



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO COM O
SUPORTE SOCIAL E O FUNCIONAMENTO SOCIAL NA
ESQUIZOFRENIA:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOENTES
RESIDENTES NA COMUNIDADE E
INSTITUCIONALIZADOS*

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

-Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

ANA RITA GONÇALVES CARNEIRO

Porto, julho, 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO COM O
SUPORTE SOCIAL E O FUNCIONAMENTO SOCIAL NA
ESQUIZOFRENIA:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOENTES
RESIDENTES NA COMUNIDADE E
INSTITUCIONALIZADOS*

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

-Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

ANA RITA GONÇALVES CARNEIRO

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Luísa Campos

Mestre Filipa Palha

Porto, julho, 2012

“Não se deve esquecer que, para a pessoa com problemas mentais graves que não é tratada, a mais temida das clausuras pode ser a prisão imposta pela própria mente que elimina a realidade e a submete aos tormentos de vozes e imagens que ultrapassam a nossa capacidade de descrição”

Kennedy (Juiz do Supremo Tribunal dos Estados Unidos da América) (n.d.) citado em Early, 2010, p. 189.

*Ao Pai e à Mãe
pelo Apoio Incondicional*

AGRADECIMENTOS

À Professora Filipa Palha, começo por agradecer por me ter inculcido o gosto pela área da Doença Mental grave e da Reabilitação Psicossocial, evidenciado na sua dedicação “por um mundo melhor” para as pessoas com Doença Mental. Mas também pelo seu rigor e profissionalismo igualmente exigido e, pelas suas palavras de conforto, de força e de confiança nos momentos mais difíceis.

A todos os Professores que me acompanharam neste percurso académico e que me forneceram as bases necessárias, para uma boa prática profissional.

Aos meus **PAIS**, para quem vai o meu maior agradecimento. Por me permitirem ter acesso a uma formação académica. Porque me possibilitaram e me estimularam sempre a lutar pelos meus sonhos. Pelos valores e princípios transmitidos, pelo sentido de responsabilidade, pela coragem e determinação e acima de tudo por me ensinarem a não ter medo de falhar. Obrigada pela exigência, pelos conselhos, pelos sermões e especialmente por me ouvirem. Sem vocês provavelmente este percurso e a concretização deste trabalho não teria sido possível.

Ao **Luís** (“tu sabes”), a melhor pessoa que podia ter surgido na vida e do qual não “abdicar”. Tens sido incansável no apoio e no suporte ao longo destes anos e em especial neste, pela exigência que acarretou. Obrigada, por nunca me teres deixado desistir, mesmo quando o caminho me parecia “escuro”, por me fazeres acreditar em mim, no meu valor, no meu trabalho. Por sorrisos todos os dias e me fazeres feliz!

Aos **Avós** (*in memoriam* Avô Gonçalves), pelo carinho e preocupação.

Às minhas amigas mais do que colegas, Margarida e Catarina pela transmissão de experiências e de conhecimentos, pelas longas conversas, por acreditarem em mim, por me aturarem nos momentos de mau-humor, e de parvoíce, pelos choros e risadas partilhadas. Por toda esta jornada em conjunto. “Vou ter saudades destes momentos”.

Mas também às minhas queridas colegas de “caminhada” – Lu, Inês, Elodie, Diana, Sugar, Rita Alves, Filipa, Sara, Boneca e Rita Soares.

A todos um muito OBRIGADA do fundo do coração!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
Capítulo 1. Doença Mental	4
1. Definição de Doença Mental e Doença Mental Grave.....	4
Capítulo 2. Esquizofrenia	4
1. Aspetos históricos.....	4
2. Sinais e sintomas.....	5
3. Formas Clínicas.....	8
4. Evolução.....	9
5. Aspetos Etiológicos e Epidemiológicos.....	10
6. Impacto da doença.....	12
a. na Qualidade de Vida da pessoa com esquizofrenia.....	12
b. na Satisfação com o Suporte Social da pessoa com esquizofrenia.....	14
c. no Funcionamento Social da pessoa com esquizofrenia.....	16
Capítulo 3. Do Hospital para a Comunidade - a derrocada dos muros asilares e a emergência da psiquiatria comunitária	20
1. A desinstitucionalização na evolução do tratamento da esquizofrenia.....	20
2. Novo Paradigma – Tratamento Integrado.....	24
3. Análise da situação em Portugal.....	25
3.1. A desinstitucionalização no âmbito das políticas de saúde mental em Portugal.....	26
II. METODOLOGIA	29
1. Desenho do Estudo.....	30
2. Objetivos específicos.....	30

3. Hipóteses.....	30
4. Amostra.....	31
4.1. Seleção.....	31
4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	31
4.3. Descrição.....	31
5. Instrumentos.....	33
5.1. Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL – bref.....	33
5.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS.....	34
5.3. Escala de Desempenho Pessoal e Social – PSP.....	36
6. Procedimentos.....	37
6.1. Recolha de dados.....	37
6.2. Tratamento de dados.....	37
III. Resultados.....	38
1. Avaliação da Qualidade de Vida.....	38
2. Avaliação da Satisfação com o Suporte Social.....	40
3. Avaliação do Funcionamento Social.....	41
IV. Discussão	42
V. Conclusão	45
VI. Limitações e Investigações futuras	45
Referências Bibliográficas	47
Anexos	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Resumo das características sociodemográficas.....	32
Tabela 2. Médias e desvios-padrão na pontuação total e subescalas da WHOQOL-bref, do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado, e as normas para a população portuguesa.....	39
Tabela 3. Valores da pontuação total e subescalas da WHOQOL-bref do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.....	39
Tabela 4. Valores da pontuação total e subescalas da ESSS do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.....	40
Tabela 5. Pontuações da ESSS (pontuação total e subescalas) do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.....	41
Tabela 6. Valores da pontuação total da PSP do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Questionário Sociodemográfico

Anexo 2. Instrumento - World Health Organization Quality of Life – bref (WHOQOL-bref)

Anexo 3. Instrumento - Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP)

Anexo 4. Instrumento - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Anexo 5. Autorização dos autores dos instrumentos

Anexo 6. Consentimento Informado

Anexo 7. Valores do teste da Normalidade (*Shapiro-Wilk*) da WHOQOL-bref

Anexo 8. Valores do teste da Normalidade (*Shapiro-Wilk*) da ESSS

Anexo 9. Valores do teste da Normalidade (*Shapiro-Wilk*) da PSP

ABREVIATURAS

APA	Associação Americana de Psiquiatra
DM	Doença Mental
DMg	Doença Mental Grave
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
FS	Funcionamento Social
HP	Hospital Psiquiátrico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSP	Escala de Desempenho Pessoal e Social
QOL	Qualidade de Vida
SSS	Satisfação com o Suporte Social

RESUMO

A mudança de paradigma na área da psiquiatria que tem vindo a ocorrer nos últimos anos com o processo de desinstitucionalização pressupõe o desenvolvimento de estruturas e respostas de integração na comunidade. No entanto, em Portugal, estes serviços não se coadunam com o estado da arte nesta matéria.

Neste sentido, este trabalho teve como principal objetivo, avaliar se existem diferenças entre viver na comunidade ou institucionalizado em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Desta forma, este estudo comparou a qualidade de vida (QV), a satisfação com o suporte social (SSS) e o funcionamento social (FS) em doentes com esquizofrenia a viver na comunidade (N = 15) ou institucionalizados (N = 15). Para tal, foram utilizados os seguintes instrumentos, Questionário Breve de Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL- bref (WHOQOL GROUP, 1998; versão portuguesa de Vaz-Serra, et al., 2006), Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Pais-Ribeiro, 1999b) e Escala de Desempenho Pessoal e Social - PSP (versão portuguesa de Brissos, Palhavã, et al., 2011).

Contrariamente às hipóteses levantadas e ao que é defendido pela literatura, não foram registadas diferenças significativas entre os dois contextos em nenhuma das variáveis avaliadas.

Terminamos com uma breve reflexão sobre as principais conclusões e limitações do estudo, bem como, com sugestões para investigações futuras.

Palavras-chave: esquizofrenia; doentes institucionalizados; doentes na comunidade; qualidade de vida; satisfação com o suporte social; funcionamento social.

ABSTRACT

The change of paradigm in the field/area of psychiatry that has been happening in the last years with the deinstitutionalization process requires the development of structures and responses of community integration. However, in Portugal, these services are not consistent with the state of the art in this field.

In this sense, the main goal of this study was to evaluate whether there are major differences between living in the community or institutionalized in people with schizophrenia.

In this way/therefore, we compared the quality of life, social support satisfaction and social functioning in patients with schizophrenia living in the community (N = 15) or institutionalized (N = 15). To this end, we used the following instruments, the Brief Questionnaire of Quality of Life World Health Organization - WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998, Portuguese version of Vaz-Serra, et al., 2006), the Social Support Satisfaction Scale - ESSS (Pais-Ribeiro, 1999b) and Personal and Social Performance Scale - PSP (Portuguese version of Brissos, Palhavã, et al., 2011).

Contrary to the study hypotheses and it is argued in the literature, no significant differences were founded between the two contexts in any variable.

We end up with a brief reflection of the main conclusions, limitations of the study, and with some suggestions for future investigations.

Keywords: schizophrenia; inpatients; outpatients; quality of life; social support satisfaction; social functioning.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 50 e 60 (século XX) a descoberta da clorpromazina trouxe consequências positivas ao tratamento da Doença Mental grave (DMg), e em particular da esquizofrenia, que começou a orientar-se do hospital para a comunidade (com o processo de desinstitucionalização) - no sentido da reabilitação psicossocial e da (re) integração comunitária.

O controlo farmacológico dos sintomas positivos não só alertou para a necessidade de prestar cuidados na comunidade, mas também evidenciou a sintomatologia negativa, aspeto importante da vivência da doença, mas também um novo desafio ao tratamento.

De entre as diferentes áreas compreendidas no termo “sintomatologia negativa”, o *Funcionamento Social*, critério de diagnóstico da esquizofrenia no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), é sem dúvida, um aspeto fundamental, na medida em que abrange todo o relacionamento e funcionamento do individuo com o meio circundante, ou seja, a capacidade de adaptação às exigências da vida comunitária e a possibilidade de integração na comunidade (Castro-Henriques, 2006).

No campo da Intervenção Psicossocial o *Suporte Social* é considerado um fator muito significativo no aumento da integração comunitária das pessoas com DMg (Caron, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998; Froland, Brodsky, Olson, & Stewart, 2000), onde um bom suporte social é benéfico e facilitador da reabilitação e da integração social.

Por outro lado, com o encerramento dos hospitais psiquiátricos (HP) e a crescente preocupação com o retorno dos utentes para a comunidade – evidenciando uma mudança de paradigma ao nível do tratamento (de centrada nos sintomas clínicos a tratamento compreensivo e integrado), a investigação tem-se voltado cada vez mais para a avaliação da qualidade dos serviços comunitários e a QV dos utentes (Guterres, 2002; Souza & Coutinho, 2006). Isto porque a falta de estruturas e serviços na comunidade pode estar a causar uma deterioração na QV.

A legislação atual, relativamente às políticas de saúde mental, trata-se de uma legislação concordante com os princípios atualmente recomendados pelos organismos

internacionais, contudo, a sua aplicação prática ainda é muito reduzida, verificando-se uma grande carência de respostas na comunidade adequadas às pessoas com DMg.

Desta complexidade onde se enquadra atualmente o tratamento dos doentes com esquizofrenia têm surgido diversas linhas de investigação, embora em Portugal pouco ou quase nada se tenha estudado ou publicado nesta área.

Desta forma o presente estudo, surge da necessidade de perceber, partindo da evidência da superioridade dos tratamentos levados a cabo em serviços na comunidade, quando comparados com cuidados ministrados nos HP se, existem diferenças entre viver na comunidade ou institucionalizado em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, ao nível da QV, SSS e FS. Tal verifica-se pertinente uma vez que, em Portugal o suporte para a mudança da instituição para a vida na comunidade nunca se efetivou, apesar de sucessivamente legislado.



Para uma melhor compreensão o presente trabalho divide-se em seis partes.

A parte I, contempla o *Enquadramento Teórico* desta dissertação, que é composta por três capítulos.

No capítulo 1 – *Definição de Doença Mental e Doença Mental grave* - começamos por descrever o que é doença mental (DM) e a sua distinção de DMg.

No capítulo seguinte (capítulo 2) - *Esquizofrenia* - afunilamos para uma patologia específica da doença mental grave, onde é contextualizada a evolução histórica da esquizofrenia, são descritos os seus sinais e sintomas característicos e, formas clínicas; apresentamos o modo de início do quadro clínico e as fases de evolução da doença; posteriormente é abordada a etiologia e epidemiologia da doença. Finalmente, abordamos o impacto da esquizofrenia em algumas variáveis importante como a qualidade de vida, a satisfação com o suporte social e o funcionamento social.

No capítulo 3 e último capítulo desta primeira parte - *Do Hospital para a Comunidade* – é feito um percurso desde o “asilos” até à comunidade. É realçada a importância do movimento de desinstitucionalização e as suas repercussões ao nível do tratamento do doente, concluindo com a análise da situação em Portugal no âmbito das políticas de saúde mental.

Chega-se assim ao final do enquadramento teórico, e surge a descrição da *Metodologia* (parte II) utilizada, nomeadamente qual o desenho do estudo; objetivos específicos; hipóteses; quais os participantes; os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Na III parte, são apresentados os *Resultados* obtidos neste estudo, das avaliações feitas ao nível da qualidade de vida, satisfação com o suporte social e funcionamento social.

Finalizamos este estudo com a *Discussão* dos resultados (parte IV), articulando os mesmo com a literatura, *Conclusões* (parte V), *Limitações e Investigações Futuras* (parte VI).

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Definição de Doença Mental e Doença Mental Grave

São várias as definições que existem de DM, no entanto, em todas elas é consensual o facto de ser uma condição médica que afeta a forma como a pessoa pensa, o seu estado de humor, os seus sentimentos, a capacidade de se relacionar com os outros ou de conseguir gerir as exigências do quotidiano. Ela pode afetar pessoas de qualquer idade, raça, religião ou estatuto social. Dentro da DM, destaca-se ainda a DMg, da qual a esquizofrenia é um exemplo, e onde nos iremos focar especificamente no tópico seguinte.

Existe, ainda, muita discussão em torno do que pode ou não ser considerado uma DMg e a importância da cronicidade para que a mesma seja considerada grave ou não (Valiente, Vásquez, & Smith, 2009). No entanto, é consensual o facto de se tratar de uma condição médica que afeta a forma como a pessoa pensa, o seu estado de humor, os seus sentimentos, a capacidade de se relacionar com os outros ou de conseguir gerir as exigências do quotidiano. Afetando pessoas de qualquer idade, raça, religião ou estatuto social (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008).

Segunda a Associação Americana de Psiquiatria (APA DSM-IV-TR, 2002) a DMg pode ser definida pela presença de uma perturbação clinicamente significativa que está associada a défices graves no funcionamento cognitivo, social, familiar e ocupacional, que compromete as capacidades da pessoa em realizar tarefas do quotidiano e requer, por norma, em algum momento da doença, períodos de hospitalização e administração de medicação antipsicótica.

CAPÍTULO 2. ESQUIZOFRENIA

1. Aspetos históricos

Em termos históricos, o conceito de esquizofrenia sofreu importantes transformações. A primeira referência de cariz científico coube ao médico inglês Willis (1602), já na época Renascentista, que descreveu a doença como uma forma de “estupidez adquirida”, que atingia adolescentes mentalmente sãos e que, ao fim de algum tempo, acabavam por manifestar sintomas demenciais (Campos, 2009; Afonso, 2010).

Mais tarde, em 1810, Pinhel, considerado um dos fundadores da Psiquiatria moderna, e o seu discípulo, Esquirol, designaram-na por *idiotia congénita adquirida* (Amaro, 2005; Campos, 2009). Em 1815, Morel refere-se à doença no seu livro *Tratado de Doenças Mentais*, como *demência precoce*. Descreve-a como, atingindo indivíduos jovens, com frequência de aparecimento agudo, e que evoluía habitualmente para uma perda das capacidades mentais (Amaro, 2005; Campos, 2009; Afonso, 2010).

