entre os adultos de 0,5% a 1,5% (APA, 2002). Em Portugal, segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010 do total dos internamentos, das consultas e das urgências, as esquizofrenias destacaram-se tendo sido a patologia mais habitual cuja ponderação foi de 21,2%, foi também considerada a primordial causa subjacente ao internamento, com um resultado de 36,2% e, por último, o terceiro motivo das consultas, com 12,4% (Ministério de Saúde, 2004).

Neste contexto, e dada a sua multi-heterogeneidade, de seguida será apresentada a sintomatologia da perturbação em questão com base numa classificação internacional que foi desenvolvida para ser utilizada na prática clínica, *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) (APA, 2002), a quarta edição revista da Associação Psiquiátrica Americana.

2.1. Sintomatologia

Esta perturbação é caracterizada por um conjunto de sintomas positivos, ou seja, excesso ou distorção de funções normais, tais como, ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos que refletem uma diminuição ou perda das funções normais como é o caso do embotamento afetivo e da alogia ou avolição, que estiveram presentes na maior parte do tempo durante um período de um mês, com alguns sinais e sintomas característicos a perdurarem durante pelo menos seis meses.

Para além disso, recentemente a comunidade científica tem constatado que a função cognitiva é uma dimensão central da esquizofrenia que se desenvolve e varia ao longo do tempo (Savla, Moore & Palmer, 2008).

Nesta linha de pensamento, “*a cognição diz respeito às capacidades que nos fazem pensar, perceber as coisas, obter, compreender e responder à informação*” (Medalia & Revheim, 2007, p. 9) e inclui domínios como a atenção, memória de trabalho, aprendizagem visual e verbal, velocidade de processamento e funções executivas (Savla et al., 2008). Porém, em pessoas com esquizofrenia, podem existir dificuldades ao nível destas

capacidades, prejudicando inevitavelmente (Sharma & Antonova, 2003): a concentração, i.e., a concentração durante um período mais longo de tempo e a atenção seletiva; a aprendizagem de informações e competências novas e distintas; o planeamento; a determinação de estratégias para determinada ação e respetiva concretização; a compreensão da linguagem e a aplicação de competências verbais de comunicação e autoexpressão e a resolução de problemas difíceis, através da retenção de informação e manipulação. Logo, para além dos sintomas psicopatológicos, os défices no funcionamento cognitivo constituem-se como determinantes sobre o nível geral de funcionamento independente destes doentes (Savla et al., 2008).

É de ressaltar que a esquizofrenia sendo uma doença crónica, é por vezes custosa de interagir com a realidade ao afetar particularmente o funcionamento pessoal, social e laboral (APA, 200; Assis, Villares & Bressan, 2009). Assim, uma das dimensões em que as dificuldades são mais evidentes é o funcionamento pessoal do indivíduo na esfera social (APA, 2002).

De acordo com Vaz Serra et al. (2010), os défices no funcionamento social em indivíduos com esquizofrenia são uma característica central e baseiam-se na “*diminuição ou incapacidade em satisfazer os padrões de comportamento esperado para o grupo etário e nível sociocultural e económico e em desempenhar tarefas de índole social, laboral ou académica, que não depende de fatores extrínsecos ao próprio.*” (p. 1046).

2.2. Evolução e Prognóstico

Segundo Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández e Rodríguez (2007), a esquizofrenia tem um começo repentino ou insidioso, sendo que este último inclui um desenvolvimento lento e progressivo dos sintomas. Três fases são apontadas na evolução da esquizofrenia (Pratt, Gill, Barrett & Roberts, 2007): (i) a prodrómica, ou seja, o aumento da sintomatologia positiva e negativa, bem como, deterioração da funcionalidade dos sujeitos; (ii) a aguda/ativa que se caracteriza pela presença contínua da sintomatologia, nomeadamente, os sintomas positivos; e (iii) a residual na qual a maior parte dos sintomas desaparecem. A classificação do curso longitudinal deverá acontecer somente um ano depois do início dos sintomas de fase ativa (APA, 2002; Cañamares et al., 2007).

O prognóstico em indivíduos com esquizofrenia poderá ser variável e estará dependente do tratamento efetuado (APA, 2002). A literatura tem demonstrado que as mulheres exibem uma melhor evolução e melhor prognóstico que os homens (OMS, 2002; Cañamares et al., 2007). De acordo com a APA (2002) os homens tendem a apresentar um risco maior do que as mulheres quando se trata de desenvolver esta perturbação, nomeadamente, “*uma pior adaptação pré-mórbida, êxito escolar inferior, maior evidência de*

incapacidade cognitiva avaliada em testes neuropsicológicos e pior prognóstico” (APA, 2002, p. 308).

Por sua vez, não é comum a remissão total e *“dos que permanecem doentes, alguns parecem ter uma evolução relativamente estável, enquanto outros evidenciam um agravamento progressivo associado a uma incapacidade grave” (APA, 2002, p. 309).* Já os dados apresentados por Cañamares et al. (2007), 23 a 39% dos indivíduos tiveram um só episódio durante a sua vida e foi constatada uma remissão significativa em 35 a 78% dos casos referentes a indivíduos com um curso episódico.

Em suma, um prognóstico favorável está relacionado com um conjunto de fatores: um início tardio dos sintomas; adaptação pré-mórbida favorável; início agudo; sintomas negativos pouco marcados, défices cognitivos ligeiros, danos cerebrais estruturais reduzidos; ausência de défice do discernimento; comorbilidade com perturbação de humor; atuação imediata da medicação anti-psicótica; poucos sintomas residuais; acontecimentos precipitantes; ser do sexo feminino e um nível de escolaridade elevado (APA, 2002; Canãmares, et al., 2007).

2.3. Impacto

Segundo a OMS (2002) esta PMG acarreta uma incidência na população mundial em cerca de 1% e é apontada como uma das dez primeiras causas de carga social (Roder, et al., 2008).

Uma vez desaparecidos os sintomas mais evidentes da esquizofrenia é destacado na literatura o facto de alguns sintomas residuais poderem permanecer e que tem um impacto substancial nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades em que estão inseridos (OMS, 2002). Estas dificuldades, estando continuamente presentes na vida dos sujeitos, surgem como um desencadeador de sofrimento e apreensão extrema, na medida em que esses mesmos indivíduos se consideram como fardos, incapazes de arcar com as suas responsabilidades, dificultando, portanto, a sua integração na comunidade (OMS, 2002).

Tendo em conta esta linha de pensamento, é de salientar que todas as características sintomáticas resultam da reduzida resistência a situações stressantes e a alterações biológicas importantes (Assis, et al., 2009).

Em lugar de destaque corrobora-se concetualmente a vasta aceitação do modelo vulnerabilidade-stress-coping que compreende o desenvolvimento da doença, ao integrar uma diversidade da interações entre as vulnerabilidades genéticas e ambientais, as exigências da doença e do meio, bem como, os fatores protetores pessoais e sociais (Roder, et al., 2008).

Posto isto, tanto a nível individual, como no seio familiar e na comunidade onde os indivíduos estão inseridos as implicações de uma PMG são múltiplas, pelo que, é defendido como prioridade máxima proporcionar uma panóplia de meios terapêuticos que reduzam, por um lado, a exclusão social, a estigmatização e a discriminação que orientam a prevenção do aparecimento de outras perturbações mentais e, por outro lado, que promovam a qualidade de vida das pessoas doentes e a dignificação dos seus direitos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Sendo amplamente reconhecida a necessidade de desenvolver processos eficazes para melhorar os resultados a longo prazo dos sujeitos (Anthony & Liberman, 1986), de seguida será clarificada uma abordagem que se tornou imprescindível no campo da saúde mental: a Reabilitação Psicossocial (RP).

3. Reabilitação Psicossocial

3.1. Definição

Previamente considerada como prevenção terciária, a OMS (1997a) define atualmente a RP como um processo facilitador da oportunidade de atingir o nível ideal de funcionamento independente na comunidade para sujeitos comprometidos ou incapacitados por uma perturbação de foro mental. Ora, implicitamente esta definição contempla duas componentes: um processo ativo por parte dos sujeitos com PMG no qual os condicionalismos da doença são atenuados pela adaptação ou aprendizagem de competências e a mudança de atitudes por parte dos indivíduos sem qualquer perturbação mental como forma de atingir uma inclusão social ideal (Craig, 2006).

A sua missão será a de fornecer uma melhor qualidade de vida para pessoas com qualquer tipo de incapacidade mental, bem como para as sociedades, ressaltando a promoção de competências funcionais e a introdução de mudanças ambientais, salientando o sucesso nas escolhas individuais de como viver em comunidade e minimizando as inaptidões (OMS, 1997a).

Neste sentido, o processo de RP auxilia os sujeitos doentes a assinalar *“os seus objetivos, obtê-los ou alcançá-los e/ou mantê-los, dependendo das suas necessidades e vontades”* (Marques & Queirós, 2012, p. 16).

3.2. Objetivos, Valores e Princípios

Tal como descrito na definição anterior, os objetivos da RP envolvem uma série de etapas que incluem: a) a redução sintomatológica através de intervenções apropriadas; b) a

diminuição e eliminação dos efeitos psicológicos e comportamentais adversos das intervenções; c) a promoção das competências sociais; d) a redução do estigma e discriminação; e) a promoção do suporte familiar; f) a criação de um sistema de suporte continuado e g) o fomento do *empowerment* (OMS, 1997a).

Estes objetivos são operacionalizados de acordo com inúmeros valores que envolvem atitudes que influenciam o comportamento profissional, bem como, por inúmeros princípios.

Neste contexto, de acordo com Pratt e colaboradores (2007) os valores comuns baseiam-se no direito da autodeterminação e participação, na dignidade, na indiferença aos graus de incapacidade, no melhoramento e recuperação subjacente e também a capacidade para evoluir tendo em conta os determinantes pessoais, culturais e étnicos de cada sujeito.

É a combinação entre estes objetivos e valores que irá determinar os princípios que validam os respetivos constructos da reabilitação (Pratt et al., 2007). Assim, estes investigadores argumentam que o *empowerment*, a escolha individual, o envolvimento ativo dos indivíduos, a focalização nos pontos fortes e nas relações interpessoais, a participação da família e a inclusão do tratamento/reabilitação que são interdependentes e interagem entre si, constituem os princípios decorrentes da combinação anteriormente descrita.

3.3. Evolução e situação atual

Antes do aparecimento da RP, as consequências negativas dos sujeitos com PMG eram consideradas como causadoras de perturbações sintomáticas de humor ou de raciocínio e as competências positivas dos sujeitos eram ignoradas (Marques & Queirós, 2012).

No entanto, a implementação da desinstitucionalização e o desenvolvimento de um sistema de suporte comunitário desencadeou, nas últimas décadas, “a *mudanças significativas nas orientações sociopolíticas e na organização e prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, particularmente ao nível da reabilitação e inserção social das pessoas com doença mental*” (Marques, Queirós & Rocha, 2006, p. 12).

Assim sendo, o paradigma da RP reconhece a incapacidade, a desvantagem, o desempenho e as vantagens dos sujeitos e não apenas as consequências negativas das perturbações mentais graves, ou seja, os sintomas (défice) (Marques & Queirós, 2012).

Posto isto, a RP é hoje largamente compreendida e baseia-se em dois ingredientes chave, nomeadamente, o *recovery* e o *empowerment* os quais tem sido caracterizados de formas distintas na literatura (Corrigan et al., 2008).

Partindo uma vez mais do modelo de vulnerabilidade-stress-coping, segundo Anthony (1993) o conceito de *recovery* compreende “*um processo único e profundamente*

peçoal de alteração das próprias atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou papéis. É uma forma de viver uma vida satisfatória, com esperança e útil, mesmo dentro dos limites causados pela doença.” (p. 527).

Neste sentido, o processo de *recovery* “*envolve o desenvolvimento de sentidos e objetivos da vida de uma pessoa*” (Anthony, 1993, p.527) e compreende quatro domínios, designadamente, a esperança, a auto-identidade, o sentido de vida e a responsabilidade pessoal (Andresen, Oades & Caputi, 2003), incrementando não só a remissão de sintomas mas também a realização individual satisfatória como forma de reduzir o grave obstáculo que se verifica na variabilidade do decurso clínico da esquizofrenia que leva as pessoas a entrarem e a saírem constantemente do processo de recuperação (Lieberman & Koperlwich, 2005).

