

Tiago Alexandre Seixas Almeida



Esquizofrenia e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo entre participantes com e sem Terapia Ocupacional

**Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

Porto, 2013

Tiago Alexandre Seixas Almeida

Esquizofrenia e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo entre participantes com e sem Terapia Ocupacional

(Tiago Alexandre Seixas Almeida)

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Mestre Sónia Pimentel Alves.

Porto, 2013

Ao meu avô António Júlio de Almeida que partiu na fase final deste percurso académico, e a quem eu dedico todo este trabalho.

Agradecimentos

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa pelo fantástico suporte educativo e onde tanto aprendi, bem como ao Centro Hospitalar Conde Ferreira onde tão bem fui recebido e tanto aprendi e cresci como pessoa e como profissional.

Estou imensamente grato à minha orientadora, Mestre Sónia Pimentel Alves, que me disponibilizou preciosa orientação, preciosos valores, partilhou conhecimentos, disponibilizou sempre toda a atenção e cultivando uma imensa motivação na realização deste trabalho em todos os momentos deste percurso.

À Dr.^a Carla Pimentel pelo papel preponderante que desempenha junto destes doentes, por ser um exemplo de referência e por tudo que me ajudou.

Aos professores, que ao longo de um percurso de cinco anos, me transmitiram conhecimento e princípios de grande valor que servirão de base no futuro profissional.

À comissão de ética do CHCF por permitir a execução deste trabalho.

Aos meus colegas de estágio, Ricardo Gomes, Madalena Peres, Susana Aires, Cátia Alves e em especial à Sofia Trêpa pelo apoio e dedicação.

À minha família que sempre me apoiou nesta longa caminhada.

Aos meus amigos Daniel Costa, Paulina Moreira, Cláudio Lopez, Rogério Leal, Margarida Tavares e Ana Correia por todo o apoio e dedicação que demonstraram.

A todos os participantes do estudo residentes no CHCF.

Resumo

No presente estudo exploratório, pretende-se analisar a qualidade de vida e verificar de que forma a integração em atividades de Terapia Ocupacional pode interferir com essa qualidade de vida em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia institucionalizadas no Centro Hospitalar Conde Ferreira. Para tal, avaliamos a qualidade de vida de 31 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia recorrendo à versão portuguesa do instrumento da Organização Mundial de Saúde, WOQOL-Bref, e a um questionário sócio-demográfico e clínico construído para o efeito. Os resultados deste estudo indicam que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia inseridas em atividades de Terapia Ocupacional apresentam melhor qualidade de vida, do que as que não estão inseridas em qualquer atividade de TO, nomeadamente nos domínios geral e social.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Esquizofrenia, terapia ocupacional...

Abstract

In this exploratory research, is intended to analyze the quality of life and to verify how the integration activities in occupational therapy can interfere with the quality of life in those individuals with schizophrenia institutionalized at Centro Hospitalar Conde Ferreira. For such, we evaluated the quality of life of 31 individuals diagnosed with schizophrenia using the Portuguese version of the instrument of the World Health Organization, WOQOL-Bref, and a form about socio-demographic and clinical purpose built. The results of this study indicate that people with schizophrenia inserted in activities of Occupational Therapy have better quality of life than those who are not entered in any activity of TO in areas including general and social.

Keywords: Quality of Life, Schizophrenia, occupational therapy

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico.....	3
Capítulo I – Doença Mental.....	4
1.1 Conceito de Doença Mental.....	4
1.2. Esquizofrenia.....	8
1.2.1. Evolução histórica do Conceito.....	8
1.2.2. Esquizofrenia na atualidade.....	10
1.2.3. Fatores associados à Esquizofrenia.....	20
Capítulo II – Qualidade de Vida.....	21
2.1 Evolução do conceito de Qualidade de Vida.....	21
2.2 Qualidade de vida na Saúde Mental.....	24
Capítulo III- Esquizofrenia, Terapia Ocupacional e Qualidade de Vida.....	27
3.1. Terapia Ocupacional/ Saúde Ocupacional.....	27
3.2. Estudos de Esquizofrenia e Qualidade de Vida.....	30
Parte II – Estudo Empírico.....	33
Capítulo IV – Metodologia.....	33
4.1. Pertinência do estudo.....	33
4.2. Objetivos, Variáveis e Hipóteses.....	35
4.3. Procedimento.....	37
4.4. Caracterização dos instrumentos.....	40
4.4.1. WHOQOL-Bref.....	40
4.4.2. Questionário Sócio-demográfico e clínico.....	41
4.5 Caracterização da amostra.....	41
Capítulo V- Análise dos dados e interpretação dos resultados.....	44