Na IV edição do Tratado de Psiquiatria (1893), o psiquiatra alemão Emil Kraepelin refere-se também à “Demência Precoce” (Amaro, 2005; Campos, 2009), descrevendo-a em três formas clínicas: Hebefrenia, Catatonia e Paranóide. Segundo o autor, a doença era descrita como uma série de estados, com a característica comum da destruição das ligações internas da personalidade psíquica (Afonso, 2010).

Finalmente no séc. XX, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1911), questionou o carácter inevitável e terminal da *demência*, introduzindo a designação “*Esquizofrenia*”, pela qual é hoje conhecida, e que deriva do grego, etimologicamente corresponde a *schizein*, fenda ou cisão, e *Phrenós*, que significa pensamento (Amaro, 2005; Campos, 2009; Afonso, 2010).

No que concerne à evolução do conhecimento relativamente à identificação dos sintomas característicos da esquizofrenia, Kurt Schneider (1848) teve um papel essencial, ao descrever os sintomas de 1ª ordem¹ e de 2ª ordem² (Campos, 2009). Que constituíram, a base que permitiu, nos dias de hoje, dois sistemas de classificação da esquizofrenia, um da Organização Mundial de Saúde, classificação Internacional de Doenças (OMS CID-10, 1992), e o outro, protagonizado pela Associação Americana de Psiquiatria, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA DSM-IV-TR, 2002), atualmente aceites pela generalidade da comunidade psiquiátrica em todo o mundo.

¹ “Vivências de influência e de intervenção alheia, seja no sentido da produção, seja no sentido da subtração, ao nível da corporalidade, da vontade, do pensamento ou da afetividade; sonoridade do pensamento e sintomas afins: eco, difusão, roubo; percepções delirantes e audição de vozes na 2ª e ou na 3ª pessoa” (Mota Cardoso, 2002, p. 120).

² “Inspirações e ocorrências delirantes, pseudo-alucinações auditivas, perplexidade, distímias, pobreza afetiva” (Mota Cardoso, 2002, p. 120).

2. Sinais e Sintomas

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante complexo e nem sempre perceptível. Não é possível dizer que um sinal/sintoma, por si só, seja suficiente para concluir o diagnóstico, para além da constante variação dos mesmos ao longo da evolução da doença, algo que irei falar mais à frente.

A esquizofrenia é uma doença que pode ter um início agudo/insidioso, mas a maioria dos indivíduos apresentam sinais prodrómicos, que se manifestam pelo desenvolvimento lento e progressivo de diversos sinais e sintomas, como por exemplo, isolamento social, perda de interesse, deficiência na higiene e cuidados pelo próprio, entre outros (Campos, 2009).

Baseando-nos nos critérios propostos pela APA, no seu mais recente Manual DSM-IV-TR (2002) definimos a esquizofrenia como uma perturbação que dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de fase de sintomas ativos.

Os sintomas, envolvem aspetos ligados ao pensamento (forma e conteúdo), à perceção, ao rendimento cognitivo, à afetividade e ao comportamento, conduzindo a défices nas relações interpessoais e a uma perda de contacto com a realidade. O aspeto clínico talvez mais relevante diz respeito à “dissociação”, que se apresenta pela perda de unidade de pensamento e conseqüente alteração da personalidade do indivíduo (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

Neste tópico não será apresentado uma explicação exaustiva de cada uma das categorias, mas antes, salientamos a divisão feita por Crow (1980). Podemos então conceptualizar os sintomas em duas amplas categorias – Positivos e Negativos (Tipo I e II, respetivamente) (Campos, 2009).

Os sintomas *positivos* parecem refletir um excesso ou distorções de funções normais, por sua vez os sintomas *negativos* parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais (APA DSM-IV-TR, 2002).

Os *positivos* são os mais floridos e exuberantes tais como, distorções da perceção [(alucinações) mais frequente as auditivas e as visuais e, com menor frequência as tácteis e olfativas], distorções do conteúdo do pensamento [(delírios) persecutórios, de grandeza, de ciúme, somáticos,...], distorções da forma e do curso do pensamento [(discurso desorganizado) como incoerência e desagregação], e do auto-controlo do comportamento (comportamento desorganizado/catatónico), agitação psicomotora e negligência dos cuidados pessoais (APA DSM-IV-TR, 2002; Amaro, 2005; Cañamares

et al., 2007; King, Loyd, & Meehan, 2007; World Federation for Mental Health [WFMH], 2008; Afonso, 2010).

Os sintomas *negativos*, contribuem para um marcado grau de morbidade associado à perturbação. Acompanham a evolução da doença e correspondem geralmente a estados deficitários, ou seja, restrições da fluência e produtividade do pensamento e do discurso (alogia), restrições da variedade e da intensidade de expressões emocionais (embotamento afetivo / atimia), incapacidade de sentir emoções/prazer (anedonia), apatia (abulia), isolamento social, diminuição da iniciativa e da vontade (avolição) (APA DSM-IV-TR, 2002; Amaro, 2005; Cañamares et al., 2007; King et al., 2007; WFMH, 2008; Campos, 2009; Afonso, 2010).

Estes sintomas negativos são difíceis de avaliar, por ocorrerem num *continuum* com a “normalidade”, são relativamente inespecíficos e podem ser devidos a uma variedade de outros fatores (e.g. consequência dos sintomas positivos, efeitos adversos da medicação) (APA DSM-IV-TR, 2002).

Hoje também se reconhece a importância dos défices cognitivos (nomeadamente em áreas como a atenção, aprendizagem, o processamento da informação, as funções motoras, a memória e a linguagem) défices de funcionamento ocupacional/social (qualidade de vida, autonomia, integração na comunidade, satisfação com a vida) e dos défices na cognição social (perceção emocional, perceção social, esquemas e atribuições sociais) na classificação dos sintomas, apesar de ainda não fazerem parte dos critérios de diagnóstico da doença (Afonso, 2010; Cruz, Salgado, & Rocha, 2010).

Por tudo isto, podemos dizer que a esquizofrenia é caracterizada por uma constelação de sintomas psiquiátricos que alteram a capacidade de viver independente e que, conseqüentemente, requer um elevado número de recursos de saúde mental para diminuir o seu impacto na sociedade (Choi & Medalia, 2009).

Em suma, se por um lado o doente com esquizofrenia vive experiências não habituais (sintomas positivos) a verdade é que, são estes sintomas que melhor respondem à intervenção farmacológica podendo mesmo ser atingida a sua remissão total. Por outro lado, são afetadas áreas fundamentais do funcionamento humano (sintomas negativos), dificultando de outra forma a relação consigo próprio, com os outros e com o mundo e para além de responderem pior à medicação, colocam importantes desafios à intervenção (Campos, 2009).

Ao contrário de outras doenças, o diagnóstico de esquizofrenia, só pode ser feito pelas manifestações clínicas da doença, uma vez que, não é possível efetuarlo através de exames laboratoriais ou imagiológicos (Afonso, 2002).

3. Formas clínicas/Subtipos

Ao falarmos da esquizofrenia e da grande variedade de sintomas e características, não podemos falar de uma doença única, por este motivo talvez fizesse mais sentido falar da “*esquizofrenias*” no plural.

Para melhor definir a esquizofrenia foram realizadas múltiplas divisões clínicas (subtipos). Os vários subtipos da esquizofrenia não são estanques, podendo um doente a determinado momento da evolução da sua doença, apresentar aspetos clínicos que se aproximem mais de uma forma de esquizofrenia e ao fim de algum tempo reunir critérios para outra. Isto demonstra que não podemos interpretar os sistemas de classificação de uma forma rígida e estanque, já que esta doença pode ter várias formas de apresentação clínica e de evolução.

Atualmente, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) são considerados vários subtipos da doença, que passo a citar.

No tipo *Desorganizado* as características predominantes são, o discurso e comportamento desorganizado e o afeto inapropriado/embotado. A desorganização do discurso pode ser acompanhado de um comportamento pueril e risos que não estão propriamente relacionados com o contexto do discurso. A desorganização do comportamento pode levar a uma grave disrupção da capacidade para desempenhar as tarefas quotidianas (e.g. higiene, vestuário, alimentação). As ideias delirantes embora presentes, não são organizadas nem sistemáticas. O doente apresenta um contacto muito pobre com a realidade. Pode ocorrer irritabilidade marcada em alguns doentes associada a comportamentos agressivos (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

O tipo *Paranóide* é a forma da doença que mais facilmente é identificada, por predominarem os sintomas positivos da esquizofrenia. Quadro clínico dominado por ideias delirantes paranóides relativamente bem organizadas e alucinações auditivas, com relativa preservação das funções cognitivas e do afeto. O contacto com a realidade é maior em comparação ao Tipo *Desorganizado*. Não são dominantes os sintomas característicos dos tipos, *Desorganizado* e *Catatónico* (e.g. discurso

desorganizado, afeto embotado / inapropriado, comportamento catatónico / desorganizado). Tipicamente são reservados, desconfiados, podendo em alguns casos revelar comportamentos agressivos (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

A forma *Catatónica*, atualmente é extremamente rara, marcada por um predomínio de alterações psicomotoras. O seu quadro clínico é caracterizado por uma flexibilidade cérea³/imobilidade motora, atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, repetição de palavras/frases dita por terceiros e “papaguear” patológico (ecolália) ou imitação repetida dos movimentos de terceiros (ecopraxia) (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

O tipo *Indiferenciado* apresenta habitualmente um desenvolvimento insidioso com marcado isolamento social e diminuição no desempenho laboral e intelectual. Existe uma certa apatia e indiferença relativamente ao mundo exterior. Encontra-se frequentemente presente uma falta de iniciativa e uma perda de vontade (avolição). Não preenche os critérios para os tipos, Paranoíde, Desorganizado ou Catatónico (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

Por último, o tipo *Residual* é caracterizado pelo facto dos sintomas encontrados não serem suficientes para elaborar um diagnóstico de um outro tipo de esquizofrenia. Não existe evidência de sintomas psicóticos positivos dominantes, mas existe um predomínio da sintomatologia negativa, pelo que os doentes apresentam um isolamento social marcado, embotamento afetivo e uma pobreza ao nível do conteúdo do pensamento e do discurso. Este é o subtipo que se observa com maior frequência nos doentes com longos anos de evolução e que se encontram à muitos anos institucionalizados em hospitais psiquiátricos (HP) (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

4. Evolução

A esquizofrenia é uma doença que pode ter um início súbito, manifestando-se rapidamente (evoluindo em escassos dias ou semanas) ou, por outro lado, apresentar-se de uma forma mais lenta e insidiosa (demorando meses ou até anos a ser feito o diagnóstico). Contudo a maioria dos sujeitos apresentam alguns fenómenos de fase prodrómica (pode durar semanas, meses ou anos até que surjam sintomas psicóticos suficientes para ser feito diagnóstico) manifestados pelo desenvolvimento lento e

³ Posição imóvel, ainda que desconfortável por longos períodos de tempo

progressivo de diversos sinais e sintomas (e.g. isolamento social, perda de interesse na escola e no trabalho, deficiência na higiene e cuidados pelo próprio, comportamento estranho, crises de cólera) (Campos, 2009; Afonso, 2010). O “aparecimento de algum sintoma de fase ativa marca a perturbação como Esquizofrenia” (APA DSM-IV-TR, 2002, p. 308). A progressão desta situação ocorre frequentemente de forma impercetível.

São consideradas três fases de evolução da doença - *fase aguda* (fase mais ativa da doença, geralmente os doentes estão num período de evolução do quadro psicótico, sendo necessário internamento, pela difícil adesão ao tratamento em ambulatório), *fase de estabilização e manutenção* (são controlados alguns sintomas da doença, que ainda persistem, por ajuste da dosagem da medicação, é sobretudo uma fase de controlo de recaídas) e a *recaída* (corresponde a um novo período de agudização da doença, é importante que a intervenção terapêutica ocorra o mais precoce possível) (Afonso, 2010).

5. Aspetos Etiológicos e Epidemiológicos

A *etiologia* da esquizofrenia continua desconhecida, e por ser uma doença complexa, provavelmente não existe uma causa única para o seu aparecimento, mas várias que concorrem entre si – etiologia multifatorial (Afonso, 2010).

Ao longo do tempo foram várias as tentativas para explicar a origem da doença, sempre envolta num grande mistério, tornando-se uma alvo fácil para várias especulações.

Segundo Mota Cardoso (2002) não existem provas de que fatores psicossociais possam causar esquizofrenia exceto, possivelmente, em indivíduos que já estejam em situação de risco. Defendendo que poderemos encontrar diversas causas que podem contribuir para o desenvolvimento da doença, designadamente: predisposição genética (Amaro, 2005), fatores biológicos, sistema nervoso central (Amaro, 2005), doenças orgânicas, fatores culturais e socioeconómicos, fatores psicológicos (Amaro, 2005) e familiares (Amaro, 2005).

Por sua vez, Afonso (2010) considera que os fatores psicossociais estão envolvidos na etiologia da esquizofrenia, mas que esta reside essencialmente em fatores biológicos. Descreveu algumas hipóteses semelhantes às mencionadas por Mota Cardoso (2002) e Amaro (2005), que surgiram na tentativa de uma explicação para a origem da doença, que passo a citar, a *hipótese genética*, a *hipótese associada*

aos neurotransmissores, a hipótese viral, a hipótese associada ao neurodesenvolvimento e hipóteses familiares. Segundo o mesmo autor nenhuma delas consegue dar uma resposta suficiente às muitas dúvidas que ainda persistem, reforçando, o em cima mencionado, de uma provável etiologia multifatorial.

No que diz respeito à *epidemiologia*, a esquizofrenia é uma doença que se encontra identificada praticamente em todo o mundo, atingido todas as raças, culturas, classes económicas / sociais e ambos os sexos. De acordo com o *Relatório sobre a saúde no mundo* (OMS, 2001) e segundo Amaro (2005) a sua prevalência calculada em 2000 ronda os 0,4% e o risco de desenvolver a doença ao longo da vida é de 0,7%. O índice de incidência na população mundial é baixo, não chegando, regra geral, a 1% (Roder, Zorn, Brenner, & Müller, 2008). No entanto, quando surge, tende a persistir e, por isso, origina um índice de prevalência relativamente alto (Amaro, 2005; Anderson, Reiss, & Hogarty, 2001 cit. in Campos, 2009).

Estudos epidemiológicos realizados em países industrializados, observaram um maior número de casos em populações rurais e nas classes sociais mais desfavorecidas (Freeman, 1994; Loffler & Hafner, 1999 cit. in Afonso, 2010).

A doença encontra-se distribuída de forma igual por ambos os sexos, passível de verificar no estudo de Amaro (2005) desenvolvido em Portugal, onde os homens apresentam uma percentagem de 50,8% e as mulheres de 49,2%. Surge, geralmente, até finais da adolescência e início da vida adulta, onde a idade média para o início do primeiro episódio psicótico da esquizofrenia situa-se, para o sexo masculino entre os 18 e os 25 anos de idade, e no caso do sexo feminino, habitualmente um pouco mais tarde entre os 25 e os 30 anos. Ao contrário dos homens, as mulheres apresentam uma distribuição bimodal da doença, com um segundo pico na idade adulta, após os 40 anos (aproximadamente 3% a 10%) (APA DSM-IV-TR, 2002; Moreno, 2007).

Em todo o mundo, a esquizofrenia está entre as dez doenças que causam mais incapacidade, e entre os dez principais motivos de carga social a longo prazo (Roder et al., 2008) e representa entre 1,5% a 2,6% das despesas de saúde nos países desenvolvidos (Carr & McNulty, 2006).

Por tudo isto, podemos dizer que a esquizofrenia é caracterizada por uma constelação de sintomas psiquiátricos que alteram a capacidade de viver independentemente e que, conseqüentemente, requer um elevado número de recursos de saúde mental para diminuir o seu impacto na sociedade (Choi & Medalia, 2009).

Partindo desta apresentação histórica e clínica da esquizofrenia, passamos a apresentar um breve enquadramento sobre o que a literatura nos diz especificamente sobre a QV, SSS e FS das pessoas com esquizofrenia.

6. IMPACTO DA DOENÇA

a. na QUALIDADE DE VIDA da pessoa com esquizofrenia

O conceito de QV tem assumido uma importância crescente nas nossas sociedades o que reflete a preocupação social corrente e o interesse das várias áreas científicas. Trata-se de um conceito complexo e multifacetado que tem sido alvo de múltiplas abordagens que, se por um lado têm contribuído para o seu enriquecimento por outro lado, tem-se verificado uma falta de consenso na definição do que se entende por QV.