Por outro lado, o *empowerment* é definido como um processo de reconhecimento e controlo pessoal em todos os domínios da vida dos sujeitos cujo impacto se baseia em atitudes positivas acerca de si mesmos, aumento da autoestima, autoeficácia e otimismo quanto ao futuro (Corrigan et al., 2008). Portanto, o paradigma de *empowerment* é algo fornecido externamente pela forma como os serviços estão estruturados, bem como, um estado psicológico interno que incita os sujeitos a ter coragem para assumir responsabilidades e efetuar mudanças ao nível comunitária (Craig, 2006).

Assim, como forma de atingir o nível máximo de funcionamento independente, maior controlo sintomático e níveis elevados de satisfação com a vida dos sujeitos com perturbação mental grave (Glynn, 2003) a RP enfatiza o desenvolvimento de mecanismos de *coping* e a capacidade dos indivíduos serem intervenientes ativos nos próprios cuidados de saúde, centrando-se em atingir uma construção de forças e recursos pessoais ao invés da remediação dos seus défices (Allott, Loganathan & Fulford, 2002).

3.4. Contexto nacional

Após a realização de pesquisas em contexto nacional, verificou-se atualmente que a implementação de programas de reabilitação apresentam inúmeras discrepâncias face às necessidades e preferências da pessoa com perturbação mental, permitindo reconhecer a ausência de recursos para a prestação de apoios mais integrados e individualizados (Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002).

Face a tal, a abordagem da saúde mental comunitária salienta a ênfase na criação de respostas comunitárias e o aumento substancial de intervenções, com o auxílio de equipas multidisciplinares com formação especializada, de forma a promover a autonomia, integração social e qualidade de vida, em vez de confinar os doentes mentais graves em instituições psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2008).

Para além disso, de acordo com o PNS de 2004-2010 e no que respeita à população de doentes do grupo das esquizofrenia(s), claras são as evidências que demonstram em contexto clínico o aumento substancial da patologia em questão (Ministério de Saúde, 2004), pelo que, é fundamental encontrar uma solução imediata que possibilite a recuperação e fomente a reabilitação com base na aceitação das limitações impostas pela doença, mas também em detrimento dos recursos que vão adquirindo ao longo do caminho através da determinação, esperança e confiança dos indivíduos (Assis et al., 2009).

Após as considerações referidas anteriormente, verifica-se que a capacidade de o indivíduo concretizar eficazmente as suas funções, incluindo a capacidade para trabalhar é uma componente-chave da RP (OMS, 2005), pelo que, de seguida será desenvolvida a temática em questão.

4. A Atividade Profissional e o Impacto da Reabilitação Profissional na Sintomatologia, Qualidade de Vida e Perceções Face à Atividade Laboral

Neste capítulo, iremos enfatizar a questão do trabalho para as pessoas com PMG, nomeadamente, com diagnóstico de esquizofrenia, bem como, a importância da reabilitação profissional, a evolução dos modelos de reabilitação profissional e a sua relação com as variáveis em estudo: sintomatologia, qualidade de vida e perceções face à atividade laboral.

4.1. A Atividade Profissional

A atividade profissional para a maioria das pessoas é uma característica essencial para atingir a sua realização social e pessoal (OMS, 2005). Tal como argumentam Filipe e Barroso (2005) o acesso ao mercado de trabalho é por si só um meio por excelência no alcance de uma participação ativa na comunidade a par de uma garantia de igualdade no que toca aos direitos e oportunidades.

Segundo Leff & Warner (2006), para as pessoas com PMG a atividade profissional constitui-se como uma das razões mais importantes para a sua recuperação. No âmbito dos conceitos-chave da recuperação, de acordo com os mesmos autores, surge a expectativa de que essa mesma pessoa tenha não só um papel relevante em termos sociais e nas atividades, bem como, a capacidade de gerir a sua vida e a sua perturbação.

A este respeito, as evidências empíricas têm demonstrado que na sociedade ocidental a maior parte das pessoas com PMG ambicionam ter um trabalho e sentem-se

competentes para o fazer (Cook, 2006). No entanto, sabe-se que a taxa de desemprego, nomeadamente nas pessoas com esquizofrenia, é de aproximadamente 85% (Becker, 2008). Os motivos inerentes a estas taxas de emprego reduzidas nas pessoas com PMG dizem respeito à realidade do mercado de trabalho, i.e. pelas elevadas taxas de desemprego atuais, pelos desincentivos ao trabalho, pela falta de serviços clínicos e vocacionais, pela estigmatização e discriminação, bem como, pelas atitudes e auto-estima daqueles com incapacidade e pelos efeitos da própria perturbação (e.g. capacidade para se relacionar com os outros, pensar e executar tarefas de forma clara que comprometem a procura, obtenção e manutenção de um trabalho) (Marwaha & Johnson, 2004; Leff & Warner, 2006).

Face a tal, foram criados serviços na comunidade de modo a assegurar a reabilitação através do trabalho das pessoas com PMG (Colis, et al., 2010) que tornaram possível o “*desenvolvimento de programas de reabilitação e reintegração profissional (...)*”. (Leff & Warner, 2006, p. 11).

De seguida, será enfatizada a importância da reabilitação profissional em PMG descrevendo o espectro de oportunidades de emprego atualmente existentes para as pessoas com PMG.

4.2. A Reabilitação Profissional e os seus Modelos

A reabilitação profissional, constituindo-se como uma vertente da RP, é definida como o processo pelo qual as pessoas com PMG são capazes de aprender e receber apoios que as auxiliam a integrar e a manter-se nas atividades profissionais (Voit, 2000). Estes apoios surgiram em forma de programas específicos de reabilitação profissional e abrangem a Reabilitação Profissional Tradicional, o Emprego Protegido e os Programas de Emprego Apoiado que inclui o emprego de transição e o modelo de colocação e apoio individual (Leff & Warner, 2006).

No que concerne à Reabilitação Profissional Tradicional, este programa foi desenvolvido na década de 70 e foi considerado um modelo de “formar e empregar” no qual os nomes das pessoas com qualquer tipo de incapacidade são fornecidos a uma agência externa que avalia, auxilia, forma e coloca as pessoas a trabalhar. Adotando uma abordagem de formação pré-profissional esta abordagem é um serviço de curta duração e o seu êxito verifica-se através do número de pessoas que efetivamente conseguem ser colocadas no mercado de trabalho (Leff & Warner, 2006). Porém, de acordo com os mesmos autores, dada a falta de acompanhamento após a colocação de cada pessoa e à insensibilidade de atender às necessidades profissionais de cada um foi desenvolvido o Programa de Emprego Protegido com remuneração que se refere a

situações protegidas do trabalho competitivo com vista a facilitar a transição para o mercado de trabalho. No entanto, sendo perspectivado por muitos como institucional e segregador, o Programa de Emprego Protegido deu lugar ao desenvolvimento de Programas de Emprego Transitório. Estes últimos, criados originalmente por um clube psicossocial dos Estados Unidos referem-se à formação e colocação dos indivíduos em trabalhos remunerados mas temporários, aproximadamente de seis meses, cujo fim último passa por auxiliá-los a desenvolver as competências básicas para conseguir um emprego não-apoiado no mercado de trabalho competitivo (Bond, Drake, Becker & Mueser, 1997; Leff & Warner, 2006). Contudo, a investigação apontou para certos condicionalismos e insatisfação com esta abordagem (e.g. oportunidade de trabalho limitada no tempo e vulnerabilidade ao stress decorrente da mudança de trabalho) pelo que, na década de 80 foi desenvolvido o Modelo de Emprego Apoiado (Leff & Warner, 2006).

O Modelo de Emprego Apoiado, baseado na assunção de “empregar e formar”, contraria os princípios da Reabilitação Profissional Tradicional. Numa perspetiva de *empowerment* e de defesa de direitos, este modelo promove o acesso a um emprego remunerado no mercado competitivo de trabalho através no qual recebem apoio e formação intensiva (Filipe & Barroso, 2005; Leff & Warner, 2006). Filipe & Barroso (2005) argumentam ainda que o sucesso do programa identificado advém da formação em contexto de empresa caracterizada por uma metodologia inovadora, da estreita ligação com o meio empresarial, das estratégias de suporte específicas para cada indivíduo com carácter temporal de longo prazo e, por último, do envolvimento e participação ativa dos indivíduos na gestão do respetivo projeto. Não obstante, a Colocação e Apoio Individuais (CAI) para pessoas com PMG é a única componente deste modelo e enfatiza os pontos fortes e os pontos fracos dos indivíduos como forma de lhes permitir encontrar um emprego de acordo com as suas competências individuais (Glynn, 2003). Assim, faz sentido considerar os princípios do CAI, uma vez que nenhum outro modelo de Emprego Apoiado foi desenvolvido baseado num conjunto de princípios diferentes (Teixeira, Santos, Abreu & Gonçalves, 2009). Assim, de acordo com Bond (1998) esta abordagem distingue sete princípios: 1) o emprego competitivo com o objetivo principal de integração no mercado de trabalho; 2) a elegibilidade baseada na escolha da pessoa em reabilitação; 3) procura e colocação rápida de emprego; 4) integração de serviços de formação profissional e de saúde mental; 5) atenção para as preferências da pessoa com perturbação mental; 6) disponibilidade de um apoio contínuo e; 7) planeamento das vantagens para as pessoas com incapacidade. O CAI é, portanto, uma prática centrada em evidências. É ainda de realçar o facto de esta ser uma abordagem que se tem vindo a evidenciar face a outras também baseadas no auxílio de pessoas com perturbação

mental, mostrando ser mais eficaz na obtenção e manutenção do emprego (Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Clenaghan & Rutherford, 2008). A título de exemplo, num estudo realizado por Twamley, Vella, Burton, Becker, Bell e Jeste (2012), cujo objetivo foi o de avaliar a eficácia de um programa profissional específico (CAI), foi estabelecida uma comparação com as abordagens de reabilitação profissional tradicionais, junto de 58 indivíduos de meia-idade com esquizofrenia. Os resultados apresentaram valores inferiores do programa de reabilitação profissional convencional face aos valores do programa específico sendo que 57% dos participantes apresentaram resultados mais competitivos e 70% obtiveram um trabalho remunerado.

De salientar que os programas referidos anteriormente enfatizam, principalmente, a colocação das pessoas com esquizofrenia no mercado de trabalho (Roder et al., 2008), contudo, nem todos os sujeitos pretendem um emprego competitivo, pelo que, quando existe interesse em trabalhar, os indivíduos não devem ser excluídos do acesso a estas modalidades de tratamento contínuas (Becker, 2008).

Por outro lado, dado que os efeitos da doença em pessoas com esquizofrenia se constituem como uma barreira para um funcionamento profissional adequado, várias investigações tem vindo a ser desenvolvidas com vista a testar a eficácia dos programas de reabilitação profissional em conjunto com outras intervenções. A título de exemplo, destaca-se a reabilitação profissional em conjunto com a remediação cognitiva. De acordo com Bell e Bryson (2001) os défices cognitivos nas pessoas com esquizofrenia dificultam a melhoria do funcionamento no trabalho pelo que é basilar desenvolver intervenções de reabilitação cognitiva juntamente com intervenções de reabilitação profissional. Existem vários estudos nesta área cuja análise é fulcral e de entre os quais são de destacar os de Bell e colaboradores (2005; 2008). No primeiro os autores analisaram o efeito de uma terapia de trabalho remunerado ou remediação cognitiva conjuntamente com uma intervenção de trabalho remunerado ao longo de 6 meses no funcionamento profissional de 145 participantes com diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva e concluíram que os resultados funcionais de trabalho foram melhores com a adição do programa de reabilitação cognitiva ao programa de trabalho. No segundo estudo, uma amostra de 72 participantes com o diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva foram integrados num programa transitório e de emprego competitivo ou num programa de remediação cognitiva com um programa transitório e de emprego competitivo durante 12 meses e os resultados demonstraram que os participantes que foram incluídos em ambas os programas apresentaram melhorias significativas no funcionamento profissional (e.g. trabalharam mais horas) durante os 12 meses seguintes.