5.1	Análise de Dados e interpretação dos resultados.....	44
	Conclusão.....	55
	Referências Bibliográficas.....	57
	Anexos.....	

Índice da Quadros

Quadro 1- Caracterização sócio-demográfica dos participantes.....	42
Quadro 2 - Caraterização da idade dos participantes.....	42
Quadro 3 - Caracterização clínica dos participantes.....	43
Quadro 4 - Medidas descritivas da participação em atividades de TO, dos participantes do estudo.....	43
Quadro 5 - Qualidade de Vida em participantes com e sem Terapia Ocupacional.....	46
Quadro 6 - Caraterização da Qualidade de Vida em função do número de horas de TO.....	48
Quadro 7 - Caracterização da Qualidade de Vida em função do número de anos de institucionalização.....	50
Quadro 8 - Caracterização da Qualidade de Vida em função do sexo.....	52
Quadro 9 - Caracterização da Qualidade de Vida em função da idade.....	54

Índice de anexos

Anexo 1- Instrumento WHOQOL-Bref

Anexo 2- Formulário WHOQOL

Anexo 3- Questionário sócio-demográfico

Anexo 4- Carta ao Sr. Presidente do conselho executivo do CHCF

Anexo 5- Carta à comissão de ética do CHCF

Anexo 6- Consentimento informado – Interditados

Anexo 7- Consentimento Informado - Inabilitados

Introdução

A Esquizofrenia é conhecida como uma das mais graves doenças mentais, pelo seu carácter crónico, evolutivo e incapacitante. É consensual que a esquizofrenia se caracteriza pela existência de sintomas positivos como delírios, alucinações, alterações do comportamento, afeto e pensamento, bem como anomalias motoras, e sintomas negativos como abulia, anedonia, apatia, embotamento afetivo, pobreza de discurso, e isolamento social. As funções executivas, a atenção sustentada e a memória de trabalho são também fortemente afetadas (Rocha, Queirós, Aguiar, Marques Horta, 2009).

A esquizofrenia afeta aproximadamente 1% da população mundial de ambos os sexos, embora seja mais prevalente no sexo masculino. Dada a sua natureza crónica, o carácter invalidante e a prevalência, é de esperar que esta doença tenha impacto significativo no que concerne à qualidade de vida.

Um melhor conhecimento da qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, permite uma melhor compreensão do impacto das perturbações no bem-estar geral das pessoas (Lehman, Ward & Linn, 1982).

Desta forma, o presente estudo surge da necessidade de perceber a importância que a Terapia Ocupacional pode ter na qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia, institucionalizados num Hospital Psiquiátrico. Posto isto, temos dois grupos distintos, os indivíduos que estão integrados em atividades de Terapia Ocupacional, e os indivíduos que não estão integrados em atividades de Terapia Ocupacional.

O presente estudo corresponde a uma investigação do tipo observacional-descritivo transversal, querendo isto dizer que não há intervenção do investigador, sendo os dados recolhidos de uma vez só. Este tipo de estudo recai num único grupo representativo da população (Ribeiro, 1999).

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte, corresponde à problemática teórica do tema, dentro da qual se inserem três capítulos: “Saúde Mental”; “Qualidade de Vida”; “Esquizofrenia e Qualidade de Vida”. A segunda parte remete à investigação empírica, contendo esta três capítulos, o método, a análise de dados e interpretações e, por último, a conclusão.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Doença Mental

1.1. Conceito de Doença Mental

São várias as definições que existem de Doença Mental, no entanto, em todas elas é consensual o facto de ser uma condição médica que afeta a forma como a pessoa pensa, o estado de humor, os sentimentos, a capacidade de se relacionar com os outros ou de conseguir gerir as exigências do quotidiano. Dentro da Doença Mental, destaca-se a Doença Mental Grave, da qual a esquizofrenia é um exemplo.