Definir QV não é tarefa simples. O conceito é complexo, ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo: o que hoje é boa qualidade de vida pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo.

Na perspetiva psicológica QV é, auto-estima e respeito pelo seu semelhante, é saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, saber aproveitar os momentos de felicidade, é saber manter relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro, é ajudar o próximo, é ser fiel a si próprio, é gostar da vida, é ser ético. Qualidade de vida encontra-se, assim, dependente do indivíduo e da sua interação com os outros e com a sociedade. Neste sentido, a OMS definiu **Qualidade de Vida** como “*a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL] GROUP, 1998, p.28).

Existem dois modelos de QV, um mais baseado na satisfação do indivíduo com áreas vitais como relacionamento, família, atividades recreativas e saúde (Argermeyer & Katsching, 1997 cit. in Bayón, Delgado, Ramírez, & Toral, 2008), trata-se de uma percepção subjetiva da própria pessoa sobre o sentimento de bem-estar global e satisfação com a vida e sobre os prejuízos que a doença lhe causa (Cruz et al., 2010), e o outro modelo trata-se de uma percepção mais objetiva, através da consideração de

aspectos objetiváveis do funcionamento e adaptação às distintas áreas de vida (Bayón et al., 2008).

Segundo Oliver et al., (1996 cit. in Souza & Coutinho, 2006) a atenção dada à QV das pessoas com DMg deve-se ao encerramento dos HP e à crescente preocupação com o retorno dos utentes para a comunidade, em consequência do movimento de desinstitucionalização (Gibbons & Butler, 1987; Sorensen, 1994; Aguilar, 2003).

O foco da investigação tem se voltado cada vez mais para a avaliação da qualidade dos serviços comunitários que visam, a substituição dos HP, a reinserção social e a QV dos utentes (Souza & Coutinho, 2006), isto porque a falta de estruturas e serviços na comunidade pode estar a causar uma deterioração na QV dos pacientes com esquizofrenia. Desta forma torna-se essencial o estudo da QV nestes dois contextos (Castro-Henriques, Barros, Pais-Ribeiro, & Palha, 2006).

No que diz respeito à QV de pessoas com esquizofrenia, a investigação tem comprovado que a QV é mais elevada (ainda que não seja em todos os domínios) nos doentes residentes na comunidade comparativamente com os doentes hospitalizados (Barry & Zissi, 1997; Kasckowa et al., 2001; Wiersma & Busschbach, 2001; Castro-Henriques et al., 2006)

Também Lehman, Rossindente, e Hawker (1986) num estudo comparativo entre 99 pacientes internados e 92 residentes num programa comunitário supervisionado nos Estados Unidos da América (EUA), observaram que os pacientes internados apresentavam uma menor QV e que os dois grupos diferiam mais na satisfação com a situação de vida.

No entanto, Katsching (2000) refere ainda que, mesmos os doentes com esquizofrenia que vivem na comunidade, quando comparados com indivíduos saudáveis, têm necessidades adicionais (e.g. sintomas), que tornam a permanência no tratamento especializado, quase sempre uma necessidade constante. Estes pacientes estão também submetidos a diversas formas de preconceito e têm de enfrentar o estigma associado à doença. A acrescentar, por vezes, recursos pessoais limitados (e.g. competências sociais e cognitivas restritas) e ambientais (e.g. pobreza, ausência de empregos adequados). Na perspetiva do autor supracitado, estes fatores, podem contribuir para as dificuldades destes indivíduos em usufruir de uma QV adequada.

Nesta sequência e segundo alguns autores, OMS (2001), Sullivan, Wells, e Leake (1991) citado em Pais-Ribeiro e Guterres (2002), é possível dizer que as pessoas com

esquizofrenia, que vivem há bastante tempo na comunidade e que estão apoiadas por programas comunitários, evidenciam melhor QV.

Por essas razões, o interesse em estudar a QV dos utentes com esquizofrenia é crescente e a necessidade de se avaliar o impacto da doença, do tratamento na vida dos pacientes (Pitta, 1999), e a forma como o contexto influencia o modo como estes vivem e se adaptam à doença, tem sido enfatizada.

b. na SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL da pessoa com esquizofrenia

“A diversidade de conceitos e as inúmeras tipologias relacionadas com o suporte social têm criado alguma dificuldade na aceitação generalizada de uma definição” (Ornelas, 1994, p. 334).

No entanto e apesar de ser um conceito multidimensional e subjetivo (Dickinson, Green, Hayes, Gilheany, & Whittaker, 2002), é possível definir o **Suporte Social**, grosso modo como, "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, et al., 1983, p.127, cit. in Pais-Ribeiro, 1999a) e a **Satisfação com o Suporte Social**, como uma dimensão cognitiva, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social (Trivete, 1990 cit. in Pais-Ribeiro, 1999a).

Singer e Lord (1984 cit. in Pais-Ribeiro, 1999a) esclarecem que o que o suporte social pode ser informacional, emocional ou material e, em termos de quem o fornece, pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos, pode ser relativamente formal, fornecido por organizações e associações tais como grupos religiosos, ou organizações não governamentais de base comunitária, ou pode ser do tipo profissional em termos de consulta ou terapia.

Desde os finais dos anos 60 (século XX) tem-se observado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais no comportamento humano, quer na saúde, quer na doença (Barrón, 1996).

Os trabalhos pioneiros de Cassel e de Cobb em 1976 tiveram grande relevância ao apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas (cit. in Barrón, 1996).

No âmbito específico da saúde e das doenças, Rutter e Quine (1996) explicam que o suporte social refere-se aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais,

presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos das doenças. Algo corroborado Cobb (1976) citado in Dickinson e colaboradores (2002) e Siqueira (2008, p. 381) que ressaltam que, “o suporte social é apontado por estudiosos de diversas áreas do conhecimento como um fator capaz de proteger e promover a saúde”.

Por sua vez, Ruzzi-Pereira (2007 cit. in Rodrigues, 2008) referem que, a falta de suporte social ocorre frequentemente associada à DM e Dunbar, Ford, e Hunt (1998), Symister e Friend (2003) acrescentam ainda que, o suporte social tem implicações práticas nos doentes que precisam de se ajustar a uma DMg, podendo reduzir a angústia que acompanha os indivíduos e promovendo uma maior adesão ao tratamento médico e psicoterapêutico (Baptista, 2005).

Segundo Pattinson, DeFrancisco, Wood, Frazier, e Crowder (1975) enquanto a maioria do nós (público geral) indica cerca de 40 pessoas na sua rede de apoio, as pessoas com DM nomeiam até 20 pessoas (incluindo amigos, família, vizinhos e colegas) e as pessoas com DMg referem apenas 3-4 pessoas na sua rede de suporte social e na maioria família (cit. in Bronowski & Zaluska, 2008).

Investigações realizadas por Cliton, Lunney, Edwards, Weir, e Barr (1998) Goldberg, Rollins, e Lehman (2003) revelam que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm redes de suporte social muito piores não só em termos de quantidade como supracitado, mas também em termos da qualidade do apoio.

Também Ornelas (1996) numa revisão da literatura, corroborando Pattinson e colaboradores (1975 cit. in Bronowski & Zaluska, 2008) constatam que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentam uma rede social menor do que as pessoas sem história de problemáticas de saúde mental, ressaltando ainda, que essas redes sociais são caracterizadas por ambivalência emocional, assimetrias (contrariamente aos doentes internados por doença física, em que a troca de suporte é simétrica) e sem trocas recíprocas, apresentando um sistema fechado de relações em colisão que simultaneamente afastam e mantêm o indivíduo num sistema socialmente fechado.

E destaca ainda que, estes mesmos doentes, não só apresentam um menor número de recursos, como também utilizam os recursos disponíveis poucas vezes.

Um outro estudo, (Miller, 1986, cit. in Rodrigues, 2008) com 100 doentes em período de internamento hospitalar, constatou que, os indivíduos com melhor suporte social fornecido pelos elementos da família se adaptaram melhor e mais rapidamente à doença do que os outros com níveis de suporte mais baixos. Os sujeitos que tinham níveis mais altos de suporte social, que estavam satisfeitos com os seus contactos

sociais e que simultaneamente possuíam um locus de controlo interno, demonstravam também níveis mais elevados de bem-estar.

A intervenção no suporte social torna-se relevante quando verificamos a existência de pessoas com DM que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou por um técnico, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem (Ornelas, 1996).

No caso de doentes que passaram anos num HP, o suporte social é absolutamente essencial no processo de reabilitação (Bronowski & Zaluska, 2008).

Esta variável é muito abrangente, englobando um grande conjunto de componentes e de aspetos, recorrendo a procedimentos de avaliação muito diversos.

Em conclusão, os aspetos sociais continuam, hoje, a ser objeto de controvérsia, tanto no que diz respeito ao modo de os avaliar, como, que aspetos sociais adotar, como, ainda, se precede ou procede a saúde (Pais-Ribeiro, 1999a).

Nos últimos anos tem-se verificado em Portugal, uma carência de respostas adequadas para pessoas com DMg. Esta necessidade deve-se a alterações que têm ocorrido na estrutura sociofamiliar e habitacional e conseqüente escassez de soluções apropriadas, clínicas e sociais, para as pessoas com DMg (Guterres & Frasilho, 2004) desta forma torna-se cada vez mais pertinente o seu estudo.

c. no **FUNCIONAMENTO SOCIAL** da pessoa com esquizofrenia

O conceito de funcionamento é algo complexo e ainda reside pouco consenso sobre a sua definição e como deve ser avaliado (Burns & Patrick, 2007).

No entanto, o **funcionamento social** pode ser definido como a capacidade de uma pessoa funcionar em diferentes papéis sociais como, trabalhador, estudante, pai, conjugue, membro de uma família, entre outros (Corrigan et al., 2008; Beauchamp & Anderson, 2010). A definição tem também em conta a satisfação do indivíduo com a sua capacidade para enfrentar esses papeis, a qualidade e a profundidade das relações interpessoais de um indivíduo (Corrigan et al., 2008; Figueira & Brissos, 2011) e a capacidade de cuidar de si próprio (ser autónomo) (Priebe, 2007). Uma outra dimensão do FS que é amplamente aceite como importante, mas difícil de medir sistematicamente, é a reintegração na comunidade (Corrigan et al., 2008).

Da designação de FS é também necessário proceder-se a uma clara definição de competência social, que compreende, um conjunto de elementos verbais e não verbais, ou seja, são comportamentos específicos que as pessoas usam quando interagem com os outros, que permitem aos indivíduos desenvolver e formar relações duradouras, participar e funcionar socialmente e serem eficazes a alcançar os objetivos pessoais (Beauchamp & Anderson, 2010). Podem ir desde, o vestuário e códigos de conduta, às regras sociais, às normas de expressão afetiva, entre outros (Castro-Henriques et al., 2006). Situações como, fazer amigos, expressar sentimentos, ou a obtenção de algo de outra pessoa exigem o uso de competências sociais (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 2004).

Segundo Corrigan e colaboradores (2008), existem quatro grandes razões que justificam a importância do FS nas pessoas com DM, que passo a citar.

Primeiro, os problemas/défices no FS, são hoje reconhecidos como critério de diagnóstico da esquizofrenia, a sua descrição no DSM IV (APA, 2002; Burns & Patrick, 2007; Lindenmayer, 2008; Beauchamp & Anderson, 2010) abrange três domínios: trabalho, relações interpessoais e auto-cuidado, e refere ainda que estes défices no FS, estão associados, ainda que separados, aos sinais e sintomas da doença.

No entanto, e parece consensual que, a esquizofrenia é muito mais do que uma doença de delírios e alucinações e o tratamento destes aspetos da doença não garante, por si só, melhorias no FS (Foster, 1999; Marques-Teixeira, 2007).

Em segundo, embora para alguns indivíduos as dificuldades sociais surjam na sequência da doença, por exemplo, podem ter aprendido boas competências sociais, mas com o desenvolvimento da doença, perderam oportunidades importantes para as praticar e manter, ou ainda atrofia ou desuso destas competências no contexto de longos períodos de hospitalização (Mueser et al., 1975 cit. in Afonso, 2010) para muitos outros, estes défices antecedem o início da sua doença.

Assim, antes de desenvolver uma DM, muitos indivíduos nunca tiveram amigos íntimos, ou um relacionamento íntimo, poucas atividades de lazer, abandono precoce da escola e pouca ou nenhuma atividade profissional.

Terceiro, a qualidade das relações sociais e frequência de contactos sociais são preditivos da evolução das incapacidades psiquiátricas, incluindo recaídas e (re)internamento (McGlashan, 1986 cit. in Ikebuchi, 2007) tendo um impacto objetivo na QV destes indivíduos, como já referido (Castro-Henriques et al., 2006). A capacidade

das pessoas com DM para participar ativamente, aumenta com a oferta do apoio social, que por sua vez, pode contribuir para um melhor curso da doença.

Contudo, o estigma da esquizofrenia por si só tem sérias implicações para o FS, pois a percepção do público, dos indivíduos com esquizofrenia é muitas vezes reprovadora/ de desaprovação, e portanto, não contribui para interações sociais positivas (Mueser & McGurk, 2004; Corrigan & Watson 2007; Lysaker, Davis, Warman, Strasburger, & Beattie, 2007)

Por último, os indivíduos com DM geralmente têm poucos amigos e, identificam as relações sociais como uma prioridade importante no tratamento. A importância dos relacionamentos íntimos, tem um senso de propósito, que é frequentemente envolvido na realização de papéis, como, trabalhador, estudante, ou ser pai, pois dá um sentido à vida e é o aspeto mais comum que os doentes referem quando falam de *recovery*⁴ (Corrigan et al., 2008).

O desejo de qualquer doente é o de viver de forma independente. Assim, os esforços para melhorar o FS podem ajudar as pessoas com DM a levar uma vida mais significativa e gratificante (Corrigan et al., 2008).

Défices relacionados com o FS são uma componente de diferentes doenças do foro psiquiátrico, sendo que na esquizofrenia, pela própria natureza da doença, atingem proporções devastadoras (Smith, Bellack, & Liberman, 1996 cit. in Castro-Henriques e al., 2006). Na verdade são muitos os domínios da vida quotidiana destes doentes que estão alterados.

Segundo o estudo prospetivo europeu - *Schizophrenia Outpatient Health Outcomes* (SOHO), em comparação com a Europa os doentes portugueses com esquizofrenia têm dificuldade em estar empregados, apresentando um taxa de emprego muito baixa (19,4%). Os níveis de escolaridade são, segundo Marques Teixeira e colaboradores (2006) mais baixos do que seria de esperar comparativamente com o seu estatuto socioeconómico. Para além disso, estes doentes também apresentam um conjunto de outros défices, nomeadamente relacionados com, a capacidade de viverem de forma independente (em Portugal apenas 32,5% dos doentes com esquizofrenia vivem independentes) os quais incluem

⁴ Segundo Antony (1993) o processo de *recovery*, é "(...) um processo único e profundamente pessoal 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. A recuperação implica o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos de vida de uma pessoa à medida que esta vai ultrapassando os efeitos catastróficos da doença mental" (cit. in Slade, 2012, p.10).

competências relacionadas com a utilização de transportes públicos, cozinhar, cuidar da casa, administrar o dinheiro e aderir à terapêutica.

Ou seja, 2/3 dos doentes com esquizofrenia são incapazes de desempenhar papéis sociais básicos tais como casarem-se (em Portugal apenas 18,6% dos doentes se casam), trabalharem ou manterem relações sociais significativas, mesmo quando os sintomas psicóticos estão em remissão.

Dada a variedade de défices que interferem com o funcionamento na vida diária e na comunidade, a melhoria do FS tornou-se uma variável/medida importante para avaliar novas terapias/intervenções na esquizofrenia, e o papel do funcionamento do doente tem sido reconhecido como um determinante importante para o sucesso do tratamento (Burns & Patrick, 2007).

Segundo Ginsberg, Schoole e Buckley (2005) quando questionados indivíduos com esquizofrenia sobre as expectativas do seu tratamento, os mesmos mencionaram que, para além da redução dos sintomas, objetivavam um aumento das atividades diárias, dos contactos sociais e das oportunidades de trabalho (cit. in Figueira & Brissos, 2011).

Pesquisas recentes sobre a esquizofrenia, têm procurado elucidar as bases da disfunção funcional, e caracterizam-na por, défices na comunicação, no relacionamento interpessoal, na manutenção do emprego, nas atividades de vida diária e em funcionar como parte de uma comunidade (Couture, Penn, & Roberts, 2006; Pinkham & Penn, 2006).