Em conclusão, todas as abordagens de reabilitação profissional foram desenvolvidas não só para melhorar o funcionamento profissional em pessoas com PMG, mas também visaram o objetivo mais amplo de integração na comunidade, incluindo o funcionamento fora do contexto de trabalho. Assim, o trabalho pode ter um impacto preponderante nos domínios não profissionais, tais como, a sintomatologia, qualidade de vida e percepções face à atividade laboral (Bond, et al., 2001) que se constituem as variáveis deste estudo e as quais iremos abordar de seguida com um maior detalhe.

4.2.1. Impacto na Sintomatologia

É de interesse primário compreender de que forma é que o impacto da sintomatologia em pessoas com esquizofrenia está relacionado com a atividade laboral e em que medida é que os programas de reabilitação profissional podem ter impacto na flutuação dos sintomas positivos e negativos.

Neste âmbito, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos, principalmente no que concerne à relação e valor preditivo da sintomatologia no desempenho funcional em contexto laboral (Bond, et al., 2001; Hoffmann, Kupper, Zbinden & Hirsbrunner, 2003; McGurk, Mueser, Harvey, LaPuglia & Marder, 2003; McGurk & Mueser, 2004; Evans, Bond, Meyer, Kim, Lysaker, Gibson & Tunis, 2004; Erickson, Jaafari & Lysaker, 2011).

No entanto, não sendo este o meu objeto de estudo de seguida irei apenas enfatizar as investigações que contribuem para o impacto dos programas profissionais na variável em questão.

Num estudo realizado por Anthony, Rogers, Cohen e Davies (1995) pretendeu-se verificar longitudinalmente o impacto de um programa de RP com objetivos vocacionais na sintomatologia psicopatológica em 275 pessoas com PMG. Os resultados demonstraram que no período de um ano a sintomatologia melhorou, particularmente no que concerne aos sintomas negativos. Para além disso, os indivíduos que conseguiram um emprego apresentaram resultados mais satisfatórios em termos de sintomatologia psicopatológica em comparação com aqueles que nunca integraram o contexto laboral.

Bell, Lysaker e Milstein (1996) no seu estudo que visava analisar durante 6 meses o impacto da participação num programa profissional remunerado e não remunerado no que concerne à sintomatologia em 150 pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva, concluíram que os participantes do programa profissional remunerado demonstraram melhorias nos sintomas, nomeadamente, um decréscimo dos sintomas relacionados com o desconforto emocional, hostilidade e dos sintomas positivos mas não dos sintomas negativos.

Por outro lado, Kumar (2008) formou dois grupos distintos, um grupo com 34 sujeitos que frequentaram um programa de reabilitação profissional e 40 sujeitos que não frequentaram qualquer programa e avaliou o impacto da reabilitação profissional na sintomatologia em doentes com esquizofrenia. Os resultados indicaram que os sujeitos alvos de reabilitação profissional apresentaram uma redução significativa na gravidade dos sintomas, exibindo melhorias significativas nos sintomas positivos, sintomas negativos e psicopatologia em geral.

Em suma, o estudo de Bio e Gattaz (2011) analisou o efeito do programa de reabilitação profissional durante 6 meses na sintomatologia negativa de indivíduos com esquizofrenia em 112 participantes com diagnóstico de esquizofrenia, sendo que, 57 dos indivíduos integraram o programa de reabilitação laboral e os restantes formaram um grupo de controlo. Para tal, antes e após da realização da intervenção laboral foram avaliadas as alterações na psicopatologia. As conclusões da investigação revelaram que após 6 meses os sintomas negativos dos indivíduos melhoraram significativamente no grupo de reabilitação laboral em comparação com o grupo de controlo.

4.2.2. Impacto na Qualidade de Vida

Difícil de ser concetualizada, a qualidade de vida tornou-se num dos constructos mais importantes na investigação e no desenvolvimento de métodos de intervenção multidisciplinares em indivíduos com esquizofrenia (Gee, Pearce & Jackson, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1997b) a qualidade de vida define-se como *“a percepção dos indivíduos face à sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (p.1). Desta forma, a qualidade de vida dos sujeitos é influenciada pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com aspetos do meio ambiente (OMS, 1997b).

De acordo com Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton e Patterson (2008) este conceito inclui, também, uma percepção subjetiva acerca da satisfação com a vida (e.g. atividades de lazer, relações interpessoais) e uma percepção objetiva de indicadores do funcionamento físico e mental.

Por conseguinte, sendo a qualidade de vida um preditor da satisfação com a vida e apresentando inúmeros benefícios que vão de encontro aos objetivos da RP, parece intuitiva a relação positiva com o trabalho em sujeitos com esquizofrenia (Bryson, Lysaker & Bell, 2002). A este respeito, tem-se verificado que o suporte e relações

sociais em contexto de trabalho explica os melhores resultados ao nível da qualidade de vida (Ruesch, Graf, Meyer, Rossler, Hell, 2004). Contudo, são poucas as investigações que analisam o impacto dos programas de reabilitação profissional e as diferenças na qualidade de vida dos participantes.

Nesta linha de pensamento, um estudo transversal realizada por Holzner, Kemmler e Meise (1998) com 60 participantes e diagnóstico de esquizofrenia pretendeu avaliar a eficácia de um programa de reabilitação laboral na qualidade de vida dos respetivos sujeitos. Para tal, os pacientes foram divididos em dois grupos, um grupo de reabilitação que contemplava competências profissionais e aspetos sociais e um grupo de controlo. Com uma periodicidade de 15 meses, os resultados revelaram que no grupo de reabilitação profissional os valores foram mais elevados na maioria dos domínios avaliados em contraste com o grupo de controlo.

Por outro lado, uma investigação que pretendeu analisar, entre outras variáveis, o impacto do trabalho na qualidade de vida para pessoas com esquizofrenia em 24 indivíduos (12 empregados e 12 desempregados) de três países ocidentais, apontou para vantagens significativas em termos de medidas objetivas e subjetivas de bem-estar nos sujeitos remunerados, bem como, para a importância superior dada ao trabalho. Para além disso, os resultados sugeriram que o trabalho está associado a uma qualidade de vida mais elevada para as pessoas com esquizofrenia (Priebe, Warner, Hubchmid & Eckle, 1998).

Para complementar os estudos referidos anteriormente, Bryson e colaboradores (2002) integraram 97 participantes com esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva em programas de reabilitação profissional remunerado e não remunerado e avaliaram o seu impacto na qualidade de vida. Os resultados demonstraram que os participantes que foram incluídos em condições remunerados na generalidade apresentaram uma qualidade de vida superior em comparação com os participantes do programa de reabilitação profissional não remunerado.

Por último, o estudo de Bio e Gattaz (2011) já mencionado no ponto anterior analisou igualmente o efeito de um programa de reabilitação profissional durante 6 meses na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia e os resultados da investigação revelaram que após 6 meses a qualidade de vida foi melhor percebido pelo grupo em que se aplicou a reabilitação profissional em comparação com o grupo de controlo.

4.2.3. Impacto nas Perceções face à Atividade Laboral

Embora escassa, a literatura tem constatado que as atitudes em relação ao trabalho para a maioria dos indivíduos são um elemento crucial e recompensador pelo crescente poder e controlo subjacente, estando moldadas pela visão de que o contexto laboral é intrinsecamente gratificante, ou seja, uma fonte de identidade, autorrespeito e uma oportunidade social (Fineman, 1987).

Porém, esta visão para a maioria das pessoas com PMG é suscetível de satisfazer muitos dos aspetos referidos anteriormente (Priebe et al., 1998). De acordo com Warner e Polak (1995) os empregos para as pessoas com PMG são percecionados como difíceis, stressantes, exigentes, mal remunerados à luz dos custos económicos de trabalho inerente ao sistema de apoio a deficientes e, conseqüentemente conduzem à perda de tempo de lazer e ao risco aumentado de prevalência dos sintomas e de recaídas.

O único estudo que analisou o impacto do trabalho nas atitudes face à atividade laboral com recurso a uma entrevista em 24 indivíduos (12 empregados e 12 desempregados) com esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva de diferentes países ocidentais revelou não haver diferenças positivas e negativas significativas nas atitudes dos sujeitos em relação ao trabalho. Contudo, os participantes que estavam empregados eram mais propensos a enfatizar a importância do contexto laboral em comparação com aqueles que estavam desempregados (Priebe et al., 1998). Uma vez que o tamanho da amostra era reduzido, a investigação empírica aponta para a possibilidade de não exclusão de diferenças significativas no que concerne às atitudes em contexto nacional, visto que as práticas laborais e normas de trabalho diferem de país para país.

Após analisar o estado de arte relativo ao impacto da reabilitação profissional na sintomatologia, qualidade de vida e perceções face a atividade laboral, pretende-se agora fazer referência aos modelos de reabilitação psicossocial que deram lugar à intervenção aplicada neste estudo.

4.3. *Da Terapia Integrada na Esquizofrenia (IPT) ao Programa para o Tratamento de Pessoas com Esquizofrenia nas Áreas Residencial, Laboral e de Ocupação de Tempos Livres (WAF)*

A “Terapia Integrada na Esquizofrenia” (IPT) foi um programa terapêutico apresentado por Roder e colaboradores (2006) e constitui-se como uma intervenção de competências sociais que inclui a remediação neurocognitiva e a cognição social com o treino de competências sociais. Assim, este programa tem como objetivo principal a

implementação de intervenções neuro e sociocognitivas em combinação com as competências sociais, apresentando como suposição que os défices básicos no funcionamento neuro-cognitivo têm um efeito generalizado nos níveis de organização comportamental, incluindo as competências sociais e o funcionamento independente (Roder, et al., 2006). Sendo constituído por 5 subprogramas (e.g. neurocognição, cognição social, comunicação, competências sociais e aptidões de resolução de problemas) os seus objetivos enfatizam os resultados ao nível do funcionamento e dependerão do desempenho de cada um dos sujeitos (Roder, et al., 2006).

Não obstante, o IPT expandiu-se e fomentou a elaboração de dois programas terapêuticos: a Terapia Integrada de Neurocognição (INT) e o programa WAF (Wohnen, Arbeit, Freizeit) que se focaliza na intervenção residencial, laboral e ocupação dos tempos livres (Roder, et al., 2008). A este respeito, o INT integrou os subprogramas da neurocognição e cognição social do IPT em contraste com o WAF que contemplou as competências sociais e a importância de as generalizar aos diferentes contextos da vida das pessoas com esquizofrenia (Roder, Muller, Brenner & Spaulding, 2011). Em seguida, será desenvolvido o programa WAF que foi aplicado neste estudo.

O programa WAF, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de competências sociais em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, tem a sua base de incidência em três áreas específicas da funcionalidade dos sujeitos: (i) a residencial; (ii) a laboral; e (iii) a de ocupação dos tempos-livres (Roder et al., 2008). De acordo com os mesmos autores, cada módulo inclui onze ou doze unidades de intervenção e compreendem as seguintes etapas: fase de orientação na qual se “[estabelecem] objetivos realistas, reabilitativos e orientados para as necessidades dos doentes” (p.110) uma segunda fase de implementação na qual são trabalhadas as competências sociais e, por fim, a fase de resolução de problemas na qual se desenvolvem estratégias para o controlo do *stress* que por vezes não é apercebido pelos doentes.

De seguida, apenas será focalizado o programa laboral (L) uma vez que se constitui como o módulo em análise e cujo impacto será avaliado por este estudo.

4.3.1. L-WAF: *Programa para o Tratamento de Pessoas com Esquizofrenia na Área Laboral*

Segundo Roder et al., (2008) os objetivos principais deste programa baseiam-se na promoção das competências sociais e aumento de competências de resolução de problemas na área laboral.

O módulo L-WAF é constituído por 11 unidades e contempla sessões grupais e sessões individuais sempre que os conteúdos abordados no grupo forem de elevado grau de exigência para certos participantes e justifiquem uma intervenção mais individualizado.

De forma a definir objetivos realistas e motivadores, este programa contempla uma fase inicial de orientação cognitiva no qual se planeia os passos a seguir de forma a atingir as competências socioprofissionais. Algumas destas atividades vão desde a procura de um trabalho até a estabilização da situação. Para além disso, *“este planeamento tem em conta critérios pessoais relevantes, como as competências socioprofissionais, os níveis de stress ou as capacidades cognitivas”* (Roder et al., 2008, p.117). Na fase de implementação, que se destina à promoção e aplicação das capacidades sociais e instrumentais para alcançar os objetivos anteriormente definidos, são enfatizadas, por exemplo, técnicas como a elaboração de um *curriculum vitae* e a análise e elaboração de anúncios de emprego. Para além disso, são trabalhadas questões relacionadas com as dificuldades de interação social que podem surgir em contexto laboral utilizando, para tal, exercícios como a preparação de apresentação pessoal. Esta fase termina com o desenvolvimento de exercícios de preparação para a admissão num novo trabalho. Por último, a fase de resolução de problemas tem em conta o controlo do *stress* que por vezes não é apercebido pelos doentes, a mobilização de estratégias de *coping* para evitar o risco de recaídas bem como o desenvolvimento de estratégias de controlo adaptadas para cada doente, operacionalizando-as em discussão de grupo. A título de exemplo, podem ser discutidas as *“dificuldades de conseguir um novo emprego, de adaptação a um novo emprego, problemas no trabalho devido às limitações impostas pela própria doença, dificuldades de ajustamento às condições de trabalho ou, ainda, dificuldades interaccionais com os colegas de trabalho”* (Roder et al., 2008, p. 119).

Assim, o L-WAF pretende auxiliar as pessoas com esquizofrenia a perceberem e lidar da melhor forma com o mercado de trabalho atual cujo objetivo último passa pela promoção das competências sociais e profissionais (Roder et al., 2008).

O único estudo com ênfase no programa WAF apresenta uma comparação entre o seu módulo laboral e a intervenção centrada nas competências sociais e na resolução de problemas baseada na IPT.

Os resultados evidenciaram expressivas melhorias, nos dois programas, nas áreas de funcionamento cognitivo e social. Todavia, convém realçar que face ao grupo de controlo, os doentes do programa laboral manifestaram uma motivação terapêutica mais elevada, uma redução da sintomatologia psicopatológica e uma propensão mais baixa para recaídas associadas à diminuição de sintomas positivos e negativos. Adicionalmente, no início da terapia, 15% dos participantes em ambos os grupos tinham um emprego competitivo e no

decorrer do estudo verificou-se um aumento para 36,8% nos doentes do programa WAF mantendo-se assim durante a fase de *follow-up* de um ano (Roder et al., 2008). Apesar de não corresponder aos objetivos principais, convém realçar que os participantes do programa laboral WAF poderiam aceitar um trabalho competitivo durante o estudo de um ano.

Em jeito de conclusão, o L-WAF tem impacto na forma como as pessoas com esquizofrenia percecionam e lidam com as adversidades com que se deparam em situações laborais (Roder et al., 2008) procurando soluções práticas e *estratégias de coping* de forma a conquistar a dita qualidade de vida (Assis et al., 2009). Todavia, são raras as intervenções terapêuticas na área laboral direcionadas para a reabilitação de doentes com esquizofrenia em Portugal pelo que torna-se imprescindível desenvolver investigações nesse sentido (Roder et al, 2008).

Após as considerações supracitadas anteriormente, o objetivo geral deste estudo pretende avaliar o impacto do módulo laboral do WAF na sintomatologia, qualidade de vida e perceções face à atividade laboral em pessoas com esquizofrenia.

II PARTE: METODOLOGIA

5. Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo são: a) avaliar o impacto do módulo laboral do WAF na sintomatologia dos participantes; b) avaliar o impacto do módulo laboral do WAF na qualidade de vida dos participantes; c) avaliar o impacto do módulo laboral do WAF nas perceções dos participantes face à atividade laboral; d) perceber as perceções dos participantes relativamente ao contributo do programa para a concretização dos objetivos propostos.

6. Questões de Investigação

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

- Qual o impacto do módulo laboral do WAF na sintomatologia dos participantes?
- Qual o impacto do módulo laboral do WAF na qualidade de vida dos participantes?

- Qual o impacto do módulo laboral do WAF nas atitudes face à atividade laboral dos participantes?
- Como é que os participantes avaliam o contributo do programa na concretização dos objetivos definidos?

7. Participantes

Participaram no estudo três utentes de um serviço de prestação de cuidados de saúde comunitária, todos do sexo masculino. De acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), dois dos participantes apresentavam o diagnóstico de esquizofrenia paranoide e um o diagnóstico de psicose por consumo de substâncias tóxicas.

Os critérios de inclusão seguiram as recomendações definidas pelo manual: estabilização do quadro psicopatológico; motivação para participar no programa de intervenção; e funcionamento cognitivo dentro de padrões normativos nos seguintes domínios: (1) velocidade de processamento, (2) atenção/ vigilância, (3) memória de trabalho, (4) memória e aprendizagem verbal, (5) memória e aprendizagem visual e, por último, (6) funcionamento executivo.

Segue-se uma breve caracterização sociodemográfica e clínica de cada participante, bem como, informações relativas à sua situação laboral passada e atual.

Participante FB: é do sexo masculino e tem 21 anos de idade. Residente no Porto, é solteiro e vive com os pais. Em 2012 o utente foi diagnosticado com esquizofrenia paranoide. Concluiu o 12º ano de escolaridade e atualmente encontra-se desempregado. Anteriormente exerceu atividade profissional no ramo da restauração durante 4 meses e no serviço militar durante 1 ano.

Participante EL: é do sexo masculino e tem 26 anos de idade. Residente em S. Paio de Oleiros é solteiro e vive com os pais. Em 2012 o utente teve um surto psicótico decorrente do consumo de substâncias tóxicas. Concluiu o 12º ano de escolaridade e frequentou o 1º ano de licenciatura na área da Agricultura Biológica. Presentemente encontra-se desempregado mas já exerceu atividade profissional na área da restauração, sendo que, todos os trabalhos tiveram uma duração média de 2 meses.

Participante HP: é do sexo masculino e tem 30 anos de idade. Residente em Rio Tinto, é solteiro e vive com os pais. Em 2010 o utente foi diagnosticado com esquizofrenia paranoide. Concluiu o 11º ano de escolaridade e atualmente encontra-se desempregado. No

passado já exerceu atividade profissional na área das telecomunicações e em funções administrativas ambas com a duração média de 3 meses.

8. Procedimentos

8.1. Desenho do estudo

De acordo com os objetivos deste estudo, a metodologia basear-se-á num estudo de casos múltiplos com um desenho pré-pós, com o objetivo de avaliar o impacto do L-WAF nas dimensões relacionadas com a sintomatologia, qualidade de vida e perceções face à atividade laboral.

No seguimento da afirmação anterior, uma metodologia de estudo de caso tem em conta os retratos individuais que auxiliam a compreensão das questões de investigação, primeiro individualmente e depois coletivamente, diferindo assim de um desenho de estudo experimental (Yin, 2003). Segundo o mesmo autor, este desenho de estudo enfatiza as unidades de análise, a relação entre os dados e as respetivas questões e os critérios para a interpretação dos resultados.

Neste caso, as unidades de análise dizem respeito à intervenção na qual cada participante se submeteu, avaliada em termos de horas e estimulação aplicada, e a interpretação dos resultados alicerçou-se nas variáveis de avaliação em estudo, ou seja, a sintomatologia, qualidade de vida e atitudes face à atividade laboral. Foi, ainda, incluída uma avaliação referente às perceções dos utentes face à participação no programa laboral do WAF.

É de salientar que durante o período de realização do programa laboral foi efetuado um diário de bordo com vista à monitorização das sessões, onde constava a data, o número da mesma, um registo de presenças e a observação do perfil comportamental de cada utente.

8.2. Instrumentos

8.2.1. Ficha sociodemográfica

Para caracterização sociodemográfica e clínica de cada participante foi elaborado um questionário de caracterização sociodemográfica que engloba informação respeitante à idade, género, estado civil, habilitações literárias e condição de trabalho atual e passada e à consulta da duração e diagnóstico psiquiátrico de cada utente através dos psicólogos clínicos que os acompanham.

8.2.2. Avaliação da Sintomatologia

Para avaliar a sintomatologia dos participantes, foi administrado o instrumento *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1993) com adaptação para a população portuguesa (Canavarro, 1999).

Este instrumento é um inventário de auto-resposta em 53 itens numa escala tipo Likert de 5 pontos, que avalia os sintomas psicológicos em 9 dimensões e 3 índices globais. Essas dimensões são: a) somatização; b) obsessivo-compulsivo; c) sensibilidade interpessoal; d) depressão; e) ansiedade; f) hostilidade; g) ansiedade fóbica; h) ideiação paranoide e i) psicoticismo. Já os índices globais compreendem o Índice Global de Severidade (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP).

A cotação abrange a determinação dos valores das 9 dimensões sintomáticas e dos 3 índices globais de perturbação. Assim, o valor de cada uma das dimensões é o resultado do somatório da pontuação obtida em cada um dos itens e os índices são calculados utilizando fórmulas específicas.

8.2.3. Avaliação da Qualidade de Vida

De forma a avaliar a qualidade de vida, procedeu-se à administração da adaptação portuguesa do Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) (WHOQOL GROUP, 1998) adaptado para a população portuguesa por Vaz-Serra e colaboradores (2006).

Este instrumento, sendo autoadministrado é constituído por 26 questões, 2 de âmbito geral e 24 que dizem respeito aos quatro domínios avaliados: a) Físico; b) Psicológico; c) Relações Sociais; d) Ambiente.

Não obstante, a cotação deste questionário é realizado através da soma de todos os itens, pelo que, a perceção de qualidade de vida é superior se a pontuação for elevada. De salientar que as questões 3, 4 e 26 são de cotação inversa.

8.2.4. Avaliação das Perceções face às Atividades Laborais

Para avaliar as perceções face à atividade laboral dos participantes, foi desenvolvido um questionário que se encontra em anexo (Anexo 1).

Este questionário foi construído com base nos objetivos gerais do programa laboral do WAF e ocorreu devido a dois fatores: a) pertinência em avaliar a dimensão em questão como foco principal do programa em estudo e b) inexistência de instrumentos para a população alvo que tivesse em conta o respetivo domínio.

O questionário sendo auto administrado, é composto por 15 afirmações e tem um formato de resposta do tipo likert de 7 pontos em que o valor 1 corresponde ao “discordo totalmente” e o 7 ao “concordo totalmente”.

A informação relativa ao questionário foi analisada tendo em conta os 15 itens, sendo que, valores totais mais elevados (entre 53 e 105) sugerem perceções mais favoráveis relativamente à atividade e contexto laboral.

8.3. Protocolo de Intervenção

O programa seguiu o protocolo proposto pelos autores, na versão portuguesa (Roder et al., 2008). A duração deve ser igual ou superior a 20 sessões, de periodicidade semanal e com uma duração mínima de 60 minutos.

As sessões grupais do programa laboral do WAF ocorreram uma vez por semana com a duração média de duas horas. No total foram concretizadas 23 sessões grupais com uma duração total de 46 horas promovendo, assim, um trabalho grupal coeso entre as pessoas com esquizofrenia (Roder et al., 2008).

Paralelamente às sessões grupais, foram realizadas sessões individuais com a duração média de 60 minutos. O número destas sessões variou de utente para utente e dependeu da sua evolução individual na aprendizagem (Roder et al., 2008).

Foram ainda realizados “*exercícios independentes (“trabalhos de casa terapêuticos”)* e que os doentes, normalmente, deveriam executar de forma independente fora do grupo terapêutico” (Roder et al., 2008, p. 134). Estes trabalhos de casa terapêuticos estavam associados aos conteúdos trabalhados nas sessões grupais.

Não obstante, tendo em conta a definição de objetivos por cada participante na primeira sessão individual, foi realizada uma avaliação informal junto do grupo sobre as temáticas que seriam abordadas no programa L-WAF. A este respeito, por unanimidade do grupo foi proposto abordar o tema relacionado com os direitos e deveres dos trabalhadores e empregadores, i.e. o código de trabalho pelo que houve a necessidade de incluir uma sessão respeitante ao tópico em questão.

8.4. Recolha dos dados

A recolha de dados foi realizada pela autora deste trabalho que se encontrava a estagiar no local onde a intervenção ocorreu. A participação foi voluntária, e foi autorizada a utilização dos dados para efeitos desta dissertação.