Um estudo de 2008 com uma amostra de 129 doentes, com diagnóstico de Esquizofrenia ou Esquizoafectiva a residirem na comunidade, demonstrou nos seus resultados, da aplicação da PSP que, os pacientes que vivem na comunidade não têm/têm problemas severos menores no FS (Kawata & Revicki, 2008).

Os resultados obtidos numa outra investigação, realizada por Brissos, Balanzá-Martinez, Dias, Carita, e Figueira (2011), com 76 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia a viverem na comunidade, demonstrou que existe uma associação entre género e FS, indicando que as mulheres podem ter mais capacidade para atingir um melhor FS. A mesma investigação demonstra ainda que, pacientes desempregados/reformados apresentam mais dificuldade no FS, contudo quanto ao nível educacional foi apenas modestamente associado.

Brissos, Palhavã e colaboradores (2011) num estudo para validar a PSP em Portugal, com uma amostra de 100 pacientes com esquizofrenia a viver na comunidade ou no internamento, constataram que os utentes na comunidade obtiveram pontuações superiores no *score* total da PSP quando comparados com os utentes do internamento “como era esperado” (n.p.), contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas, um outro estudo (Apiquian et al., 2009) mas para validar a PSP em Espanha obteve os mesmos resultados mas com significância estatística. Ainda no mesmo estudo foi encontrada uma associação ao género, que indica que as mulheres apresentam melhores competências de FS, e que os pacientes com baixo FS são os que estão frequentemente desempregados/reformados, algo que também é corroborado noutros estudos (Hoffmann, Kupper, Zbinden, & Hirsbrunner, 2003; Honkonen, Stengård, Virtanen, & Salokangas, 2007; Apiquian et al., 2009; Schennach-Wolff et al., 2009).

Neste sentido para o tratamento das pessoas com esquizofrenia torna-se fundamental uma adequada avaliação do FS e uma adequada intervenção para os défices encontrados (Castro-Henriques et al., 2006) bem como para o contexto inserido que muitas vezes carece de oportunidades de interação social e realização (Bejerholm & Eklund, 2004; Jansson, Sonnander, & Wiesel, 2003)

Após este breve enquadramento teórico relativo à esquizofrenia, o trabalho que se segue aborda uma época importante onde importantes mudanças ao nível da atenção ao doente mental ocorreram e na qual se assistiu à sua passagem do *hospital para a comunidade*.

CAPÍTULO 3. Do HOSPITAL para a COMUNIDADE – a derrocada dos muros asilares e a emergência da psiquiatria comunitária

1. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO na evolução do tratamento da esquizofrenia

“O exílio da loucura aparece materializado na criação do *asilo*, que a separa da sociedade como um ato de conquista da razão que domestica o irracional, o insano e o animalesco” (Alves, 2010, p.30).

A evolução das formas de encarar e tratar as DM teve uma viragem significativa no séc. XIX, quando a “*loucura*” começou a ser considerada uma doença, um

problema de saúde, e já não uma questão de manutenção da ordem pública. Onde até aí os *asilos* acolhiam não só os “*loucos*” como os pobres, indigentes e outros marginalizados da sociedade.

Conhecidos como instituições de “cura”, os designados na época de “asilos psiquiátricos de loucos” (OMS, 2001, p.47) trazem consigo vários problemas, por um lado os documentados maus-tratos aos doentes, negligência e abandono, assistindo-se, assim, em muitos destes HP, à violação dos direitos humanos (Pratt et al., 2007; Campos, 2009) e por outro, a institucionalização, ou seja a cornificação, os internamentos prolongados (Larrea, 2002 cit. in Campos, 2009) levando à perda de identidade e da individualidade, à rutura com os laços familiares e ao isolamento geográfico/da sociedade (problema que só depois da II Guerra Mundial se procurou dar resposta) (OMS; 2001; Alves, 2011) produziram uma nova doença – o *hospitalismo*, e uma nova alienação – a *exclusão social*.

As críticas que se levantaram relativamente às condições de vida dos doentes mentais, ao agravamento das DM nos asilos e à responsabilidade que cabe aos médicos na manutenção dessa situação, levou a que surgissem alternativas ao sistema asilar, lideradas por movimentos, surgidos em Inglaterra, e conhecidos por, *no-restraint*⁵ e *open-door*⁶(Alves, 2011)

Foi entre meados do séc. XIX e inícios do séc. XX que a psiquiatria se consolidou enquanto categoria profissional e enquanto ciência e disciplina médica, ao conquistar o campo da “*loucura*”, que transformou em DM (Porter, 2002 cit. in Alves, 2011). Este avanço implicou a mudança de nome dos *asilos*, para *Hospitais Mentais/Psiquiátricos*, assim como a preocupação com o diagnóstico e o tratamento dos doentes mentais.

A partir da II Guerra Mundial as respostas tradicionais (asilos e HP), passam a ser contestadas (nos EUA vários *objetoires da consciência*⁷ prestaram serviço cívico durante a guerra em HP Federais, e tornaram do conhecimento público as condições

⁵ Nascido em Inglaterra em 1830 por R. G. Hill e por Conolly, apresentou-se como um método liberal que manifesta a preocupação em diminuir o sofrimento do *alienado*. Por isso, suprime a utilização de meios de coação corporal, as camisas de força, que são substituídas pela vigilância e por um regime de trabalho destinado a estimular a mente e a disciplinar o corpo (Alves, 2011).

⁶ Ou “asilos de porta aberta”, desenvolvidos no Reino Unido também no séc. XIX, mas posteriormente ao *no-restraint*, origina uma reforma importante do sistema asilar. Altera a configuração, mas sobretudo a estrutura e funcionamento do asilo: portas abertas sem chaves, demolição de muros e eliminação de grades exteriores (Alves, 2011).

⁷ Aquele que se recusa a prestar o serviço militar por razões de ordem política ou religiosa (dicionário Priberam da Língua Portuguesa, <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=objector>).

muitas vezes indignas em que se encontravam estes doentes internados⁸) e já não eram suficientes para dar respostas às necessidades, visto que com o pós-guerra o número de pessoas com problemas psiquiátricos aumentou (Melo & Ferreira, 1981).

Nos anos seguintes deram-se grandes avanços a nível psicofarmacológico, onde até ao início dos anos 50, o tratamento farmacológico era bastante limitado e pouco eficaz, com um arsenal terapêutico que se limitava a controlar a ansiedade e a agitação de alguns doentes (Afonso, 2010).

Mas a partir de 1951, com a descoberta da clorpromazina por Laborit, a esquizofrenia teve finalmente um medicamento realmente eficaz no tratamento dos sintomas. O fármaco demonstrou particular eficácia na atividade alucinatória e na atividade delirante. Com isto deu-se início ao aparecimento de um novo grupo de fármacos designados neurolépticos/antipsicóticos (Corrigan et al., 2008; Afonso, 2010).

Este avanço ao permitir começar a controlar a sintomatologia positiva, possibilita finalmente o fim do internamento, ao tornar possível a vida na comunidade (que deixou de ter motivo para lhes reechar reações descontroladas e violentas), e a reabilitação (Reabilitação Psicossocial) da esquizofrenia, evidenciando, por um lado, a necessidade de encontrar alternativas de prestação de cuidados na comunidade, e por outro, evidenciando a sintomatologia negativa (salientando o comprometimento das funções psicossociais que a doença provoca) (Campos, 2009; Alves, 2011).

Finalmente entre os anos 50 e 60 e com as filosofias custodiais a serem progressivamente questionadas, começou-se a observar uma mudança no paradigma da atenção em saúde mental - do *hospital* para a *comunidade* (OMS, 2001; Botha et al., 2010).

Em 1953, com o Comité de Peritos da Organização das Nações Unidas, que estudou as organizações psiquiátricas dos estados membros, concluindo que o HP deveria transformar-se numa comunidade terapêutica, refletindo princípios como, a salvaguarda da individualidade dos doentes, a aposta na confiança e o reconhecimento de que os doentes têm capacidades para serem responsáveis e terem iniciativa (OMS, 1953 cit. in Alves, 2011).

⁸ A 6 de Maio de 1946, a revista *Life* publica um artigo de 13 páginas denunciando as condições do internamento dos hospitais psiquiátricos, classificando-os como uma "vergonha", provocando um grande impacto na opinião pública (Afonso, 2010).

Assim como com, as políticas de *desinstitucionalização* (Bulger, Wandersman, & Goldman, 1993; Pratt et al., 2007; Afonso, 2010) e o movimento que, nos EUA ficou conhecido como *Higiene Mental / Movimento de Saúde Mental Comunitária* (Campos, 2009; Alves, 2011), numa filosofia que pretendia a integração/melhoria de vida dos doentes mentais crônicos no meio natural circundante (Guterres, 2002; U.S. Congress, 1963 cit. in Corrigan et al., 2008).

Para esta mudança ocorrerem três importantes fatores, os avanços na psicofarmacologia, já referidos anteriormente, o movimento a favor dos direitos humanos e a introdução de componentes sociais e mentais na definição de saúde (OMS, 2001).

O advento da Psiquiatria Comunitária veio finalmente propor uma nova forma de tratar as pessoas com DM na comunidade, sem os afastar da sua família e das suas redes de pertença, através de estruturas de reabilitação e apoio comunitário, como os hospitais de dia, unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais, unidades de vida apoiada/treino residencial, residências protegidas, empregos protegidos e fóruns sócio ocupacionais. Os internamentos passaram a ter uma duração limitada, apenas com o objetivo de ultrapassar a crise, a fase mais aguda da doença, fazer um diagnóstico e instituir um plano terapêutico, com posterior acompanhado em ambulatório (Afonso, 2010).

No entanto a OMS (2001) não recomenda o encerramento de hospitais para pessoas com DM sem que existam alternativas comunitárias, nem, por outro lado, a criação de alternativas comunitárias sem fechar os HP. Segundo a mesma as duas coisas terão de ocorrer ao mesmo tempo, de uma forma bem coordenada e gradual. Acrescentando que um processo de desinstitucionalização bem fundamentado assenta em três componentes essenciais: prevenção de admissões impróprias em HP mediante a provisão de serviços comunitários; retorno à comunidade dos pacientes institucionais de longo prazo que tenham passado por uma preparação adequada; estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário para pacientes não institucionalizados.

A desinstitucionalização das pessoas com DMg não garante por si só a integração social dos doentes sendo, por isso, necessárias intervenções psicossociais dirigidas a outras áreas do funcionamento da pessoa, nomeadamente ao nível social, familiar, cognitivo, vocacional e ocupacional. Deste modo, o movimento de desinstitucionalização cruzou-se com a necessidade de se desenvolverem programas

de RP que permitissem à pessoa com DMg a oportunidade de atingir e restaurar o seu nível potencial de funcionamento, adaptando-se à vida na comunidade (OMS, 2001; Leff & Warner, 2006). Atualmente torna-se claro que a expressão das DM vai para além dos sintomas que as caracterizam, tendo impacto no funcionamento das pessoas a diferentes níveis. Desta forma, o tratamento ótimo destas perturbações reclama programas integrados de intervenção / reabilitação, conforme se passa a apresentar.

2. Novo Paradigma – Tratamento integrado

É hoje um dado consensual que qualquer proposta de intervenção na esquizofrenia deve ser compreensiva e integradora, que se insira no modelo biopsicossocial, comumente utilizado na compreensão desta realidade.

Seguindo as diretrizes do *Relatório Mundial da Saúde* (OMS, 2001, p.68), no que diz respeito especificamente à esquizofrenia, pode ler-se que, o seu tratamento pede uma combinação de três componentes fundamentais. Primeiro, a *medicação* (farmacoterapia), para “aliviar os sintomas e evitar recaídas”. Segundo, a *educação* e a *psicoterapia*, “ajudam os doentes e seus familiares a fazer face à doença e a evitar recaídas”. Por último, em terceiro, a *Reabilitação Psicossocial* que “ajuda os doentes a se reintegrarem na comunidade e a recuperar o funcionamento educacional e ocupacional”. Segundo este relatório, o tratamento racional desta DMg requer uma dosagem equilibrada de cada componente e deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo, que mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do doente .

Se, por um lado a intervenção farmacológica é o ponto de partida para o tratamento dos sintomas, cuja remissão é fundamental para tornar mais eficazes as intervenções, a verdade é que os antipsicóticos só atuam a um nível específico da vivência da doença, não sendo capazes de recuperar aspetos mentais prejudicados ou reintegrar o paciente.

Desta forma, é na parceria com as abordagens psicossociais (Pratt et al., 2007; Afonso, 2010; Duman, Yildirim, Ucok, & Kanik, 2010) que vamos encontrar respostas necessárias para ajudar os doentes a lidarem com as mais variadíssimas áreas, desde a adesão à medicação, o saber (con) viver com a doença, prevenção de recaídas, FS, ocupacional, vocacional, entre outras. Não basta controlarmos os sintomas da doença se não apoiarmos o doente na sua reintegração social. É importante que os doentes sintam que podem voltar a ter um papel ativo na sociedade.

Em súmula,  da integração das diferentes opes de intervenção existentes, as quais envolvem, não são diferentes profissionais de saúde (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros) numa equipa multidisciplinar, como também múltiplas estruturas de apoio disponíveis (familiares, sociais e comunitárias), que vão surgir, alternativas de tratamento, acessíveis aos doentes nos diferentes contextos (Campos, 2009).

Um estudo de 2010, publicado na revista *Archives of General Psychiatry* (Bibliomed, 2012) avaliou a eficácia dos medicamentos antipsicóticos sozinhos vs. combinados com intervenção psicossocial em doentes com esquizofrenia em fase inicial. Participaram no estudo 1.268 doentes que foram aleatoriamente selecionados para receberem tratamento, apenas medicamentoso com antipsicóticos ou antipsicóticos mais 12 meses de intervenção psicossocial, que consistiu em psicoeducação, intervenção familiar e terapia cognitivo-comportamental, administrada durante 48 sessões de grupo. As taxas de abandono terapêutico ou alteração devido a qualquer causa foram de 32,8% no grupo de tratamento combinado e de 46,8% no grupo com medicação isolada.

O estudo chegou  conclusão que, em comparação com pacientes que receberam apenas a medicação, os pacientes que receberam medicação e intervenção psicossocial demonstraram uma menor taxa de abandono terapêutico, um menor risco de recaída e maior conhecimento, qualidade de vida e funcionamento social.

Os *programas Integrados*, ainda não são uma realidade, para todos os que precisam (Campos, 2009). Neste sentido, tornar-se fundamental fazermos um ponto de situação, ao debruçarmo-nos sobre as políticas de saúde mental, que acompanharam o processo de desinstitucionalização a nível nacional.

3. Análise da situação em Portugal (estado da arte)

Em relação a Portugal, em 2010, na apresentação dos resultados preliminares do Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica foram revelados dados alarmantes. Nomeadamente, segundo o ex-coordenador para a saúde, Caldas de Almeida (2010) que, Portugal  o país da Europa com a maior prevalência de DM na população: um em cada cinco portugueses (23%) tinha sofrido no ano anterior de uma DM e 43% dos portugueses já tinham tido uma DM ao longo da vida. Em contrapartida, a verdade  que o número de pessoas com acesso a serviços de psiquiatria  escasso e as respostas integradas para a DM são quase inexistentes,

conclusão a que chega, também, o mesmo estudo uma vez que demonstra que apenas 1,7% da população portuguesa com problemas de saúde mental tem acesso aos serviços públicos especializados e 67% dos doentes estão sozinhos e nunca tiveram qualquer tratamento.

Apesar da apresentação destes dados não é possível estabelecer de uma forma cientificamente rigorosa a associação entre as perturbações psiquiátricas na população portuguesa e os seus eventuais determinantes, incluindo aqui fatores sociodemográficos, económicos, comportamentais e de estilos de vida (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007).

Contudo em Portugal, tal como na maioria dos outros países, verificaram-se nos últimos 30 anos importantes esforços no sentido de promover uma reestruturação dos serviços de saúde mental que permita substituir progressivamente os cuidados baseados no HP por cuidados mais modernos e diversificados, melhor integrados no sistema geral de saúde e mais próximos das populações (Caldas de Almeida, 1996; Caldas de Almeida & Xavier, 1997).