Para a realização da avaliação pré e pós intervenção foram realizadas sessões individuais.

O primeiro momento de avaliação foi conduzido pela psicóloga da instituição. Esta avaliação incluiu a recolha de dados sociodemográficos, sintomatologia psicopatológica, qualidade de vida, percepções face à atividade laboral, e definição de objetivos para a intervenção. Neste momento realizou-se, igualmente, uma avaliação do funcionamento cognitivo através dos seguintes instrumentos Trail Making Test A e B (Spreeen & Strauss, 1998), Hopkins Verbal Learning Test-R (Benedict & Brandt, 2007), Wechsler Memory Scale – III provas Localização Espacial e Sequência Letra e Número (Wechsler, 1997), Wechsler Adult Intelligence Scale – III provas Código e Pesquisa de Símbolos (Wechsler, 1997), Brief Visuospatial Memory Test-R (Benedict, 1997), Category Fluency (Nuechterlein & Green, 2006), Conners Continuous Performance Test-II (Comblatt, Risch, Faris, Friedman & Erlenmeyer-Kimling, 1988) e o Winsconsin Card Sorting Test (Grant & Berg, 1948).

No segundo momento de avaliação, à exceção da avaliação cognitiva, repetiu-se a administração dos mesmos instrumentos. Na avaliação de definição de objetivos foi solicitado aos participantes que indicassem em termos percentuais (escala 0-100) a percepção que tinham da sua concretização.

É de referir que em cada sessão foi realizada uma observação comportamental de cada utente com o recurso a um diário de bordo, que permitiu o acompanhamento dos participantes e respetiva evolução ao longo do programa, bem como registar a sua assiduidade considerada como um indicador de motivação (Medalia & Saperstein, 2011).

8.5. Análise dos dados

Tendo em conta a proposta de Vaz Serra (1986), os resultados entre a primeira e a segunda avaliação foram calculados através da pontuação obtida e o seu afastamento em relação à média em unidades de desvio-padrão. A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$\text{(Pontuação obtida – Média) / DP}$$

Esta fórmula permite verificar se os resultados estão dentro da média ou se existem alterações significativas nos dois momentos de avaliação, pelo que, é considerado défice sempre que a pontuação obtida for inferior a um desvio padrão.

Este cálculo foi utilizado para o questionário de qualidade de vida e para o de sintomatologia, no entanto, para este último considerou-se défice sempre que a pontuação obtida fosse superior a um desvio padrão uma vez que valores positivos indicam a presença de sintomatologia. Para o questionário de percepções face à atividade laboral, tratando-se de um instrumento em desenvolvimento, foram comparados resultados brutos entre pré e pós intervenção.

III PARTE: RESULTADOS

9. Descrição dos Resultados

Atendendo a que se trata de um estudo de caso múltiplo, os resultados vão ser apresentados individualmente para cada um dos participantes.

Para cada participante serão apresentados os dados pré e pós intervenção referentes a: a) assiduidade; b) psicopatologia; c) qualidade de vida; d) perceções face à atividade laboral; e c) as perceções relativamente à participação no programa L-WAF.

Após a apresentação dos resultados é feita uma breve reflexão sobre a observação efetuada ao longo do programa (diário de bordo).

9.1. Participante FB

9.1.1. Assiduidade

O participante FB das 23 sessões em grupo realizadas participou em 20 (87%) e em 4 sessões individuais que se traduziram num total de 44 horas. Recorrendo ao diário de bordo é possível constatar que as 3 sessões grupais em que o participante faltou foram pontuais e deveram-se à dificuldade sentida pelo utente na participação de atividades no horário matinal.

9.1.2. Avaliação Pré e Pós L-WAF

Segue-se a apresentação dos valores obtidos nas variáveis de análise em estudo: sintomatologia, qualidade de vida e perceções face à atividade laboral.

Tabela 1. Sintomatologia

Instrumento	Índices	PM ^(a)	(DP) ^(b)	PM ^(a)	(DP) ^(b)
		Pré L-WAF	Pré L-WAF	Pós L-WAF	Pós L-WAF
BSI	Índice Geral dos Sintomas	0.36	0.08	0.62	0.10
	Total de Sintomas Positivos	15	0.09	20	0.22
	Índice de Sintomas Positivos	1.27	0.42	1.65	0.60

^(a) Pontuação Média ^(b) Desvio Padrão em relação à média

Conforme se pode constatar na Tabela 1., na avaliação pós intervenção verificou-se um aumento dos valores obtidos no BSI, embora mantendo-se dentro do intervalo normativo.

Tabela 2. Qualidade de Vida

Instrumento	Domínios	PB ^(a)	(DP) ^(b)	PB ^(a)	(DP) ^(b)
		Pré L-WAF	Pré L-WAF	Pós L-WAF	Pós L-WAF
WHOQOL-BREF	Faceta Geral	50.00	-1.62	25.00	-3.50
	Físico	67.86	-0.79	46.43	-2.53
	Psicológico	62.50	-0.73	29.17	-3.20
	Relações Sociais	66.67	-0.26	16.67	-3.70
	Meio Ambiente	53.13	-0.96	43.75	-1.73

^(a) Pontuação Bruta ^(b) Desvio Padrão em relação à média

Na tabela 2. é possível verificar que, no primeiro momento de avaliação, o valor do domínio “Faceta Geral” se encontra abaixo da média. No segundo momento de avaliação, os resultados de todos os domínios passam a estar abaixo dos valores normativos o que indica uma percepção mais negativa da qualidade de vida.

Tabela 3. Percepções face à atividade laboral

Instrumento		Pré L-WAF	Pós L-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Percepções face à atividade laboral	Total	77	77

^(a) Pontuação Bruta

Conforme se pode verificar na Tabela 3., a percepção face à atividade laboral não difere entre a primeira e a segunda avaliação. No entanto, estes valores continuam a sugerir uma percepção positiva face à atividade laboral.

9.1.3. Percepção do impacto do programa nos objetivos propostos

Na Tabela 4 apresenta-se os objetivos inicialmente definidos por FB para a sua participação no programa, e a perceção do grau de concretização dos mesmos (em termos percentuais).

Tabela 4. Perceção da concretização de objetivos

Objetivos	Grau de Concretização %
1. Tornar o currículo mais criativo	80
2. Ter maior facilidade nas entrevistas de emprego	80
3. Ajuda na área em que gostaria de trabalhar	70

De acordo com a Tabela 4. antes de iniciar o programa L-WAF o FB mencionou que esperava vir a alcançar os seguintes objetivos: (i) “tornar o currículo mais criativo”; (ii) “ter maior facilidade nas entrevistas de emprego”; e (iii) “ajuda na área em que gostaria de trabalhar”. No segundo momento de avaliação o FB considera que o grau de concretização dos objetivos propostos se situa entre 70 e 80%, o que pode sugerir que o programa teve um impacto positivo nos mesmos.

9.1.4. Observação comportamental

Das observações registadas no diário de bordo, destaca-se a postura reservada que FB demonstrou ao longo de todo o programa, com reduzida participação autónoma nas atividades propostas. Foi evidente, o impacto que a consciencialização das dificuldades de FB relativas às exigências do contexto laboral teve no seu envolvimento. Para além disso, a falta de perspetivas que demonstrava ter quanto à possibilidade de vir a integrar o mercado de trabalho pode ter contribuído para uma perceção mais negativa da qualidade de vida registada na avaliação pós intervenção.

9.2. Participante EL

9.2.1 Assiduidade

O participante EL das 23 sessões em grupo realizadas participou em 12 (52%) e em 4 sessões individuais que se traduziram num total de 28 horas. O reduzido número total de sessões deveu-se ao facto de o utente ter incluído o grupo após o seu começo. Inicialmente

estava previsto a sua integração logo na primeira sessão, no entanto, uma vez que o participante iniciou um curso que decorria no mesmo horário das sessões do grupo L-WAF só foi possível integrá-lo num momento posterior. De salientar que desde a sua integração no programa o utente não faltou a uma única sessão grupal e individual.

9.2.2. Avaliação Pré e Pós L-WAF

De seguida, apresentamos os valores obtidos nas variáveis de análise em estudo: sintomatologia, qualidade de vida e atitudes face à atividade laboral.

Tabela 5. Sintomatologia

Instrumento	Índices	PM ^(a)	(DP) ^(b)	PM ^(a)	(DP) ^(b)
		Pré L-WAF	Pré L-WAF	Pós L-WAF	Pós L-WAF
BSI	Índice Geral dos Sintomas	0	-0.34	0	-0.34
	Total de Sintomas Positivos	0	-0.31	0	-0.31
	Índice de Sintomas Positivos	0	-0.18	0	-0.18

^(a) Pontuação Média ^(b) Desvio Padrão em relação à média

Conforme se pode verificar na Tabela 5., em ambos os momentos de avaliação verificou-se a inexistência de sintomatologia psicopatológica. De referir que os valores obtidos no BSI sugerem que estes resultados sejam analisados com alguma reserva.

Tabela 6. Qualidade de Vida

Instrumento	Domínios	PB ^(a)	(DP) ^(b)	PB ^(a)	(DP) ^(b)
		Pré L-WAF	Pré L-WAF	Pós L-WAF	Pós L-WAF
WHOQOL-BREF	Faceta Geral	88	1.24	87,50	1.20
	Físico	75	-0.20	82.14	0.38
	Psicológico	83	0.79	83.33	0.81
	Relações Sociais	75	0.31	75	0.31
	Meio Ambiente	78	1.07	75	0.82

^(a) Pontuação Bruta ^(b) Desvio Padrão

Na Tabela 6. é possível constatar que, no primeiro momento de avaliação os valores dos domínios “Faceta Geral” e “Meio Ambiente” encontram-se acima da média. No segundo

momento de avaliação, à exceção do domínio “Faceta Geral” que continua acima da média, verifica-se que os restantes domínios encontram-se dentro dos valores normativos. Estes resultados indicam uma perceção positiva da qualidade de vida.

Tabela 7. Perceções face à atividade laboral

Instrumento		Pré L-WAF PB ^(a)	Pós L-WAF PB ^(a)
Atitudes face à atividade laboral	Total	96	83

^(a) Pontuação Bruta

De acordo com a Tabela 7. no segundo momento de avaliação a perceção face à atividade laboral diminuiu, embora continue a sugerir uma perceção positiva face à atividade laboral.

9.2.3. Perceção do impacto do programa nos objetivos propostos

Na Tabela 8. encontram-se os objetivos inicialmente definidos por EL para a sua participação no programa e a perceção do grau de concretização dos mesmos (em termos percentuais).

Tabela 8. Perceção da concretização de objetivos

Objetivos	Grau de Concretização %
1. Elaborar cartas de apresentação	85
2. Aprender a gerir as relações no mundo do trabalho	90
3. Conhecer melhor a elaboração de currículos	90
4. Conhecer melhor as próprias capacidades laborais	90

De acordo com a Tabela 8., antes de iniciar o programa L-WAF o EL mencionou que esperava vir a alcançar os seguintes objetivos: (i) “elaborar cartas de apresentação”; (ii) “aprender a gerir as relações no mundo do trabalho”; (iii) “conhecer melhor a elaboração de currículos” e (iv) “conhecer melhor as próprias capacidades laborais”. No segundo momento de avaliação o EL considera que o grau de concretização dos objetivos propostos se situa entre 85 e 90%, o que pode sugerir que o programa teve um impacto positivo nos mesmos.

9.2.4. Observação comportamental

Das observações registadas no diário de bordo, foi evidente que a perceção de remissão de um problema de saúde mental e a desejabilidade social marcada podem ter contribuído para a ausência de sintomatologia psicopatológica e para uma perceção positiva de qualidade de vida registada em ambos os momentos de avaliação. Para além disso, as expectativas irrealistas iniciais quanto à modificação da situação laboral e o conseqüente ajustamento terapêutico no decorrer do programa podem ter conduzido a um decréscimo da perceção face à atividade laboral.

9.3. Participante HP

9.3.1 Assiduidade

O participante HP das 23 sessões em grupo realizadas participou em 12 (52%) e em 4 sessões individuais que se traduziram num total de 28 horas. A participação neste caso ocorreu de forma instável (11 faltas) uma vez que o utente integrou formações profissionais no início e no final do programa L-WAF que impossibilitaram a ida a algumas das sessões grupais. A par das atividades exteriores, sempre que no decorrer do programa o participante faltou deveu-se a constrangimentos alheios (e.g. greve dos transportes), não havendo intencionalidade na falta. Neste sentido, ao longo do período de aplicação do programa foram realizadas as sessões individuais com o fim último de colocar o participante em conformidade com o aprendido nas sessões grupais.

9.3.2. Avaliação Pré e Pós L-WAF

De seguida, iremos analisar os valores obtidos nas variáveis de análise em estudo: sintomatologia, qualidade de vida e atitudes face à atividade laboral.

Tabela 9. Sintomatologia

Instrumento	Índices	PM ^(a)	DP ^(b)	PM ^(a)	DP ^(b)
		Pré L-WAF	Pré L-WAF	Pós L-WAF	Pós L-WAF
	Índice Geral dos Sintomas	0.47	-0,01	0.25	0.16
BSI	Total de Sintomas Positivos	9	-0.07	8	-0.1
	Índice de Sintomas	2.78	1.14	1.63	0.59

Positivos

^(a) Pontuação média ^(b) Desvio Padrão em relação à média

Através da análise dos dados da Tabela 9., é possível verificar que, no segundo momento de avaliação todos os valores encontram-se dentro do intervalo normativo.

Tabela 10. Qualidade de Vida

Instrumento	Domínios	PB ^(a)	(DP) ^(b)	PB ^(a)	(DP) ^(b)
		Pré L-WAF	Pré L-WAF	Pós L-WAF	Pós L-WAF
WHOQOL- BREF	Faceta Geral	38	-2.52	75	0.26
	Físico	54	-1.91	82,14	0.38
	Psicológico	46	-1.95	62,50	-0.73
	Relações Sociais	33	-2.57	25	-3.13
	Meio Ambiente	63	-0.15	71,88	0.57

^(a) Pontuação Bruta ^(b) Desvio Padrão

Conforme se pode constatar na Tabela 10., no primeiro momento de avaliação a maior parte dos domínios, à exceção do domínio “Meio Ambiente, encontram-se abaixo da média. No segundo momento de avaliação, apenas o domínio “Relações Sociais” passa a estar abaixo da média o que indica uma percepção mais positiva da qualidade de vida.

Tabela 11. Percepções face à atividade laboral

Instrumento		Pré L-WAF	Pós L-WAF
		PB ^(a)	PB ^(a)
Percepções face à atividade laboral	Total	75	63

^(a) Pontuação Bruta

De acordo com a Tabela 11., no segundo momento de avaliação a percepção face à atividade laboral diminuiu, embora continue a sugerir uma percepção positiva face à atividade laboral.

10.3.3. Percepção do impacto do programa nos objetivos propostos

Na Tabela 12. encontram-se os objetivos inicialmente definidos por HP para a sua participação no programa e a percepção do grau de concretização dos mesmos (em termos percentuais).

Tabela 12. Percepção da concretização de objetivos

Objetivos	Grau de concretização
	%
1. Estar melhor preparado para entrar no mercado de trabalho	15
2. Conseguir encontrar um emprego que me satisfaça	0

Segundo a Tabela 12., antes de iniciar o programa L-WAF o HP mencionou que esperava vir a alcançar os seguintes objetivos: (i) “estar melhor preparado para entrar no mercado de trabalho”; e (ii) “conseguir encontrar um emprego que me satisfaça”. No segundo momento de avaliação, o HP considera que o grau de concretização dos objetivos propostos se situa entre 0 a 15%, o que pode sugerir que o programa não teve um impacto positivo nos mesmos.

9.3.4. Observação comportamental

Ao consultar o diário de bordo, destacam-se os défices na assiduidade e a postura reservada que demonstrou ao longo de todo o programa. A presença de expectativas negativas que demonstrava ter quanto ao contexto profissional podem ter originado pensamentos disfuncionais e contribuído para um decréscimo da percepção face à atividade laboral, bem como, da percepção negativa quanto à concretização dos objetivos propostos.

9.4. Síntese dos resultados

Após a apresentação individual dos resultados, segue-se uma tabela que sintetiza os resultados obtidos nas variáveis em estudo.

Tabela 13. Síntese dos resultados

Participantes	Sintomatologia	Qualidade de Vida	Percepções Face à Atividade Laboral
FB	Intensidade global idêntica	-	Percepção global idêntica

EL	Intensidade global idêntica	+	-
HP	+	+	-

⁽⁺⁾ Melhoria global; ⁽⁻⁾ Decréscimo global

De acordo com a Tabela 13, os resultados demonstram que não é possível estabelecer um padrão linear entre as diferentes variáveis. Analisando individualmente cada domínio, é possível observar que na generalidade a participação no programa L-WAF não teve impacto na sintomatologia psicopatológica, verificando-se que apenas um dos participantes obteve resultados positivos e os outros dois apresentaram uma intensidade global idêntica comparativamente com o momento pré intervenção. No que concerne ao domínio relativo à qualidade de vida, constata-se que dois dos participantes evidenciam uma percepção positiva da qualidade de vida (apesar de no caso do HP o domínio das “Relações Sociais” continuar abaixo da média) e apenas um apresentou um decréscimo na variável em questão. Por sua vez, é possível analisar que nas percepções face à atividade laboral nenhum dos participantes obteve uma melhoria global, ou seja, dois dos sujeitos obtiveram um decréscimo nos seus resultados em contraste com um outro que exibiu uma percepção global idêntica.

De seguida, será realizada uma discussão dos resultados integrando-os na literatura revista.

IV PARTE: DISCUSSÃO

Neste capítulo iremos refletir sobre os resultados obtidos pelos três participantes procurando fazer a articulação com a literatura revista. Primeiramente será realizado um enquadramento da assiduidade dos três participantes com o recurso ao diário de bordo, e posteriormente, de modo a facilitar a leitura da discussão, esta será organizada de acordo com as questões de investigação do estudo.

De acordo com Nakagami, Hoe e Brekke (2010) os resultados das intervenções psicossociais junto de pessoas com esquizofrenia são influenciadas pelos défices motivacionais. De facto, a falta de motivação é um aspeto central na esquizofrenia e é definida como o processo pelo qual os indivíduos são movidos a realizar algo sustentado por

objetivos (Medalia & Saperstein, 2011). Para além disso, Medalia e Saperstein (2011) argumentam que *“a aprendizagem durante as intervenções psicossociais para a esquizofrenia é influenciada pelas propriedades motivadoras do contexto de tratamento e pela orientação motivacional do cliente”* (p. S122). Assim, a motivação diz-se ser extrínseca quando as recompensas são externas ao indivíduo e intrínsecas quando a motivação advém do prazer que obtém da tarefa em si ou do sentimento de satisfação na sua realização (Medalia & Saperstein, 2011). Posto isto, embora possa haver predominância de uma propriedade motivacional sobre a outra, sabe-se que o envolvimento em atividades psicossociais implica um equilíbrio entre a motivação interna e externa (Medalia & Saperstein, 2011).

Neste sentido, tem-se constatado que no contexto da reabilitação profissional as recompensas extrínsecas são altamente valorizadas sendo o ganho monetário a fonte de motivação mais óbvia pelos indivíduos com esquizofrenia (Rosenheck et al., 2006). Porém, a escassez de recompensas extrínsecas atualmente disponíveis na área laboral em pessoas com PMG tende a valorizar os fatores internos. Assim, as propriedades intrínsecas, i.e. expectativas para o sucesso laboral, sentido de utilidade, perceção de competências, entre outras, são preponderantes para o envolvimento e participação em intervenções de cariz laboral e pode fomentar a melhoria dos resultados profissionais (Medalia & Saperstein, 2011).

Não obstante, para avaliar a motivação em pessoas com PMG, a literatura tem constatado que as medidas de motivação tradicionais não demonstram ser fiáveis, pelo que, considera-se a assiduidade a variável mais adequada a ser utilizada (Medalia & Richardson, 2005).

Tendo em conta os aspetos acima mencionados, ao analisar a assiduidade dos três elementos do grupo L-WAF, constato que das 23 sessões concretizadas com um total de 46 horas, os participantes menos assíduos foram o EL e o HP, sendo que, o participante FB acumulou um total de horas acima do valor 40.

Analisando mais pormenorizadamente a assiduidade do participante EL, este esteve presente em 12 sessões grupais e em 4 sessões individuais que se traduziram num total de 28 horas. Neste caso em específico, verifica-se que os níveis de motivação foram elevados e todas as faltas foram justificadas. No que diz respeito ao participante HP o nível de assiduidade correspondeu ao total de 28 horas. O utente esteve presente em 12 sessões grupais e em 4 sessões individuais e ao longo do L-WAF registou 11 faltas. Com este nível de assiduidade seria de esperar uma menor motivação, no entanto, todas as faltas foram justificadas o que sugere níveis elevados de motivação. Por fim, no caso do FB verificou-se níveis elevados de motivação com a participação no L-WAF, pelo que, as três faltas cometidas deveram-se às dificuldades sentidas na participação de atividades no horário

matinal. Tal como Chugg e Craik (2002) constataram no seu estudo relacionado com os fatores que influenciam a participação em atividades ocupacionais, o funcionamento dos indivíduos dependerá do estabelecimento de rotinas diárias e/ou semanais. Ou seja, é reconhecido que cada pessoa funciona de modo distinto em determinados momentos do dia e da semana, pelo que a organização do seu tempo terá em conta as partes do dia em que fazem mais e se sentem a funcionar melhor. Assim sendo, torna-se clara a justificação das faltas realizadas pelo participante, um aspeto que foi sendo mencionado pela terapeuta no decorrer do L-WAF.

Relativamente à primeira questão de investigação, segundo McGurk e Mueser (2004) os estudos revelam que a integração em programas de reabilitação laboral tem uma associação positiva com a sintomatologia geral, embora algumas investigações apontem para discrepâncias no que concerne à sua relação com os sintomas positivos e negativos. Estes dados possivelmente estão relacionados com o facto de as investigações desenvolvidas utilizarem programas de reabilitação laboral com metodologias (e.g. instrumentos de avaliação) e abordagens de intervenção diferentes não possibilitando uma comparação direta dos resultados.

Não obstante, no que concerne aos resultados deste estudo apenas é possível constatar que os participantes não diferem em termos de sintomatologia psicopatológica geral, ou seja, dois deles apresentam uma intensidade global idêntica mas que não constitui ser um problema, contrastando com os resultados de um outro participante que apresenta uma melhoria global na variável em questão. Assim, conforme o analisado é possível afirmar que de forma geral a integração no programa L-WAF não teve impacto na sintomatologia psicopatológica geral dos indivíduos. Após as considerações referidas anteriormente e analisando os dados obtidos pelo EL no domínio da sintomatologia verifica-se que a intensidade global idêntica, ou seja, a ausência de sintomatologia tanto no momento pré intervenção como no pós intervenção se deveram em grande parte às dificuldades notórias exibidas pelo participante em reconhecer que atualmente tem um problema de saúde mental, originando, assim, um enviesamento nos resultados gerais no domínio em questão. Ou seja, verifica-se que existe consciência por parte do EL de que já teve um problema de saúde mental mas que atualmente já não se verifica o que o levou a preencher o instrumento BSI com valores zero. Esta análise não vai de encontro ao referido por Lysaker e Bell (1995) que demonstra que a participação em programas de reabilitação profissional promove um maior *insight* em torno da visão que tem de si e da sua perturbação mental na maior dos participantes com esquizofrenia. De salientar ainda que, de acordo com Anthony e colaboradores (1995) os indivíduos que conseguem obter trabalho após a integração num programa de reabilitação laboral são aqueles que apresentam uma melhoria global da

sintomatologia. Neste estudo, apesar de se verificar que nenhum dos participantes conseguiu arranjar um emprego, observa-se que o único sujeito que apresentou melhorias na sintomatologia geral foi o que participou em formações profissionais. Esta constatação pode levantar a hipótese de que a participação ativa em atividades profissionais não-remuneradas podem ter impacto na sintomatologia psicopatológica.

No que concerne à segunda questão de investigação, os resultados deste estudo vão de encontro ao demonstrado pelas investigações que têm destacado o impacto positivo dos programas de reabilitação laboral na perceção da qualidade de vida nos indivíduos com esquizofrenia (Holzner, et al., 1998; Priebe, et al., 2011). Assim, é possível afirmar que em dois dos participantes existe um impacto positivo da participação no programa L-WAF ao nível da qualidade de vida.