Refletindo a mudança de paradigma do hospital para a comunidade, foram introduzidas mudanças de longo alcance nas políticas de saúde mental.

3.1. A desinstitucionalização no âmbito das políticas de saúde mental em Portugal

Em Portugal, o redireccionamento da filosofia Hospitalar no sentido da implementação de estruturas assistenciais de base comunitária iniciou-se com a primeira Lei de Saúde Mental, nº. 2118 de 1963, mas na prática, ela não foi implementada (CNRSSM, 2007; Alves, 2011).

Em 1985 e 1989 (são lançados os primeiros programas de reestruturação dos cuidados de saúde mental), tenta-se novamente a reorganização dos serviços de saúde mental a nível nacional, assente na descentralização do HP para a Comunidade (Dias et al., 1995 cit. in Alves, 2011). Apesar de várias tentativas, a filosofia política centrada na Comunidade falhou novamente (Alves, 2011).

Em 1992, foi decidida a integração de todos os Centros de Saúde Mental em hospitais gerais. A integração deu algumas contribuições positivas para a integração no sistema geral de saúde. No entanto, a integração precipitada de serviços de saúde

mental responsáveis por cuidados de base populacional em instituições que se regem por uma lógica puramente hospitalar, centrada no doente internado, levou a uma impossibilidade quase total de desenvolver serviços na comunidade, tanto mais que, as poucas disposições para garantir alguma autonomia de gestão dos serviços de saúde mental nunca foram cumpridas (CNRSSM, 2007).

Em 1994 foi constituída, no âmbito da Direção Geral da Saúde, uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental que, com a participação de um amplo leque de representantes dos vários sectores relevantes na prestação de cuidados de saúde, elaborou um documento que esteve na base da Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1995 (CNRSSM, 2007). As propostas resultantes desta iniciativa tiveram uma importância especial, uma vez que constituíram a base fundamental da atual Lei de saúde mental, Lei nº 36/98⁹ de 24 de Julho (constituída por 49 artigos, 44 dos quais, direcionados para regular o internamento compulsivo), bem como do Decreto-Lei nº 35/99¹⁰ de 5 de Fevereiro (que estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental) que a regulamenta.

Definiram sumariamente a organização dos serviços de saúde mental da seguinte forma: o modelo de referência é o comunitário de forma a facilitar a reabilitação e inserção social dos doentes e a evitar o afastamento do seu meio habitual; os cuidados nesta área da saúde são prestados no meio menos restrito possível; nos doentes que necessitam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.

A nova legislação, por um lado, estabeleceu os princípios que regulamentam o internamento compulsivo (acabou-se com a prática inaceitável de internamentos compulsivos sem qualquer base legal) e a defesa dos direitos das pessoas com doença mental (artigo 5º), e, por outro, definiu os princípios de organização dos serviços de saúde mental de acordo com os princípios internacionalmente aceites nesta matéria.

O problema, mais uma vez, no que se refere aos serviços, foi que, à aprovação da Lei não se seguiu o indispensável processo de planeamento e implementação das reformas propostas (CNRSSM, 2007).

⁹ Publicada no Diário da República, I série-A, nº 169.

¹⁰ Publicado no Diário da República, I série-A, nº 30.

Na sequência da aprovação da nova lei, registaram-se alguns desenvolvimentos importantes. No mesmo ano o despacho conjunto nº 407/98 de 18 de Junho e a Portaria 248-A de 18 de Julho de 1998, permitiram o enquadramento legal para a criação de dispositivos sócio ocupacionais e residenciais que operam no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária (fórum ocupacional, unidade de vida protegida e unidade de vida autónoma) que tiveram um impacto significativo no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial. (CNRSSM, 2007; Campos, 2009; Alves, 2011).

Embora com um âmbito limitado, estes programas representaram uma rutura significativa com o passado, onde estruturas como as acima referidas eram totalmente inexistentes em Portugal (CNRSSM, 2007). Apesar destes aspetos incontestavelmente positivos a falta de planeamento e de apoio sólido à melhoria dos serviços de SM levaram a que o nosso país se tenha atrasado significativamente neste campo comparativamente com outros países europeus (Kovess-Masféty et al., 2005)

Em 2004, a Direção Geral de Saúde publicou a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental e promoveu a organização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizações que vieram chamar a atenção para a necessidade de se colocar a saúde mental na agenda de saúde pública em Portugal e de se implementarem as mudanças preconizadas pela Lei de saúde mental (CNRSSM, 2007).

A legislação atual é concordante, no essencial, com os princípios atualmente recomendados pelos organismos internacionais preocupados com a organização dos serviços e com a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental. É indiscutivelmente uma boa lei, cujo único problema é nunca ter sido implementada de uma forma organizada.

Em suma, no nosso país o processo de criação de novos serviços tem sido algo atribulado, com avanços, paragens e recuos. A cobertura destes serviços a nível nacional ainda é muito incompleta, e segundo os dados da CNRSSM (2007) os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade dos cuidados.

Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispendo de equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na

crise, trabalho com as famílias, entre outros. (Gonçalves Pereira, 2006; Caldas de Almeida, 1997 cit. in CNRSSM, 2007).

O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que detêm a preferência dos utentes e das famílias. Uma consequência inevitável desta organização de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal (Caldas de Almeida, 1997; Gonçalves & Pereira, 2006 cit. in CNRSSM, 2007).

Os programas de cuidados continuados e integrados, acima referidos, podem trazer finalmente à saúde mental mecanismos que permitam criar, de uma forma programada, os serviços e programas intermediários de que há muito carecemos. Trata-se sem dúvida de uma contribuição importante que deve ser aproveitada, tanto do ponto de vista conceptual como operacional.

Partindo das considerações apresentadas e tendo em conta a escassez de informação sobre a realidade portuguesa nestas matérias, propomo-nos estudar a QV, o FS e a SSS das pessoas com esquizofrenia, avaliando especificamente como estes indicadores variam em função dos contextos onde os indivíduos se encontram integrados.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é comparar a QV, o FS e a SSS em dois grupos de doentes com esquizofrenia, sendo que um dos grupos é composto por doentes inseridos na comunidade e o outro, por doentes em regime de internamento num HP.

II. METODOLOGIA

Este capítulo inicia-se com a apresentação do desenho do estudo, os objetivos específicos, as hipóteses em estudo, a seleção da amostra, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da amostra. Em seguida, são descritos os instrumentos de medida utilizados. O último ponto centra-se nos procedimentos de recolha e tratamento dos dados, onde é descrito o racional estatístico do presente estudo empírico.

1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo não experimental, também designado por estudo observacional-descritivo [“(...) o investigador não intervém. (...) desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos nos sujeitos em estudo” (Pais-Ribeiro, 1999a, pp. 41-42)] de comparação entre grupos [“focam dois ou mais grupos, escolhidos com base no critério de um grupo possuir uma característica e o outro não” (p. 42)].

2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estudo são: (1) avaliar o impacto do contexto residencial na Qualidade de Vida; (2) avaliar o impacto do contexto residencial na Satisfação com o Suporte Social; (3) avaliar o impacto do contexto residencial no Funcionamento Social.

3. HIPÓTESES

H₀: Os doentes que vivem na comunidade não apresentam níveis superiores de qualidade de vida quando comparados com os doentes institucionalizados

H₁: Os doentes que vivem na comunidade apresentam níveis superiores de qualidade de vida quando comparados com os doentes institucionalizados

H₀: Os doentes que vivem na comunidade não apresentam níveis superiores de satisfação com o suporte social quando comparados com os doentes institucionalizados

H₁: Os doentes que vivem na comunidade apresentam níveis superiores de satisfação com o suporte social quando comparados com os doentes institucionalizados

H₀: Os doentes que vivem na comunidade não apresentam níveis superiores de funcionamento social quando comparados com os doentes institucionalizados

H₁: Os doentes que vivem na comunidade apresentam níveis superiores de funcionamento social quando comparados com os doentes institucionalizados

4. AMOSTRA

4.1. Seleção

A amostra deste estudo é de conveniência, e é constituída por doentes em acompanhamento numa instituição Psiquiátrica em regime de internamento ou a viver na comunidade.

4.2. Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes que constituíram a amostra deste estudo cumpriram os seguintes *critérios de inclusão*: (1) preenchimento dos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR de esquizofrenia (todos os subtipos); (2) estar integrado numa das valências de atendimento da instituição onde decorreu o estudo; (3) saber ler e escrever.

Como *critérios de exclusão*, de referir, (1) duplo diagnóstico.

4.3. Descrição

A amostra foi constituída por 30 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, distribuídos de forma idêntica por dois grupos (doentes a viver na comunidade ou doentes institucionalizados) (cf. tabela 1).

Dos participantes que constituem a amostra do presente estudo, 8 (26.7%) são do sexo masculino e 22 (73.3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 23 e 71 anos ($M= 42.50$; $DP= 12.334$).

Relativamente ao estado civil, 22 são solteiros (73.3%), 1 casado (3.3%) e 7 divorciados (23.3%).

No que diz respeito às habilitações literárias da nossa amostra, 8 pessoas concluíram o 1º ciclo (26.7%), 4 pessoas o 2º ciclo (13.3%), 8 o 3º ciclo (26.7%), 7 pessoas o ensino secundário (23.3%) e apenas 3 o ensino superior (10%).

Quanto à situação profissional, nenhum participante se encontra no ativo, estando assim distribuídos, 6 pessoas estão desempregadas (20%) e 24 encontram-se reformados por invalidez (80%). O que realça que, mais de metade da amostra se encontra reformada.

Relativo ao número de anos com a doença, a amostra apresenta um valor mínimo de 2 anos e um valor máximo de 46 anos com o diagnóstico de esquizofrenia ($M=17.40$; $DP=11.205$).

Em toda a amostra apenas houve uma pessoa que nunca esteve internada, as restantes variaram entre um mínimo de 1 internamento e um máximo de 40 internamentos ($M=6.40$; $DP=8.496$).

Tabela 1. Resumo das características sociodemográficas

		Comunidade	Internamento	Total
		N	N	N
Género	Masculino	8	0	8
	Feminino	7	15	22
Estado civil	Solteiro	12	10	22
	Casado	1	0	1
	Divorciado	2	5	7
Habilitações literárias	1º ciclo	2	6	8
	2º ciclo	2	2	4
	3º ciclo	5	3	8
	Ensino Secundário	5	2	7
	Ensino Superior	1	2	3
Situação Profissional	Desempregado	5	1	6
	Reformado	10	14	24

Quanto ao grupo de doentes a viver na comunidade ($n=15$) podemos acrescentar a seguinte informação.

Quanto ao tipo de habitação 4 (13.3%) pessoas têm casa própria, 2 (6.7%) vivem em casa alugada e 9 (30%) pessoas estão a viver em casa de familiares (pais, irmãos, tios, etc.).

Relativamente ao tipo de acompanhamento em ambulatório, 7 (23.3%) pessoas são acompanhadas apenas em Psiquiatria, 1 (3.3%) em psicologia e 7 (23.3) pessoas são acompanhadas em ambos os serviços (psicologia e psiquiatria).

Por sua vez, relativamente aos doentes institucionalizados ($n=15$) podemos ainda acrescentar, relativa ao tempo (anos) de internamento na CSBJ, um mínimo de 1 ano a viver na CSBJ e um máximo de 38 anos ($M=10.33$; $DP=9.279$).

Podemos concluir que, o perfil dos nossos participantes se caracteriza por serem na sua maioria do sexo feminino, solteiros, com idade média de 43 anos, com o 3º ciclo de escolaridade concluído e reformados.

5. INSTRUMENTOS

O **Questionário Sociodemográfico**, foi elaborado especificamente para esta investigação, que contém questões comuns aos dois grupos (comunidade e internamento) relativas ao, género, idade, estado civil, habilitações literárias, tempo (anos) de diagnóstico e número de internamentos, e questões específicas, (internamento) tempo de internamento na CSBJ e (comunidade) tipo de habitação, história de internamento e tipo de acompanhamento em ambulatório (cf. Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico).

a. **Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL GROUP, 1998; versão portuguesa de Vaz-Serra, et al., 2006)**

Para a avaliação da QV utilizou-se o instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS - **WHOQOL-Bref** (cf. Anexo 2) adaptado para a População Portuguesa em 2007 pelo grupo liderado pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro (Vaz Serra et al., 2006).

Nos anos noventa, a Organização Mundial de Saúde elaborou um instrumento de avaliação da QV – **WHOQOL-100** (World Health Organization Quality of Life), deste instrumento surgiu uns anos mais tarde uma versão mais abreviada e de aplicação mais rápida o **WHOQOL-Bref**. Este instrumento de avaliação subjetiva da QV foi desenhado para poder ser aplicado a pessoas que vivam em diferentes circunstâncias, condições e culturas. Tendo sido considerado fidedigno para a aplicação em estudos com doentes com esquizofrenia. Esta versão abreviada, composta por 26 itens, sendo 2 mais gerais, relativos à perceção geral da QV e à perceção geral de saúde, e os restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original (Vaz Serra et al., 2006). Estes 24 itens estão divididas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e meio ambiente (Kovess- Masféty et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006).

O primeiro domínio, “domínio físico” (D1), inclui sete itens (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18). O segundo, por sua vez denominado “domínio psicológico” (D2), inclui seis itens (5, 6, 7, 11, 19, 26). O “domínio relações sociais”(D3), é o terceiro domínio, e inclui 3 itens (20, 21, 22), por último, o quarto domínio, “domínio meio ambiente” (D4), inclui oito itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25).

As perguntas que compõem o instrumento estão organizadas em escalas de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (Vaz Serra et al., 2006).

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de Medicação, Morte) não estão formuladas num sentido positivo, estas facetas foram recodificadas para que as pontuações altas refletem melhor qualidade de vida.

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100.

b. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (Pais-Ribeiro, 1999b)

O instrumento utilizado para avaliar a SSS foi a Escala de Satisfação com o Suporte Social (**ESSS**), desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999b; 2011), que tem como objetivo verificar o grau de satisfação dos participantes relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais (cf. Anexo 4)

Relativamente à classificação do instrumento utilizado, de acordo com Siqueira (2008), trata-se de um instrumento que avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte.

Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens, de resposta tipo *Likert*, com cinco posições, nomeadamente “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente” (Pais-Ribeiro, 1999b; 2011).

Avalia quatro dimensões ou fatores. O primeiro fator, denominado “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem (exemplo de um item: 15 - “Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho”) e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo fator diz respeito à “intimidade” (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo (exemplo de um item: 6 - “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”), inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro fator, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente (exemplo de um item: 9 - “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”). Inclui três itens (9, 10, 11). O último fator, denominado “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam (exemplo de um item: 7- “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”) e inclui três itens (2, 7, 8) (Pais-Ribeiro, 1999b; 2011).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada fator resulta da soma dos itens que pertencem a cada um dos fatores. A nota total da escala pode variar entre 15 (15x1) e 75 (15x5), sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social.

A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários. Ou seja todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitário.

Para encontrar a pontuação de cada dimensão/subescala ou a pontuação total, devem-se somar os itens que a constituem. Dado que o número de itens de cada dimensão é diferente, as pontuações mínimas e máximas por dimensão também o são (“SA” - pontuação máxima = 25, “IN” - pontuação máxima = 20, “SF” - pontuação máxima = 15, “AS” - pontuação máxima = 15). É apropriado converter as pontuações entre “0” e “100”, correspondendo o valor “0” à pontuação mais baixa possível da dimensão e “100” à mais elevada possível. Para tal, recorreu-se a uma regra de três simples (Pais-Ribeiro, 2011).

c. ESCALA DE DESEMPENHO PESSOAL E SOCIAL (versão portuguesa de Brissos, Palhavã, et al., 2011)

Para avaliar o FS o instrumento utilizado foi a Personal and Social Performance Scale/Escala de Desempenho pessoal e social (**PSP**) (cf. Anexo 3), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Brissos, Palhavã e colaboradores (2011).

Consiste numa ferramenta viável para avaliar rapidamente o funcionamento pessoal e social de doentes com perturbações psiquiátricas.

Esta escala foi desenvolvida com base no SOFAS (Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Profissional) e deriva do conceito de Avaliação Global do Funcionamento do DSM-IV-TR.