Nesta linha de pensamento, também se tem constatado que as pessoas que estão desempregadas encontram-se menos satisfeitas com a sua qualidade de vida em contraste com os indivíduos que estão empregados (Priebe, Warner, Hubchmid & Eckle, 1998) No entanto, ao verificar a condição profissional de cada participante e os valores obtidos na qualidade de vida, constatamos que os resultados deste estudo não vão de encontro aos revelados pela literatura. Dos três participantes, apenas um os resultados das investigações descritas anteriormente em contraste com os outros dois participantes que mesmo estando desempregados apresentam melhorias na qualidade de vida. Através da análise do diário de bordo, sugerimos que os resultados dos dois participantes que evidenciaram uma perceção positiva na qualidade de vida podem dever-se a dois fatores: 1) adoção de uma postura proactiva e desejo de valorização profissional (e.g. através da realização constante de formações profissionais) com o fim último de obter um emprego que satisfaça o HP; e 2) a falta de consciência atual de EL para as suas dificuldades e uma deseabilidade social marcada traduzida na tendência para apresentar comportamentos que são considerados ser bem aceites pelos outros elementos do grupo. Já no participante FB, possivelmente devido ao começo cedo da doença que se traduziu na dificuldade em dar continuidade ao seu percurso académico e profissional (Teixeira, et al. 2009) e na falta de objetivos para a mudança profissional pode ter desencadeado um decréscimo na sua perceção de qualidade de vida.

Por fim, quanto à variável relacionada com as perceções face à atividade laboral constatou-se que segundo Priebe e colaboradores (1998) a integração em programas de reabilitação laboral não se relaciona com as perceções face à atividade laboral em indivíduos com PMG. Porém, neste estudo dos três participantes dois demonstraram um decréscimo global relativamente às suas perceções face à atividade laboral embora com

valores elevados tanto na pré e pós intervenção. Observando o diário de bordo é provável que esta alteração tenha sido condicionada por expectativas irrealistas iniciais (e.g. negativas e positivas) que tenderam a dissipar-se ao longo da evolução do programa e promoveram uma postura mais realista e crítica por parte dos participantes. No caso específico de FB, as suas atitudes face à atividade laboral são idênticas às do momento pré intervenção provavelmente devido à falta de objetivos laborais, naquele momento, para a modificação da sua situação profissional. Para além disso, Priebe e colaboradores (1998) ressaltam que os participantes desempregados atribuíram uma menor importância à atividade laboral. Assim, neste estudo os resultados dos 3 participantes podem resultar, igualmente, da condição profissional atual em que se encontram

Por último, no que diz respeito à última questão de investigação verificou-se que dois dos participantes perceberam que alcançaram com sucesso os objetivos que inicialmente tinham sido definidos. Mais pormenorizadamente observou-se que dos três participantes apenas um percebeu que não alcançou os objetivos inicialmente definidos. Segundo Roder e colaboradores (2008) estes dados demonstram que os objetivos propostos pelo programa, i.e. a orientação pessoal, o desenvolvimento de competências sociais e a promoção de estratégias para lidar com as dificuldades na área laboral foram adaptadas com sucesso às necessidades da maior parte dos participantes. No entanto, no que concerne ao resultado exibido pelo participante que não alcançou os objetivos definidos no início do programa, verificamos através do diário de bordo que para além dos défices na assiduidade e sintomatologia negativa marcada que podem ter comprometido a perceção de alcance dos objetivos pessoais, os dados também podem ser interpretados à luz das motivações irrealistas de mudança e conseqüente sentido crítico que as atividades laborais detêm para o indivíduo. As barreiras individuais e estruturais experienciadas pelas pessoas com PMG, i.e. elevados níveis de desemprego, a falta de incentivos, o estigma e a discriminação associada, as atitudes dos empregadores, o medo de fracassar, as dificuldades de interação social e os efeitos da medicação fomentam o desenvolvimento de expectativas negativas face à possibilidade de alteração da situação laboral (Leff & Warner, 2006; Rinaldi, et al., 2008; Roder et al., 2008). Neste sentido, os resultados do participante podem ter sido influenciados por alguns dos fatores mencionados anteriormente que originaram pensamentos disfuncionais (e.g. sensação de inutilidade e incapacidade para reconhecer os sucessos alcançados) e uma postura crítica face à modificação dos objetivos pessoais. Para além disso, apesar de o ter definido como segundo objetivo antes do início do programa, foi constatado que encontrar um emprego para o participante HP não é um objetivo a curto-prazo. Assim sendo, foi constatado que os seus objetivos a curto prazo passam por dar continuidade à formação académica e realização de formações profissionais

como forma de desenvolver competências na área em que gostaria de se especializar e ser bem-sucedido no mercado de trabalho. Todos estes fatores contribuíram, assim, para a percepção de não concretização dos objetivos propostos.

V. CONCLUSÃO E INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Face a tudo o que foi exposto anteriormente, conclui-se que para as pessoas com PMG, o *“trabalho representa uma oportunidade de ver reconhecido o seu valor, de obter uma recompensa financeira que é essencial para o seu bem-estar e de estabelecer relações significativas com outras pessoas”* (Leff & Warner, 2006, p. 11).

Neste âmbito, Leff e Warner (2006) argumentam que mesmo em sociedades competitivas e com índices elevados de desemprego, é possível que os indivíduos com PMG recuperem e adquiram novas competências laborais, promovam estratégias para lidar com as dificuldades de âmbito laboral e obtenham um trabalho gratificante. No entanto, para que tal aconteça é necessário desenvolver programas de reabilitação profissional que vão de encontro às necessidades de cada sujeito (Teixeira et al., 2009).

Assim sendo, esta investigação mostrou-nos a importância de realizar intervenções baseadas no programa em questão como forma de alcançar os objetivos mencionados anteriormente. A este respeito, consideramos que a um nível mais específico e baseada nas informações obtidas, esta intervenção apresentou diferentes contribuições (Roder et al., 2008), nomeadamente, no que concerne ao aumento da consciencialização dos participantes para os benefícios que o programa adota no domínio profissional; a desconstrução das expectativas de mudança irrealistas quanto à situação laboral dos indivíduos; a possibilidade da participação no programa apresentar utilidade para a preparação de procuras de emprego futuras em participantes sem objetivos de modificação da situação laboral ou que não apresentam como objetivo a curto-prazo a sua modificação.

Por último, é ainda de sugerir que esta intervenção pode ter realçado outros benefícios, tais como, o fomentar do trabalho em grupo como um “campo de treino” que permite ultrapassar dificuldades individuais aquando a conquista de um emprego; o potenciar de um sentido de pertença ao grupo; a promoção da partilha de experiências; o aumento da motivação e o estímulo para um maior envolvimento nas tarefas.

Em contrapartida, ao longo do estudo fomos identificando algumas limitações que não poderíamos ignorar: o facto da amostra ser somente representada por homens, não nos permitiu estabelecer comparações entre géneros, pelo que, poderia ser interessante analisar as diferenças nos resultados obtidos; a utilização do instrumento BSI como forma de avaliar

a sintomatologia dos participantes com diagnóstico de esquizofrenia, na medida em que este instrumento não especifica os sintomas positivos e negativos mas sim a sintomatologia psicopatológica geral em pessoas com PMG; a não existência de instrumentos na área laboral para pessoas com esquizofrenia que possibilitem a realização de uma análise padronizada dos resultados; a falta de replicação de estudos de caso como forma de corroborar a direção teórica de influência sugerida por este modelo de intervenção (Yin, 2003) e; para finalizar, a dimensão reduzida do número participantes não permite a generalização dos resultados.

Para além disso, verificou-se que seria pertinente dar continuidade a um acompanhamento dos participantes após a conclusão do programa, de modo a realizar uma avaliação *follow up*. Este tipo de avaliação permitiria analisar de que forma é que a participação no grupo L-WAF e os tópicos abordados no decorrer das sessões, a longo prazo, poderiam diferir dos resultados iniciais nas variáveis em questão. Não obstante, uma vez que a avaliação da qualidade de vida evidenciou diferenças significativas entre cada um dos domínios, pensamos que no futuro seria útil efetuar uma análise interdomínio. No que diz respeito aos instrumentos de avaliação, sugerimos o estudo de validação de instrumentos para a população portuguesa na área laboral com enfoque nos indivíduos com esquizofrenia. Finalmente, pensamos que seria interessante realizar um estudo com objetivos semelhantes aos desta investigação e com uma amostra maior que permitisse a generalização dos resultados. Esta sugestão deve-se em parte a dois fatores: 1) ao facto de a informação obtida na revisão da literatura enfatizar o valor preditivo de determinadas variáveis na resposta funcional dos indivíduos em contexto de trabalho ao invés de destacar o impacto dos programas de reabilitação laboral em áreas deficitárias nos sujeitos com esquizofrenia; e 2) ao facto dos escassos estudos que destacam o impacto de programas de reabilitação laboral em determinados domínios utilizarem metodologias e abordagens específicas que diferem das características do programa analisado neste estudo e não possibilitam uma comparação direta entre os resultados.

VI BIBLIOGRAFIA

- Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K. W. M. B. (2002). Discovering hope for recovery: A review of a sample of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health, 21*(3), 1-22
- Amaro, F. (2005). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 586-594. Consultado em: <http://www.catalystbreakthru.com/>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23. doi: 10.1037/h0095655
- Anthony, W. A. & Liberman, R. P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin, 12*(4), 542-559. doi: 10.1093/schbul/12.4.542
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M., & Davies, R. R. (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services, 46*(4), 353-358. Consultado em: <http://ps.psychiatryonline.org/>
- APA. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores
- Assis, J., Villares, C. & Bressan, R. (2009). *Entre a razão e a Ilusão – desmistificando a Esquizofrenia*. (Edição Portuguesa). Coordenação de F. Palha, L. Campos & C. Villares. Porto: ENCONTRAR+SE
- Becker, D. R. (2008). Vocational Rehabilitation. In K, T, Mueser., & DILIP, V, Jeste. *Clinical Handbook of Schizophrenia*, (pp. 261-267). New York: The Guilford Press

- Bell, M. D., Lysaker, P. H., & Milstein, R. M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 51-67. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1997). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 217-28. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Bell, M. D., & Bryson, G. (2001). Work Rehabilitation in Schizophrenia: Does Cognitive Impairment Limit Improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 269-279. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Bell, M. D., Bryson, G., Greig, T. C., Fiszdon, J. M., & Wexler, B. E. (2005). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: Productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(6), 829-838. Consultado em: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/05/42/6/Bell.html>
- Bell, M. D., Zito, W., Greig, T., Wexler, B. E. (2008). Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: Work outcomes at two-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 105, 18-29. Consultado em: <http://elsevier.com/locate/schres>
- Bellack, A. S., Gold, J. M., & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Bio, D. S., & Gattaz, W. F. (2011). Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126, 265-269. doi:10.1016/j.schres.2010.08.003
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 335-346. Consultado em: <http://ps.psychiatryonline.org/>
- Bond, G. R. (1998). Principles of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.

- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 489-501. doi: 10.1037//0022-006X.69.3.489
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 249-257. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. & Rodríguez, A. (2007). *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT
- 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.
- Coelho, V. P. & Ornelas, J. (2010). Os contributos do emprego apoiado para a integração das pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 3(28), 465-478. Consultado em: <http://upainforma.encontrarse.pt/>
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde – Melhorar a Saúde Mental da população, Rumo a uma estratégia de Saúde Mental para a União Europeia*. Consultado no website Comissão Europeia: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf
- Conselho Nacional de Saúde Mental. (2002). *Propostas e Recomendações*. Consultado no website Portal da Saúde: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/09A78652-E5CE-4D4A-B5DA-57F0BEB010C4/0/Recom2002.pdf>
- Cook, J. A. (2006). Employment Barriers for Persons With Psychiatric Disabilities: Update of a Report for the President's Commission. *Psychiatric Services*, 57(10), 1391-1405. Consultado em: <http://psychiatryonline.org/>

- Colis, J. A., Galilea, V., Carreras, P., Cornide, E., Fernández, C. & Molinero, C. (2010). El período de evaluación en rehabilitación laboral de personas com trastorno mental grave. In J, Fernández., R, Touriño., N, Benitez., & C, Abelleira. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*, (pp. 175-194). Valladolid: FEARP.
- Corrigan, P., & McCracken, S. G. (2005). Place First, Then Train: An Alternative to the Medical Model of Psychiatric Rehabilitation. *Social Work*, 50(1), 31-39
- 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
- Craig, T. (2006). What is psychiatric rehabilitation?, In G, Roberts., S, Davenport., F, Holloway., & T, Tattan. *Enabling Recovery: The Principles And Practice of Rehabilitation Psychiatry*, (pp. 3-17). London: The Royal College of Psychiatrist
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*, 322, 204-208. doi: 10.1136/bmj.322.7280.204
- Decreto-Lei n. 8/2010, de 28 de Janeiro do Ministério da Saúde. Diário da República Portuguesa: I.^a Série. Disponível em:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/unidequipassaudemental.pdf>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems
- Encontrar+se. (2012). *Guia de Recursos em Saúde Mental*. Porto: Encontrar+se
- Erickson, M., Jaafari, N., & Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189, 161-165. doi:10.1016/j.psychres.2011.06.019
- Evans, J. D., Bond, G. R., Meyer, P. S., Kim, H. W., Lysaker, P. H., Gibson, P. J. & Tunis, S. (2004). Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70, 331-342. doi:10.1016/j.schres.2004.01.011

- Filipe, L. & Barroso, F. (2005). Novos desafios para o emprego apoiado: Reflexões de 15 anos de experiência. In J. Ornelas, F. J. Monteiro, M. J. V. Moniz & T. Duarte, *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 251-263). Lisboa: AIEPS Edições
- Fineman, S. (1987). *Unemployment: Personal and Social Consequences*. London: Tavistock.
- Gee, L., Pearce, E., & Jackson, M. (2003). Quality of life in schizophrenia: a grounded theory approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-11. doi: 10.1186/1477-7525-1-31
- 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
- Grant, D.A., & Berg, E.A. (1948). A behavioural analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38(4), 404–411. doi: 10.1037/h0059831
- Gren, M. F., Kern, R. S., Braf, D. L. & Miniz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-36. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M. & Hirsbrunner, H. P. (2003). Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 76-82. doi: 10.1007/s00127-003-0603-x
- Holzner, B., Kemmler, G., & Meise, U. (1998). The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 33, 624-631. Consultado em: <http://link.springer.com/>
- Juwa, S. & NewHill, C. (2011). Rehabilitation Contexts: A Holistic Approach. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21, 179-195. doi:10.1080/10911359.2010.525081

- Kumar, P. N. S. (2008). Impact of vocational rehabilitation on social functioning, cognitive functioning, and psychopathology in patients with chronic schizophrenia. *Indian Journal Psychiatry*, 50(4), 257-261. doi: 10.4103/0019-5545.44747
- Lavretsky, H. (2008) History of Schizophrenia in a Psychiatric Disorder. In K, T, Mueser., & DILIP, V, Jeste. *Clinical Handbook of Schizophrenia*, (pp. 3-6). New York: The Guilford Press
- Leff, J. & Warner, R. (2006). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. (Edição Portuguesa). Coimbra: Edições Almedina
- Lysaker, R. & Bell, M. (1995). Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 103-106.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric services*, 56(6), 735-742. doi: 10.1176/appi.ps.56.6.735
- Marques, A. J. P. S. (2002). *A política de Saúde Mental como instrumento de promoção da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia* (dissertação de mestrado). Disponível em FPCEUP. (Acesso nº 18510)
- Marques-Teixeira, J. (2007). A intrigante esquizofrenia. *Saúde Mental*, IX(1), 7-9. Consultado em: <http://repositorio-aberto.up.pt/>
- Marques, A., Queirós, C. & Rocha, N. (2006). Auto-determinação e reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia. *Saúde Mental*, VIII(3) 11-19. Consultado em: <http://www.labrp.com/>
- Marques, A. & Queirós, C. (2012). *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSIPP
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 337-349. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4
- McGurk, S. R., & Meltzer, H. Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45(3), 175–184. doi: 10.1016/S0920-9964(99)00198-X

- McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, 70, 147-173. doi:10.1016/j.schres.2004.01.009
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., DeRosa, T. J., & Wolfe, R. (2009). Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 319-335. doi:10.1093/schbul/sbn182
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Harvey, P. D., LaPuglia, R., Marder, J. (2003). Cognitive and Symptom Predictors of Work Outcomes for Clients With Schizophrenia in Supported Employment. *Psychiatric Services*, 54(8), 1129-1135. doi: 10.117/appi.ps.54.8.1129
- Medalia, A. & Revheim, N. (2007). *Como lidar com os défices cognitivos associados às doenças mentais: Guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental*. (Edição Portuguesa). Coordenação de A. Medalia & F. Palha L. Porto: ENCONTRAR+SE
- Medalia, A. & Saperstein, A. (2011). The role fo motivation for treatment sucess. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), S122-S128. doi: 10.1093/schbu1/sbr063
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Ministério de Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Disponível em: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudental2007-2016__resumoexecutivo.pdf
- Mojtabai, R., Nicholson, R. A. & Carpenter, B. N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia. A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 569-587. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363, 2063-72. Consultado em: <http://www.genetics.ucla.edu/>

- Nakagami, E., Hoe, M. & Brekke, J. S. (2010). The prospective relationships among intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 935-48. doi: 10.1093/schbul/sbq043
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.001
- Organização Mundial de Saúde. (1997a). Psychosocial Rehabilitation: A Consensus Statement. *International Journal of Mental Health*, 26(2), 77-85. Consultado em: <http://www.jstor.org/>
- Organização Mundial de Saúde. (1997b). *WHOQOL – Measuring quality of life*. Consultado no website World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (Edição Portuguesa). Coordenação de Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Mental Health Policies and Programas in the Workplace*. Consultado no website World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/policy/services/13_policies%20programs%20in%20workplace_WEB_07.pdf
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl. 1), 64-80. doi: 10.1093/schbul/sbl030
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M. & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation*. London: Elsevier Academic Press
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eckle, I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 469-477. Consultado em: <http://www.psycontent.com/>
- Rinaldi, M. & Perkins, R. (2007). Vocational rehabilitation for people with mental health problems. *Psychiatry Bull*, 6(9), 373-376. doi: 10.1016/j.mppsy.2007.06.002

- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., & Clenaghan, M. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 50-60. doi: 10.1192/apt.bp.107.003509
- Roder, V., Brenner, H. D., Muller, D., Lachler, M., Zorn, P., Reisch, T., ... Schwemmer, V. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: Results of a multicenter study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-371. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.1o214.x
- Roder, V., Muller, D. R., Mueser, K. T. & Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl. 1), 81-93. doi:10.1093/schbul/sbl021
- Roder, V., Zorn, P., Brenner, H. & Muller, D. (2008). *Manual para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos doentes com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação dos tempos-livres (WAF)*. (Edição Portuguesa) Coordenação de F. Palha, L. Campos & V. Roder. Porto: ENCONTRAR+SE
- Roder, V., Muller, D., Brenner, H. & Spaulding, W. (2011). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the Treatment of Neurocognition, Social Cognition, and Social Competency in Schizophrenia Patients*. Cambridge: Hogrefe Publishing
- Ruesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rossler, W., Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in person with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatri Epidemiol*, 39(9), 686-94
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvory, J., Swartz, M., Perkins, D...Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163, 411-417. Consultado em: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=178088>
- Savla, G. N., Moore, D. J. & Palmer, B. W. (2008) Cognitive Functioning. In K, T, Mueser., & DILIP, V, Jeste. *Clinical Handbook of Schizophrenia*, (pp. 91-99). New York: The Guilford Press
- Sharma, T. & Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia: Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 25-40

- Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A Compendium of Neuropsychological Test – Second Edition. Administration, Norms and Commentary*. USA: Oxford University Press
- Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M. V., Gonçalves, P. (2009). Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia: Estudo de Caso. *Psycologica*, 50, 97-139. Consultado em: <https://digitalis.uc.pt/>
- Twamley, E. W., Vella, L., Burton, C. Z., Becker, D. R., Bell, M. D., & Jeste, D. V. (2012). The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 135(1-3), 100-104. doi: 10.1016/j.schres.2011.11.036
- Vauth, R., Corrigan, P. W., Clauss, M., Dietl, M., Dreher-Rudolph, M., Stieglitz, R. D., & Vater, R. (2005). Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 55-66. doi: 10.1093/schbul/sbi013
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49
- Vaz Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., ... Marques-Teixeira, J. (2010). Cognição, Cognição-Social e Funcionalidade na Esquizofrenia. *Acta Méd Port*, 23(6), 1043-1058. Consultado em: <http://sigarra.up.pt/>
- Voit, S. (2001). Intervention options: Participation in work activities for people with schizophrenia. *Work*, 16(2), 139-151
- Warner, R. & Polak, P. (1995). The economic advancement of the mentally ill in the community: economic opportunities. *Community Mental Health Journal*, 31(4), 381-96. Consultado em: <http://link.springer.com/>
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Memory Scale – Third Edition: Administration and Scoring Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation

WHOQOL GROUP (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 28(3): 551-558

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

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de Percepções Face à Atividade Laboral

QUESTIONÁRIO SOBRE AS PERCEÇÕES FACE À ATIVIDADE LABORAL

AS AFIRMAÇÕES ABAIXO DIZEM RESPEITO À OPINIÃO DAS PESSOAS SOBRE A SUA ATIVIDADE LABORAL (TRABALHO REMUNERADO, VOLUNTARIADO, ETC.)

EM RELAÇÃO A CADA UMA ASSINALE O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA. ESCOLHA APENAS UMA OPÇÃO. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS; RESPONDA DE ACORDO COM A SUA OPINIÃO PESSOAL.

1. AS EXPERIÊNCIAS LABORAIS INFLUENCIAM O MEU PERCURSO DE VIDA.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

2. TER UMA ATIVIDADE LABORAL É IMPORTANTE PARA MELHORAR O MEU BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

3. AS EXPERIÊNCIAS LABORAIS SÃO BOAS OPORTUNIDADES PARA MELHORAR AS RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

4. A INTEGRAÇÃO NUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL É IMPORTANTE PARA SABER QUEM SOU NA SOCIEDADE.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

5. ENVOLVER-ME NUMA ATIVIDADE LABORAL É UMA BOA FORMA DE OCUPAR O MEU TEMPO.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

6. SOU CAPAZ, AUTONOMAMENTE, DE PLANEAR, ORGANIZAR E IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS PARA ENCONTRAR UM EMPREGO.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

7. AS MUDANÇAS DA SITUAÇÃO LABORAL E A ADAPTAÇÃO ÀS NOVAS CONDIÇÕES DE TRABALHO SÃO BOAS OPORTUNIDADES PARA LIDAR COM O STRESS.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

8. A PROCURA, ADAPTAÇÃO E ESTABILIDADE NUM EMPREGO SÃO INFLUENCIADAS PELA PRESENÇA DE UM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

9. NO CONTEXTO DE TRABALHO FALO ABERTAMENTE DO MEU PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL. (CASO NÃO TENHA NENHUMA ATIVIDADE LABORAL, IMAGINE SE ABORDARIA ESTE ASSUNTO NO LOCAL DE TRABALHO.)

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

10. CONSIGO GERIR AS DIFICULDADES ASSOCIADAS AO MEU PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO LABORAL.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

11. CONSIGO GERIR AS DIFICULDADES ASSOCIADAS AO STRESS EM CONTEXTO LABORAL.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

12. É IMPORTANTE, PARA MIM, DESEMPENHAR UMA ATIVIDADE QUE CORRESPONDA ÀS MINHAS EXPETATIVAS.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

13. O QUE ME LEVA A PROCURAR EMPREGO SÃO OS ASPETOS ECONÓMICOS.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

14. CONSIDERO AS ATIVIDADES NÃO REMUNERADAS/VOLUNTARIADO UMA FORMA DE TRABALHO.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

15. NO GERAL, ESTOU SATISFEITO/A COM AS MINHAS EXPERIÊNCIAS LABORAIS E/OU ATIVIDADE LABORAL ATUAL.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!