Avalia o funcionamento do mês anterior e o grau de dificuldade que o individuo apresenta em 4 domínios de FS - de A a D (A - atividades sociais, B - relações pessoais e sociais, C - auto-cuidado e higiene pessoal, D - comportamento disruptivo e agressivo), com A-B-C incluindo subcategorias. No domínio atividades sociais (A), temos “trabalho e escola” e “outras atividades socialmente úteis (e.g. serviços domésticos, trabalho voluntário ou passatempos úteis tais como jardinagem)”. No domínio Relações pessoais e sociais (B), as subcategorias são “relação com um parceiro”, “relações familiares” e “relações sociais”. Por último, no domínio auto-cuidado (C), temos a “higiene pessoal” e “cuidados com o aspeto e vestuário”

A **PSP** é simples de administrar e demora aproximadamente 5 a 10 minutos a completar na sequência da entrevista clínica, a sua cotação vai de 0-100 a partir de dois grupos de critérios operacionais – de A a C um e D outro (Figueira & Brissos, 2011; Brissos et al., 2011).

Nesta escala não há pontes de corte, mas é possível determinar um significado da pontuação total da PSP, o intervalo de 1-30 está associado a um “funcionamento deficiente, suficiente para requer apoio ou supervisão intensivos”, o intervalo de 31-70, a “graus de incapacidade variados” e por sua vez o intervalo 71-100 associado a “ausência de incapacidade ou apenas dificuldades ligeiras”.

As autorizações para a utilização dos instrumentos (WHOQOL-BREF, ESSI, PSP), validadas para a população portuguesa, foram fornecidas pelos respetivos autores, Professora Doutora Cristina Canavarro, Professor Doutor José Luís Pais

Ribeiro e Professora Doutora Sofia Brissos (cf. Anexo 5 – autorização dos autores dos instrumentos).

6. PROCEDIMENTOS

6.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a realização deste estudo, foi obtido, primeiramente, a autorização da respetiva Comissão de Ética da Instituição.

Após a obtenção da aprovação, o estudo começou com a identificação dos doentes que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão, os mesmos foram sinalizados por enfermeiros e psicólogos da Instituição.

Todos os participantes assinaram o consentimento informado (cf. Anexo 6), tendo sido esclarecidos sobre os procedimentos e objetivos do estudo e a confidencialidade dos dados. Desta forma, assegurando, todos os procedimentos éticos e deontológicos necessários.

Após os participantes terem sido informados e terem assinado o consentimento, procedeu-se à realização das avaliações.

As entrevistas foram realizadas conforme a seguinte ordem de aplicação dos instrumentos: (1) questionário sociodemográfico, (2) WHOQOL- BREF, (3) ESSS e (4) PSP.

A recolha dos dados foi efetuada pela própria investigadora e realizada entre os meses de Abril, Maio e Junho de 2012.

6.2. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS

Foram realizadas **análises estatísticas descritivas**, para o cálculo das medidas de tendência central (ou de localização), que consistem num “conjunto de medidas que servem para descrever o centro da distribuição dos valores de uma respetiva variável na amostra em questão” (Field, 2009 cit. in Martins, 2011, p.46), optou-se por determinar a média (M) e para o estudo das medidas de dispersão, “medidas adicionais para a descrição dos dados que fornecem uma indicação de quanto os valores individuais da mesma variável estão próximos, ou, pelo contrário, se afastam do centro da sua distribuição” (Field, 2009 cit. in Martins, 2011, p.46), optou-se por utilizar o respetivo desvio-padrão (DP) e frequências absolutas.

Para a **análise da estatística inferencial**, procedeu-se ao teste da normalidade, para cada variável dependente - QV, SSS, FS – (cf. Anexo 7, Anexo 8, Anexo 9), para verificar se as diferenças entre os contextos residenciais (comunidade vs. internamento) são estatisticamente significativas. Como o N da amostra é inferior a 50 o teste de normalidade utilizado foi o *Shapiro-Wilk*. Os valores de p foram superiores a 0.05 nas três variáveis nos dois grupos, assumindo-se a normalidade desta variáveis.

Assim recorreu-se a estatística paramétrica para a análise dos resultados.

Para a análise das diferenças entre os grupos nas variáveis em estudo – QV, SSS e FS – foi utilizado o teste *t Student* para amostras independentes, este teste “averigua se as médias da(s) variável(eis) dependente nos dois grupos” (comunidade e internamento) “em comparação, diferem significativamente uma da outra”, e com base na probabilidade associada ao resultado do teste, avalia se a diferença de médias se deve ao acaso, ou se deve a diferenças que existem, de facto, na população de onde foram recrutados os dois grupos (Martins, 2011, p.135).

No tratamento estatístico utilizou-se o programa estatístico IBM SPSS 19.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) e, o nível de significância utilizado foi de $p \leq .05$.

III. RESULTADOS

1. Avaliação **QUALIDADE DE VIDA**

Através da Tabela 2 são apresentadas as medidas descritivas relativas à variável dependente (QV) para cada um dos grupos independentes.

A partir dos dados podemos ver que, em média, são os utentes do internamento ($M = 63.39$) que apresentam melhor QV no domínio geral. Nos domínios específicos, “relações sociais” e “meio ambiente” a comunidade apresenta uma melhor média ($M = 52.78$; $M = 61.78$), por sua vez o internamento apresenta melhores médias nos domínios “físico”, e “psicológico” ($M = 71.90$; $M = 60$).

Uma vez que existem normas para a população portuguesa, estas são apresentadas comparativamente na Tabela 2, tal como apresentadas pelos autores da escala (Vaz Serra et al., 2006). Quando confrontados, os resultados médios do presente estudo parecem estar a baixo da média em relação aos resultados do grupo

de controlo. Por sua vez, quando comparados com o grupo de doentes em alguns domínios parece apresentar pontuações mais altas, são eles “domínio físico” (comunidade e internamento) ($M = 64.52$; $M = 71.90 > M = 54.99$), “meio ambiente” (comunidade) ($M = 61.78 > M = 58.79$) e “QV geral” (comunidade e internamento) ($M = 47.50$; $M = 63.39 > M = 40.09$).

Tabela 2. Médias e desvios-padrão na pontuação total e subescalas da WHOQOL-bref, do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado, e normas para a população portuguesa.

	Comunidade (n=15)	Internamento (n=15)	Controlo** (n=315)	Doentes** (n=289)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Domínio 1:Físico	64.52 (15.9)	71.90 (18.4)	77.49 (12.27)	54.99 (19.50)
Domínio 2:Psicológico	58.61(14.4)	60(20.7)	72.38 (13.50)	64.41 (17.47)
Domínio 3:Relações Sociais	52.78(27.3)	37.12(27.9)	70.42 (14.54)	64.47 (18.11)
Domínio 4:Meio Ambiente	61.78(15.9)	56.88(25.4)	64.89 (12.24)	58.79 (14.37)
QV geral	47.50 (19)	63.39 (26.1)	71.51 (13.30)	40.09 (20.16)

**Vaz Serra, e col. (2006)

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios da QV (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Valores na pontuação total e subescalas da WHOQOL-bref do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.

	Comunidade (n=15)	Internamento (n=15)	t (df)	p
	Média (DP)	Média (DP)		
Domínio 1:Físico	64.52 (15.9)	71.90 (18.4)	-1.17(28)	.251
Domínio 2:Psicológico	58.61(14.4)	60(20.7)	-.21(28)	.833
Domínio 3:Relações Sociais	52.78(27.3)	37.12(27.9)	1.25 (18)	.224
Domínio 4:Meio Ambiente	61.78(15.9)	56.88(25.4)	.49 (16)	.626
QV geral	47.50 (19)	63.39 (26.1)	-1.86 (27)	.071

2. Avaliação da **SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL**

Na tabela 4 estão apresentadas os valores obtidos por cada grupo em relação à pontuação total e a cada uma das subescalas da satisfação com o suporte social, avaliadas pela ESSS.

A partir dos dados podemos perceber que, em média, são os utentes da comunidade ($M = 41.13$) que apresentam melhor SSS na pontuação total, apesar de, com uma diferença mínima de 0.13. Nas subescalas, “SA” e “AS” a comunidade apresenta uma média mais alta ($M = 14$; $M = 8.80$), por sua vez o internamento apresenta melhores médias nos seguintes domínios, “IN” e “SF” ($M = 10.47$; $M = 9.20$).

Relativamente à SSS, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Valores na pontuação total e subescalas da ESS do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.

	Comunidade (n=15)	Internamento (n=15)	t (df)	p
	Média (DP)	Média (DP)		
Satisfação com os amigos (SA)	14.00 (5.542)	13.07 (4.636)	0.500(28)	0.621
Intimidade (IN)	10.07 (2.987)	10.47 (2.416)	-0.403(28)	0.690
Satisfação com a família(SF)	8.27 (5.035)	9.20 (3.464)	-0.597(28)	0.555
Atividade Sociais (AS)	8.80 (3.385)	8.27 (2.840)	0.467 (28)	0.644
Pontuação total	41.13 (5.462)	41.00 (6.969)	0.058 (28)	0.954

Para encontrarmos a pontuação de cada dimensão/subescala ou da pontuação total tem de se somar os itens que a constituem. Dado que, o número de itens de cada dimensão é diferente, as pontuações mínimas e máximas por dimensão também o são, como já referido nos procedimentos. Neste sentido, recorrendo à regra de três simples converteremos as pontuações entre 0 e 100 (cf. Tabela 5).

As pontuações obtidas indicam que perceção de SSS na pontuação total para ambos os grupos, comunidade (54.8) e internamento (54.7) é uma pontuação intermédia, ou seja, não se pode dizer que é alta nem baixa. Nas subescalas a pontuação é semelhante. A subescala com pontuação mais elevada é a “SF” no internamento (61.3), ou seja, podemos dizer que as pessoas no internamento tem uma

perceção de satisfação com a família mais elevada. Esta é também a subescala, onde a pontuação entre grupos difere mais.

Tabela 5. Pontuações da ESSS (pontuação total e subescalas) do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.

	Comunidade	Internamento
	(n=15)	(n=15)
	Pontuação ESSS	Pontuação ESSS
Satisfação com os amigos (SA)	56.0	52.3
Intimidade (IN)	53.5	52.4
Satisfação com a família(SF)	55.1	61.3
Atividade Sociais (AS)	58.7	55.1
Pontuação total	54.8	54.7

3. Avaliação do **FUNCIONAMENTO SOCIAL**

Quanto ao FS, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 6).

Através da análise descritiva da tabela 6 relativa ao FS, podemos verificar que em média, são os utentes do internamento (M = 37) que apresentam melhor FS.

A cotação obtida para a comunidade (M = 35.53) e para o internamento (M = 37) permite-nos determinar que ambos os sujeitos se encontram no intervalo 31-70, que significa graus de incapacidade variados.

Tabela 6. Valores na pontuação total da PSP do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.

	Comunidade	Internamento	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
	(n=15)	(n=15)		
	Média (DP)	Média (DP)		
PSP_pontuação total	35.53 (13,3)	37 (10)	-.34(28)	.736

Uma vez finalizada a apresentação dos resultados, passa-se à discussão dos mesmos, na qual são englobados aspetos considerados importantes e que estão diretamente associados a conteúdos referidos no enquadramento teórico.

IV. DISCUSSÃO

Seguindo uma linha histórica, observamos que, da acumulação de indícios das insuficiências dos HP, combinada com o processo de “institucionalismo”, surgiu o movimento pela desinstitucionalização nos anos 50 e 60. Que determinava que os doentes deveriam ser tratados em regime aberto e progressivamente reintegrados na família, no ambiente de trabalho, na sociedade em geral (Osswald, 2012).

Em consequência disto, a desinstitucionalização tornou-se um processo crucial nos programas de saúde mental de vários países assim como a nível nacional (Lei nº.36/98), e faz parte de todas as recomendações e linhas orientadoras de organismos internacionais.

Partindo destas linhas orientadores e baseado nas provas concludentes da superioridade dos tratamentos levados a cabo em serviços na comunidade, quando comparados com cuidados ministrados nos HP, propusemo-nos a avaliar essa mesma hipótese.

Assim sendo, dos objetivos e hipóteses de trabalho constatou-se de acordo com os resultados obtidos que não existem diferenças significativas na QV, no FS e na SSS dos participantes inseridos na comunidade e dos participantes em regime de internamento, ao contrário do que é afirmado.

H₁: Os doentes que vivem na comunidade apresentam níveis superiores de Qualidade de Vida quando comparados com os doentes institucionalizados.

Relativamente à QV os doentes institucionalizados apresentam melhor média quando comparados com os doentes que vivem na comunidade, no entanto estas diferenças não foram significativas em nenhum dos domínios. Esta ausência de diferenças contraria as perspetivas de Lehman e colaboradores (1986); Barry e Zissi (1997); Kasckowa e colaboradores (2001); Wiersma e Busschbach (2001); Mercier e Corten (2004) citado em Guterres (2002); Castro-Henriques e colaboradores (2006).

H₁: Os doentes que vivem na comunidade apresentam níveis superiores de Satisfação com o Suporte Social quando comparados com os doentes institucionalizados.

Quanto à variável SSS, também não se verificaram diferenças significativas entre o contexto residencial – viver na comunidade ou no internamento, apesar dos participantes inseridos na comunidade terem apresentado uma melhor média. Os resultados poderão sugerir que mesmo hospitalizados, os doentes em questão, podem estar satisfeitos com o suporte social, provavelmente demonstrado pela realização de visitas (esporádicas ou regulares) ou pela realização de telefonemas a partir da instituição.

Contudo também foram encontrados estudos que nos dizem que a SSS é superior nas pessoas que vivem na comunidade relativamente as pessoas que vivem no internamento.

No entanto o suporte social é considerado um fator muito significativo no aumento da integração comunitária das pessoas com doença mental (Caron et al., 1998; Froland et al., 2000), tal como evidenciado por Browski e Zaluska (2008), que constata, em doentes que passaram anos num HP, que o suporte social é essencial no processo de reabilitação, o que nos leva a crer/considerar que não basta viver na comunidade, esta vivência deve ser acompanhada de uma SSS, benéfico e facilitador da reabilitação e da integração social dos residentes.

Por sua vez, Miller (1986, cit. in Rodrigues, 2008) apura no seu estudo com indivíduos internados que, quando avaliados sobre o seu suporte social, os indivíduos com melhor suporte social se adaptam mais rapidamente à doença, mesmo institucionalizados.

H₁: Os doentes que vivem na comunidade apresentam níveis superiores de Funcionamento Social quando comparados com os doentes institucionalizados.

No que concerne ao FS os resultados obtidos também não fornecem suporte empírico à hipótese levantada, tendo-se constatado que, os doentes na comunidade não apresentam valores significativamente diferentes dos doentes no internamento (apesar dos segundos apresentarem melhor média), o que refuta os resultados de diversos estudos (Kawata & Revicki, 2008; Apiquian et al., 2009; Brissos, Palhavã et

al., 2011 (apesar dos resultados neste estudo não serem significativos); Castro-Henriques, et al., 2006).

Estes resultados supracitados, apesar de não irem ao encontro do que a literatura nos diz, dão-nos informações valiosíssimas e eram os esperados para o estudo em questão. Pelos motivos que passamos a citar.

A desinstitucionalização, é um processo complexo, que exige a implementação de uma rede sólida de alternativas na comunidade (Osswald, 2012), pois controlarmos os sintomas da doença e inserirmos os doentes na comunidade não garante por si só a reintegração/inclusão social (Leff & Warner, 2006).

É importante que os doentes sintam que podem voltar a ter um papel ativo na sociedade. Em todos os aspetos da vida comunitária, desde habitação, transporte, educação, recreação, comunicação, cultura, religião, justiça, voluntariado e emprego, até mesmo aspetos menos tangíveis da vida em comunidade, tais como: sentimento de pertença e o reconhecimento do seu contributo para a comunidade, acesso a relações interpessoais baseadas em interesses comuns e não na doença, e participação a todos os níveis de decisão, desde a vida diária até à área política.

Desta forma, e em concordância com o referido, os resultados obtidos poderão ser aparentemente explicados por isso mesmo, pela ausência de respostas comunitárias adequadas e pela reduzida integração social (com papéis sociais pouco alcançados), possível de constatar pelo facto de ser uma amostra constituída maioritariamente por indivíduos solteiros e apenas um casado, e de uma classe inativa, onde apesar de tudo são os doentes hospitalizados que apresentam horários mais estruturados, com diferentes atividades ocupacionais, possibilitando o aproveitamento e estimulação das suas competências, ao contrário dos doentes que vivem na comunidade que passam a maior parte do dia em casa, em atividades de lazer passivas (e.g. dormir, ver televisão), e sem qualquer atividade profissional, constatado através do questionário sociodemográfico e da entrevista clínica da PSP.

Ou seja, a verdadeira inclusão, significa que as pessoas com diferentes necessidades não estão só fisicamente incluídas no mesmo contexto, mas são socialmente aceites para que possam criar relações na comunidade, algo que não parece legítimo na amostra em questão.

O emprego por exemplo é um passo fundamental para a recuperação. Ter um emprego proporciona uma estrutura ao dia-a-dia, objetivos com significado, auto-estima, rendimentos, alargamento da rede social e outras mudanças que ajudam os

pacientes a desenvolver esperança e mudança na auto-imagem (Becker, Drake & Naughton, 2005). Dentro do campo da reabilitação psiquiátrica, a maior parte dos pacientes considera o emprego um elemento-chave do processo de recuperação (Bond, 2004).

O que também vai de encontro ao estudo de Ginsberg, Schoole, e Buckley (2005) que quando questionados indivíduos com esquizofrenia sobre as expectativas dos seu tratamento, os mesmos mencionaram que, para além da redução dos sintomas, objetivavam um aumento nas atividades diárias, nos contactos sociais e nas oportunidades de trabalho (cit. in Figueira & Brissos, 2011), mas que não é verificado na nossa amostra em estudo.

Neste sentido é urgente e imprescindível elaborar programas adequados de reabilitação psicossocial, desenhados para assegurar cuidados integrados na comunidade que incluam diversas valências, entre as quais, a reabilitação profissional (formação profissional, emprego apoiado, emprego protegido) e a reabilitação residencial (atividades de vida diária, relações de grupo, gestão do dinheiro e do orçamento doméstico), e não apenas burocracias, tal como proferido pelo Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, António Palha (2012) “já devíamos ter mais política de saúde mental na comunidade. Está mais no papel do que na prática. As leis são para cumprir (...)”.

V. CONCLUSÃO

Em Portugal a saúde mental nunca foi uma prioridade pública, independentemente dos compromissos e promessas patentes nos documentos escritos (Palha, 2010, cit in. Earley, 2010) o que nos leva a concluir que a desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e que os cuidados comunitários ainda enfrentam muitos problemas operacionais.

VI. LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Após a explanação dos resultados e da sua discussão e, independentemente dos objetivos propostos, surgem outras limitações desta investigação, bem como as sugestões para futuras investigações.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas em investigações futuras, que passamos a citar.

Em primeiro lugar o tamanho (significância) da amostra é reduzido (N=30), o que condiciona a interpretação dos resultados, especialmente pelo não controlo de variáveis parasitas (e.g. fatores clínicos, funcionamento cognitivo, entre outros) e impede a sua generalização, não podendo ser representativa da população. Seria então necessário replicar o procedimento numa amostra maior de forma a generalizar os resultados.

Outra limitação prende-se com o facto de a minha amostra ser constituída apenas por indivíduos da mesma cidade, o que de certo modo limita também a sua generalização.

Em terceiro, a amostra é constituída maioritariamente por mulheres, pelo que seria interessante em investigações futuras a variável género se igual para ambos os grupos, ou só constituído por um tipo de género.

Quarto, o facto de a totalidade do grupo que vive na comunidade se encontrar desempregado/reformado pode ter condicionado os resultados, pelo que poderia fazer sentido em futuras investigações encontrar uma amostra com sujeitos tanto no ativo como no inativo.

Quinto, não se estabeleceu um grupo de controlo (não clínico), o que seria pertinente para podermos comparar os resultados obtidos entre a população clínica e não clínica.

Por último, relativamente ao questionário sociodemográfico este deveria contar mais questões, nomeadamente, se realiza atividades reabilitativas, como ocupa o seu dia, (grupo internado) com que frequência vai à comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P.** (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncipia Editora.
- Aguilar, C.** (2003). *Rehabilitación psicossocial y tratamiento integral del transtorno mental severa*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Alves, F.** (2011). *A doença mental nem sempre é doença: Racionalidades leigas sobre a saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amaro, F.** (2005). *Factores sociais e culturais da esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- [APA DSM-IV-TR] American Psychiatric Association** (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (trans. 4ª. Ed.), texto revisto. Lisboa: Climpsi Editores.
- Apiquian, R., Ulloa, R., Herrera-Estrella, M., Moreno-Gómez, A., Erosa, S., Contreras, V., & Nicolini, H.** (2009). Validity of the Spanish version of the Personal and social Performance scale in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 112, 181-186.
- Barrón, A.** (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Barry, M., & Zissi, A.** (1997). Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 32, 38-47.
- Bayón, D., Delgado, S., Ramírez, O., & Toral, A.** (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas com transtorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321-336.

Beauchamp, M., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: Na integrative Framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), 39-64.

Becker, R., Drake, R., & Naughton, W. (2005). Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 332-338.

Bejerholm, U., & Eklund, M. (2004). Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy and Mental Health*, 20, 27–47.

Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia. A step by step* (2nd edition). New York: The guiford press.

Bibliomed (2012). Intervenção psicossocial aliada à farmacoterapia melhora os resultados do tratamento de esquizofrenia [texto]. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/news/index/8012/browse/intervencao-psicossocial-aliada-a-farmacoterapia-melhora-os-resultados-do-tratamento-de-esquizofrenia.html>

Bond, R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 345-359.

Brissos, S., Balanzá-Martinez, V., Dias, V., Carita, A., & Figueira, M. (2011). Is personal and social functioning associated with subject quality of life in schizophrenia patients living in community?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 200, (n.p.).

Brissos, S., Palhavã, F., Marques, J., Mexia, S., Carmo, A., Carvalho, M., Dias, C., Franco, J., Mendes, R., Zuzarte, P., Carita, A., Molodynski, A., & Figueira, M. (2011) The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1-10. doi: 10.1007/s00127-011-0412-6

- Bronowski, P., & Zaluska, M.** (2008). Social support of chronically mentally ill patients. *Archives of Psychiatry and Psychoterapy*, 2, 13-19.
- Bulger, M., Wandersman, A., & Goldman, C.** (1993). Burdens and gratifications of caregiving: Appraisal of parental care of adults with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), 255-265.
- Burns, T., & Patrick, D.** (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*, 116, 403-418. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x
- Caldas de Almeida, J.** (1996). Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5(2), 92-95.
- Caldas de Almeida, J.** (2010). *Apresentação preliminar do Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M.** (1997). Perspectivas Actuais do Tratamento da Esquizofrenia na Comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 885-862.
- Campos, L.** (2009). *Doença Mental e prestação de Cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal.
- Cañamares, J., Castejón, M., Florit, A., González, J., Hernández, J. Rodríguez, A.** (2007). *Esquizofrenia. Psicología Clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P.** (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Journal of Community Mental Health*, 34, 459-475.

Carr, A., & McNulty, M. (2006). *The Handbook of Adult Clinical Psychology: An Evidence-based Practice Approach*. London: Routledge.

Castro-Henriques, M., Barros, G., Pais Ribeiro, J., & Palha, F. (2006). Funcionamento social e qualidade de vida em doentes com esquizofrenia: Estudo comparativo entre doentes institucionalizados e doentes em regime de Hospital de dia. *Saúde Mental*, VII(1), 17-27.

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

Cliton, M., Lunney, P., Edwards, H., Weir, R., & Barr, J. (1998). Perceived Social Support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 955-965.

[CNRSSM] Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório – Proposta de plano de acção para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

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

Corrigan, P., & Watson, A. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, 439–458.

Couture, S., Penn, D., & Roberts, D. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 44–63.

- Cruz, B., Salgado, J., & Rocha, F.** (2010). Associação entre déficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. *Ver Psiq Clín*, 37(5), 233-239.
- Dickinson, D., Green, G., Hayes, C., Gilheany, B., & Whittaker, A.** (2002). Social network and social support characteristics amongst individuals recently discharged from acute psychiatric units. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 9, 183-189.
- Duman, Z., Yildirim, N., Ucok, A., Er, F., & Kanik, T.** (2010). The effectiveness of a psychoeducational group program with inpatients being treated for chronic mental illness. *Social behavior and personality*, 38(5), 657-666. doi: 10.2224/sbp.2010.38.5.657
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K.** (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Earley, P.** (2010). Loucura. A busca de um pai, no insano sistema de saúde. Porto: Encontrar+se.
- Figueira, M., & Brissos, S.** (2011). Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients. *Curr Opin Psychiatry*, 24, 91-99. doi:10.1097/YCO.ob013e328438119
- Foster, M.** (1999). Interventions for neurocognitive deficits: editor's introduction. *Schizophr Bull*, 25, 197-201.
- Froland, C., Brodsky, G., Olson, M., & Stewart, L.** (2000). Social support and social adjustment: implications for mental health professionals. *Community Health Journal*, 36, 61-75.
- Gibbons, J., & Butler, J.** (1987). Quality of life for "new" long-stay psychiatric in-patients; the effects of moving to a hostel. *British Journal of Psychiatry*, 151, 347-354.

- Goldberg, R., Rollins, A., & Lehman, A.** (2003). A social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 393-402.
- Guterres, M.** (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Guterres, M., & Frasilhos, M.** (2004). Prevenção terciária em saúde mental: novas respostas em Portugal. *Saúde Mental*, 22(2), 69-77.
- Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M., & Hirsbrunner, H.** (2003). Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 76-82.
- Honkonen, T., Stengård, E., Virtanen, M., & Salokangas, R.** (2007). Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 372-380.
- Ikebuchi, E.** (2007). Social skills and social and nonsocial cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(5), 581-594.
- Jansson, L., Sonnander, K., & Wiesel, A.** (2002). Clients with long-term mental disabilities in a Swedish county - conditions of life, needs of support and unmet needs of service provided by the public health and social service sectors. *European Psychiatry*, 18, 296-305.
- Kasckow, J., Twamley, E., Mulchahey, J., Carroll, B., Sabai, M., Strakowski, S., Patterson, T., & Jeste, D.** (2001). Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. *Psychiatry Research*, 103, 69-78.

- Katschnig, H.** (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, 407, 33-37.
- Kawata, A., & Revicki, S.** (2008). Psychometric properties of the personal and social Performance scale (PSP) among individuals with schizophrenia living in the community. *Qual Life Res*, 17, 1247-1256 doi: 10.1007/s11136-008-9400-z
- King, R., Lloyd, C., & Meehan, T.** (2007). *Handbook of Psychosocial Rehabilitation*. Oxford: Blackweel Publishing.
- Kovess-Masféty, V., Caldas de Almeida, J., Carta, M., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., Roelandt, J., Moreno, K., & Walsh, D.** (2005). Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *Eur Psychiatry*, 8, 521-528.
- Kovess-Masféty, V., Xavier, M., Kustner, B., Suchocka, A., Sevilla-Dedieu, C., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., Roelandt, J., & Walsh, D.** (2006). Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry*, 6, 39-50.
- Leff, J., & Warner, R.** (2006). Social Inclusion of People with Mental Illness. *Journal Psychiatric*, 43(4), 306-307.
- Lehman, A., Rossindente, & S., Hawker, F.** (1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp Community Psychiatry*, 37, 901-907.
- Lindnmayer, J.** (2008). Increasing Awareness of Patient Functional Impairment is Schizophrenia and its Measurement. *Primary Psychiatry*, 15(1), 89-93.
- Lysaker, P., Davis, L., Warman, D., Strasburger, A., & Beattie, N.** (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149, 89–95.

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Marques-Teixeira, J. (2007). Neurocognição , cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Revista Saúde Mental, IX(6)*, 7-10.

Marques-Teixeira, J., Pereira, A., Silva, A., Marieiro, A., Humberto, J., & Guerreiro, M. (2006). Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental, VII(4)*, 13-21.

Melo, M., & Ferreira, G. (1981). A Psiquiatria Comunitária na evolução histórica da Psiquiatria. *Análise Psicológica, 3(1)*, 357-363.

Moreno, A. (2007). *Las Esquizofrenias, sus hechos e valores clínicos e terapêuticos*. Barcelona: Elsevier Masson.

Mota Cardoso, C. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mueser, K., & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *Lancet, 363*, 2063–2072.

[OMS CID-10] Organização Mundial de Saúde. (1992). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças* (Trans.). Geneva: WHO.

[OMS] Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde mental no mundo. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Suíça: Organização Mundial de Saúde.

Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica, 2(12)*, 333-339.

- Ornelas, J.** (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2(14), 263-268.
- Osswald, W.** (2012). Uma reflexão ética sobre cuidados de saúde mental [texto]. Disponível em: <http://upainforma.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2293>
- Pais-Ribeiro, J.** (1999a). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J.** (1999b). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J.** (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo editora.
- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, M.** (2002). *A qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. In Pais-Ribeiro, J., Leal, I., & Dias, M. (Eds.). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA
- Palha, A.** (2012). Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental alerta para a urgência de "tirar do papel" e aplicar o modelo de intervenção comunitária, de forma a evitar "um desastre clínico e social" [texto]. Disponível em: <http://upainforma.encontrarse.pt/Default.aspx?Pageld=2&ContentId=2328>
- Pinkham, A., & Penn, D.** (2006). Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143, 167–178.
- Pitta, A.** (1999). Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. *Revista de Psiquiatria clínica*, 26(2), (n.p.).

Pratt, C., Gill, K., Barrett, N., & Roberts, M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation*. USA: Elsevier Academic Press.

Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*, 50, 15-20.

Roder, V., Zorn, P., Brenner, H., & Müller, D. (2008). *Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos doentes com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação dos tempos livres*. Porto: Encontrar+se.

Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.

Schennach-Wolff, R., Jäger, M., Seemüller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L., Gaebel, W., Huff, W., Heuse, I., Maier, W., Lemke, M., Ruther, E., Buchkremer, G., Gastpar, M., Moller, H., & Riedel, M. (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*, 113, 210-217.

Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.

Slade, M. (2012). *100 Formas de apoiar a recuperação: Guia para profissionais de Saúde Mental*. Porto: Encontrar+se.

- Sorensen T.** (1994). The Intricacy of the Ordinary. *British Journal of Psychiatry*, 164(23), 108-114.
- Souza, L., & Coutinho, E.** (2006). Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Ver Bras Psiquiatr*, 28(1), 50-58.
- Symister, P., & Friend, R.** (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123-129.
- Tandon, R., Keshavan, M., & Nasrallah, A.** (2008). "Schizophrenia, «Just the Facts»: What we know in 2008". *Schizophrenia Research*, 100, 1-18.
- Valiente, C. Vázquez, C., & Smith, P.** (2009). Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicossocial. In J. Fernández, R. Touriño, N. Benítez, & C. Abelleira (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicossocial*. Valladolid: FEARP.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Carona, C., & Paredes, T.** (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Wiersma, D., & Busschbach, J.** (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251, 239-246.
- [WFMH] World Federation for Mental Health** (2008) *Learning about Schizophrenia: An international Mental Health Awareness Packet from the world Federation for Mental Health*. Virginia USA: Springfield.

[WHOQOL GROUP] World Health Organization Quality of Life GROUP (1998). The World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Young, J., Powell, S., Risbrough, V., Marston, H., & Geyer, M. (2009). Using the MATRICS to guide development of a preclinical cognitive test battery for research in schizophrenia. *Pharmacology & Therapeutics*, 122, 150-202.

ANEXOS

ANEXO1.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico

Código: _____

Data: ____/____/____

Local: _____

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Data de nascimento: ____/____/____ 3. idade: _____

4. Nível de escolaridade:

1ºciclo 2ºciclo 3ºciclo ensino secundário ensino superior

5. Profissão: _____ (assinale com um X se é um emprego protegido)

6. Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

7. Há quanto tempo foi diagnosticado o seu problema de saúde mental: _____

Questões específicas para utentes internados

8. Nº de internamentos: _____

9. Há quanto tempo está na _____

Questões específicas para utentes da comunidade

10. Habitação:

Própria Alugada de familiares Residência Protegida

Outra: _____

11. História de internamentos

Sim Não

12. Se sim, número de internamentos: _____

13. Atualmente tem algum tipo de acompanhamento em ambulatório:

Psiquiatria Psicologia ambos nenhum

ANEXO 2.

INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@matvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavaro (mccanavaro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2** Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino Feminino **A4** Escolaridade

A5 Profissão

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorçado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Dave pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedam de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de acitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 3.

INSTRUMENTO PSP

ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA A ESCALA DE DESEMPENHO PESSOAL E SOCIAL (PERSONAL AND SOCIAL PERFORMANCE SCALE – PSP)

INTRODUÇÃO: Irei fazer-lhe algumas perguntas relativas ao último mês (ou desde a última consulta). Portanto, diga-me como se tem sentido no último mês (ou desde a última consulta)?

Categoria A: Actividades socialmente úteis (incluindo trabalho e estudo)

Como tem passado o tempo no último mês (ou desde a última consulta)?

Tem trabalhado?

Se sim: Qual o horário de trabalho? Com que frequência tem cumprido esse horário?

Fez trabalho de voluntariado em algum lugar?

Se sim: Com que frequência faz voluntariado? Com que frequência tem cumprido o horário?

Tem ido à escola?

Se sim: Qual o horário da escola? Com que frequência tem cumprido esse horário?

Tem frequentado algum tipo de programa de tratamento?

Se sim: Qual o horário desses tratamentos? Com que frequência tem cumprido esses horários?

Fez algumas tarefas domésticas no último mês (ou desde a última consulta)? (ou seja, cozinhar, limpar a casa, etc.)

Se sim: Com que frequência?

Participou em alguma actividade de grupo? (ou seja, clubes, grupos de apoio, equipas)

Se sim: Qual o horário dessa actividades? Com que frequência tem cumprido esses horários?

Participou em alguma actividade de organizações religiosas ou assistiu a serviços religiosos?

Se sim: Com que frequência são estas actividades programadas? Com que frequência tem participado nessas actividades?

Como passa o seu tempo livre? Tem algum passatempo?

Se sim: Com que frequência fez...?

Categoria B: Relações pessoais e sociais

De quem é mais próximo?

Como diria que se tem dado com essa(s) pessoa(s) no último mês (ou desde a última consulta)?

Quanto tempo por dia tem passado sozinho?

Quanto tempo tem passado com a família?

Quanto tempo tem passado com os amigos?

Tem telefonado à família ou aos amigos?

Tem-se dado bem com os seus colegas no trabalho/ escola/programa de tratamento?

Categoria C: Auto-cuidado

Onde está a viver? Como considera que tem cuidado de si próprio no último mês (ou desde a última consulta)?

Foi-lhe recetada medicação? Toma-a regularmente conforme foi recetada? É necessário que alguém o lembre ou ajude a tomar a medicação?

Em média, tem feito pelo menos 2 refeições diárias no último mês (ou desde a última consulta)? É necessário que alguém o lembre ou ajude a fazê-lo?

Se sim: Com que frequência?

Com que frequência toma banho? É necessário que alguém o lembre ou ajude a tomar banho?

Se sim: Com que frequência?

Com que frequência lava os dentes? É necessário que alguém o lembre ou ajude a fazê-lo?

Se sim: Com que frequência?

Como descreveria o seu aspecto durante o último mês (ou desde a última consulta)?

Com que frequência lava o cabelo? É necessário que alguém o lembre ou ajude a fazê-lo?

Se sim: Com que frequência?

Com que frequência muda de roupa? É necessário que alguém o lembre ou ajude a fazê-lo?

Se sim: Com que frequência?

Com que frequência lava a sua roupa? É necessário que alguém o lembre ou ajude a fazê-lo?

Se sim: Com que frequência?

Categoria D: Comportamento perturbador e agressivo

No último mês (ou desde a última consulta), irritou-se facilmente com outras pessoas?

Se sim: Por favor, fale-me um pouco mais sobre isso.

O que tem feito, no último mês (ou desde a última consulta), quando fica irritado ou zangado com alguém?

Agiu de uma forma que os outros consideraram imprópria? (ou seja, falou com estranhos de forma demasiado familiar, incomodou os outros por falar demasiado alto, andou despido em público)

No último mês (ou desde a última consulta), partiu deliberadamente alguma coisa?

Se sim: Por favor, fale-me mais sobre isso.

Atirou objectos? Deu socos na mobília ou numa parede?

Se sim: Com que frequência é que isto aconteceu no último mês (ou desde a última consulta)?

No último mês (ou desde a última consulta), teve alguma discussão? E agressões físicas?

Se sim: Por favor, fale-me mais sobre isso.

Praguejou ou insultou alguém? Levantou a voz ou gritou com alguém?

Ameaçou aleijar alguém?

Tentou agredir alguém fisicamente?

Tentou aleijar-se a si próprio?

Se sim: Por favor, fale-me mais sobre isso.

Faz alguma tentativa de suicídio?

Se sim: Esta tentativa teve algum impacto na sua capacidade para funcionar?

Se sim: Por favor, fale-me mais sobre isso (ou seja, perda de trabalho, internamento no hospital).

Com que frequência é que os comportamentos que acabou de descrever ocorreram no último mês (ou desde a última consulta) acima?

Com autorização da UEC.

PSP · Folha de Registo

1. Por favor atribua uma pontuação ao nível de funcionamento do(a) doente durante o **mês anterior**.
Existem 4 domínios principais de funcionamento considerados nesta escala:

	Ausente	Ligeiro	Manifesto	Marcado	Grave	Muito grave
(a) actividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) relações pessoais e sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) auto-cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) comportamento perturbador e agressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Seguem-se dois conjuntos de **critérios operacionais** para avaliar o grau das dificuldades:
Um para as áreas **a-c** e um específico para a área **d**.

Graus de gravidade das áreas a-c

- (i) Ausente
(ii) Ligeiro: conhecido apenas para alguém que está muito familiarizado com a pessoa.
(iii) Manifesto: dificuldades claramente perceptíveis por todos, mas não interferindo substancialmente com a capacidade da pessoa para desempenhar o seu papel nessa área, tendo em conta o seu contexto sócio-cultural, idade, sexo e nível educacional.
(iv) Marcado: dificuldades que interferem marcadamente com o desempenho nessa área; contudo, a pessoa ainda é capaz de fazer algo sem ajuda profissional ou social, apesar de inadequadamente e/ou ocasionalmente; se ajudado por alguém, ele/ela poderá ser capaz de atingir o nível de funcionamento prévio.
(v) Grave: dificuldades que tornam a pessoa incapaz para desempenhar qualquer papel nessa área, se não for ajudado profissionalmente, ou conduzem a pessoa a um papel destrutivo, não existindo, no entanto, riscos para a sobrevivência.
(vi) Muito grave: défices e dificuldades de tal intensidade que colocam em risco a sobrevivência da pessoa.

Graus de gravidade das áreas d

- (i) Ausente
(ii) Ligeiro: correspondendo a ligeira rudeza, insociabilidade ou litigância
(iii) Manifesto: falar demasiado alto ou falar para os outros de uma forma demasiado familiar ou comer de forma socialmente inaceitável
(iv) Marcado: insultar os outros em público, partir ou destruir objectos, agir frequentemente de forma socialmente inapropriada mas não perigosa (ex. despir-se ou urinar em público)
(v) Grave: ameaças verbais frequentes ou agressões físicas frequentes, sem intenção ou possibilidade de ferimentos graves
(vi) Muito grave: delinção como actos agressivos frequentes, destinados a, ou susceptíveis de causar ferimentos graves

3. Avalie a frequência dos comportamentos perturbadores e agressivos (**área d**) durante o **mês anterior**.
Se o comportamento agressivo esteve presente apenas uma vez, mas em circunstâncias e/ou com uma história que convença o avaliador que não existe risco de recorrência no futuro próximo, o grau de gravidade poderá ser reduzido em um grau (ex. de grave para marcado).

PSP · Orientações para pontuação

4. Seleccionar intervalos de 10 pontos

A selecção dos intervalos de 10 pontos baseia-se nas quatro áreas principais:
(a) actividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo;
(b) relações pessoais e sociais;
(c) auto-cuidado;
(d) comportamento perturbador e agressivo.

100-91	Funcionamento excelente em todas as quatro áreas principais. Ele/ela é tido em alta consideração pelas suas boas qualidades, lida adequadamente com os problemas de vida, envolve-se num vasto leque de interesses e actividades
90-81	Bom funcionamento em todas as quatro áreas principais, presença apenas de problemas ou dificuldades comuns
80-71	Dificuldades ligeiras em uma ou mais das áreas a-c
70-61	Dificuldades manifestas, mas não marcadas em uma ou mais áreas a-c, ou dificuldades ligeiras em d
60-51	Dificuldades marcadas em uma das áreas a-c, ou dificuldades manifestas em d
50-41	Dificuldades marcadas em duas ou mais, ou dificuldades graves em uma das áreas a-c, com ou sem dificuldades manifestas em d
40-31	Dificuldades graves em uma e dificuldades marcadas em pelo menos uma das áreas a-c, ou dificuldades marcadas em d
30-21	Dificuldades graves em duas das áreas a-c, ou dificuldades graves em d, com ou sem défice nas áreas a-c
20-11	Dificuldades graves em todas as áreas a-d, ou muito graves em d, com ou sem défice nas áreas gerais a-c. Se a pessoa reage a solicitações externas, a pontuação sugerida é de 20-16; senão, a pontuação sugerida é de 15-11
10-1	Falta de autonomia no funcionamento básico com comportamentos extremos mas sem risco de sobrevivência (pontuação 6-10) ou com risco de sobrevivência, ex. risco de morte por malnutrição, desidratação, infecções, incapacidade para reconhecer situações de perigo manifesto (pontuação 1-5)

5. Faça ajustes dentro de intervalos de 10 pontos

O nível de funcionamento em outras áreas deve ser tido em consideração para ajustar a pontuação ao nível decimal (por exemplo, de 31 a 40), tal como:

- Cuidados de saúde físicos e psicológicos
- Alojamento, área de residência, cuidado pelo espaço habitacional
- Contribuição para as actividades domésticas, participação na vida familiar ou da residência/centro-dia
- Relações íntimas ou sexuais
- Cuidados às crianças
- Rede social, amigos e cuidadores
- Observância das regras sociais
- Interesses gerais
- Gestão financeira
- Utilização de transportes, telefone
- Capacidades de lidar com a crise

O comportamento ou risco de suicídio não são tidos em conta nesta escala.

6. Registe a pontuação final

PONTUAÇÃO

NOME DO DOENTE: _____

DATA: / / _____

ANEXO 4.

INSTRUMENTO ESSS

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfazam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

ANEXO 5.

AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES dos INSTRUMENTOS

Instrumento da Qualidade de Vida- WHOQOL-bref

Email da Prof. Doutora Sofia Gameiro

De: **Sofia Gameiro** <sgameiro@fpce.uc.pt>

Data: 13 de Fevereiro de 2012 15:35

Assunto: [WHOQOL-bref] Envio de material

Para: ritagoncalves.a@gmail.com

Cara Dra. Rita Carneiro,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
- manual de aplicação e cotação
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Sofia Gameiro

sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 COIMBRA

telf. 239 851450 / fax 239 851465

Instrumento do funcionamento social- PSP

Email da Professora Doutora Sofia Brissos

De: **sofiabrissos** <sofiabrissos@netcabo.pt>
Data: 20 de Fevereiro de 2012 07:49
Assunto: RE: PSP - Pedido de autorização.
Para: Rita Gonçalves <ritagoncalves.a@gmail.com>

Bom dia Rita,

A escala é de livre utilização, pelo que não necessita de qualquer autorização formal. As instruções para utilização são as que forneci durante o Workshop e que envio novamente em anexo.

Relativamente à Qualidade de Vida, tenho utilizado a WHOQOL, uma vez que está traduzida e validada para a população Portuguesa, além de ter uma versão longa (100 itens) e uma versão curta (26 itens). Só mede a opinião do doente, mas é uma variável importante, sobretudo nos doentes que não estão muito sintomáticos. Se precisar de mais alguma coisa é só dizer.

Bjinho e boa sorte,
Sofia

Instrumento da satisfação com o suporte social - ESSS

Email do Professor Doutor Pais-Ribeiro

De: **José Luis Pais Ribeiro** <jlpr@fpce.up.pt>
Data: 9 de Janeiro de 2012 09:31
Assunto: Re: ESSS- pedido de autorização
Para: Rita Gonçalves <ritagoncalves.a@gmail.com>

Autorizo a utilização da escala pedida

Mais informo que existe um manual da escala que está editado por uma editora de livros digitais (editora Placebo). custa cerca de três euros e tem mais informação do que os textos disponíveis, ou pelo menos mais arrumada. Uma vez pago pode fazer imediatamente o download para o seu computador

cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ANEXO 6.

CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto de Investigação: “O impacto do *setting* nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia”¹¹

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____
_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído(a).

Foi-me dada a oportunidade de questionar o que achei pertinente, obtendo respostas esclarecedoras.

Tomei conhecimento do estudo em questão, nomeadamente dos procedimentos e objetivos do estudo.

Foi-me assegurado que os dados decorrentes da aplicação dos instrumentos são totalmente anónimos e confidenciais. Fui também informado do direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso interfira com prejuízo na assistência prestada.

Declaro que recebi cópia da presente Declaração de Consentimento.

__/__/__

Data

Local

Assinatura do Participante

__/__/__

Data

Local

Assinatura do Investigador(a)

¹¹ Na altura da recolha dos dados, este tinha sido o título definido para o estudo, posteriormente o mesmo foi alterado para *Qualidade de Vida, Satisfação com o Suporte Social e o Funcionamento Social na esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados.*

ANEXO 7.

Valores do teste da normalidade (*Shapiro-Wilk*) da WHOQOL-bref do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado.

Para verificarmos se existem diferenças entre o contexto residencial (comunidade e internamento) procedeu-se ao teste da normalidade Shapiro-Wilk para a variável QV, onde o valor de p para todos os domínios foi superior a .05 ($p > .05$) (cf. Tabela 1). Por esse mesmo motivo, retermos a hipótese nula (H_0) que nos diz que, não se verificam diferenças significativas entre uma distribuição parametrizada e a distribuição da nossa variável. Nesta lógica, utilizamos o teste paramétrico *t student* para verificarmos se existem diferenças.

Tabela 1. Teste da normalidade (*Shapiro-Wilk*) na WHOQOL-bref em função do tipo de contexto residencial.

	Comunidade (n=15)		Internamento (n=15)	
	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>P</i>
Domínio 1:Físico	.848 (8)	.091	.901 (4)	.436
Domínio 2:Psicológico	.878 (8)	.180	.955 (4)	.748
Domínio 3:Relações Sociais	.919 (8)	.422	.878 (4)	.332
Domínio 4:Meio Ambiente	.884 (8)	.206	.989 (4)	.950
QV geral	.825 (8)	.052	.940 (4)	.653

ANEXO 8.

Valores do teste da normalidade (*Shapiro-Wilk*) da ESSS do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado

Na variável SSS, o valor de p para todos os domínios foi superior a .05 ($p > .05$) nos dois grupos à exceção do domínio Satisfação com a Família na Comunidade (cf. Tabela 1). No entanto basta um valor de p ser superior a .05 para retermos a hipótese nula (H_0) (não se verificam diferenças significativas entre uma distribuição parametrizada e a distribuição da nossa variável). Novamente foi utilizado o teste *t student*.

Tabela 1 . Teste da normalidade (*Shapiro-Wilk*) na ESSS em função do tipo de contexto residencial

	Comunidade (n=15)		Internamento (n=15)	
	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
Satisfação com os amigos (SA)	.915 (15)	.162	.922 (15)	.207
Intimidade (IN)	.930 (15)	.277	.939 (15)	.375
Satisfação com a família(SF)	.828 (15)	.009(*)	.972 (15)	.880
Atividades Sociais (AS)	.921 (15)	.199	.936 (15)	.333
Pontuação total	.984 (15)	.989	.963 (15)	.749

(*) $p \leq .05$

ANEXO 9.

Valores do teste da normalidade (*Shapiro-Wilk*) da PSP do grupo a viver na comunidade e do grupo institucionalizado

Nesta variável, o valor de p para a comunidade ($p=.145>.05$) e para o internamento ($p=.266>.05$) é superior a $.05$ (intervalo de confiança de 95%)(cf. tabela 1). Assim retemos a nossa H_0 . Assim como nas outras duas variáveis anteriores utilizamos o teste paramétrico (t *student*) para verificarmos se existem diferenças.

Tabela 1 . Teste da normalidade (*Shapiro-Wilk*) na PSP em função do tipo de contexto residencial.

	Comunidade (n=15)		Internamento (n=15)	
	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
PSP_pontuação total	.912 (15)	.145	.929 (15)	.266