Existe ainda, muita discussão em torno do que pode ou não ser considerado uma doença mental grave ou não (Valiente, Vásquez, & Smith, 2009). No entanto, é consensual o facto de se tratar de uma condição médica que afeta forma como o individuo pensa, o estado de humor, os sentimentos, a capacidade de se relacionar com os outros ou de conseguir gerir as exigências do quotidiano, afetando pessoas de qualquer idade, religião ou estatuto social (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon; 2008).

A Doença Mental pode ser caracterizada pela presença de uma perturbação clinicamente significativa que está associada a défices graves no funcionamento cognitivo, social, familiar e ocupacional, comprometendo, assim, a capacidade de um indivíduo realizar tarefas do quotidiano, requerendo por norma, em alguns momentos da doença, períodos de hospitalização e administração de psicofármacos (American Psychiatric Association, APA, 2000).

Ainda que o senso comum associe o conceito de Doença Mental Grave à esquizofrenia, vista como a doença mental com maior impacto na vida da pessoa, a verdade é que não é a única doença mental a colocar enormes desafios a quem dela sofre. A título de exemplo, a perturbação esquizoafetiva, a depressão major e a perturbação bipolar provocam igualmente graves défices no funcionamento, um enorme sofrimento na pessoa doente e uma qualidade

de vida reduzida (Kopelowicz & Liberman, 2003). Relativamente ao segundo critério, os sintomas da DMG traduzem-se em experiências que provocam graves défices no funcionamento da pessoa, nomeadamente ao nível psicológico, social e ocupacional (APA, 2002). Por último, relativamente ao terceiro critério, a DMG tende a estar presente por um período de tempo significativo, na maioria dos casos durante anos (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon; 2008)

Nas culturas primitivas, mesmo antes do aparecimento da escrita, predominava uma conceção mágico-religiosa, onde o Homem encontrava a explicação para a loucura no sobrenatural. Assim, a doença mental era entendida como a influência de espíritos (Santos, 2001).

As civilizações egípcia, grega e romana, foram as criadoras base para uma compreensão global da doença mental, oscilando sempre entre o divino e a ciência. O povo egípcio, que possuía alguns conhecimentos de medicina, considerava a doença mental como uma combinação de causas sobrenaturais e naturais, cujo tratamento abrangia o domínio espiritual, psíquico e físico, interpretação de sonhos, hidroterapia, uso de amuletos e alguma farmacoterapia (Santos, 2001).

A civilização grega, dados os seus escassos conhecimentos da natureza humana, elaborava interpretações sobrenaturais das alterações de comportamento, em que as origens da loucura eram teológicas, bem como o processo da cura, que era feito através de cerimónias religiosas, realizadas em templos (Santos, 2001).

Hipócrates (460-377 a. C.), o pai da medicina, foi o primeiro a refutar a conceção mágico-religiosa da doença mental, conferindo-lhe então causas naturais. Na sua perspetiva, a doença mental resultava de uma alteração ou patologia cerebral (Espinosa, 1998).

A civilização romana, à semelhança da grega, foi apologeta de um tratamento humano para os indivíduos considerados loucos. Galeno (129-199 d. C.), o mais conceituado nome da

medicina romana, abordou a doença mental do ponto de vista neuroanatômico e neurofisiológico, defendendo que a origem estagia no cérebro (Rassi, 2001). Ao nível do tratamento, os romanos inovaram algumas modalidades, como a fisioterapia, a ludoterapia e as atividades de grupo (Cordeiro, 1987, cit. in Santos, 2001).

A queda do Império Romano, levou ao fim dos alicerces “médicos e humanitários”. A Igreja excluiu a psiquiatria da medicina, “demonizando” a doença mental. Esta conceção da doença mental predominou durante a idade média e o tratamento das pessoas tidas como possuídas por espíritos malignos era da responsabilidade do clérigo, através de exorcismos e rituais religiosos. No caso dos espíritos e demónios mais resistentes, levavam a que os indivíduos chegassem a ser submersos em água a ferver, acorrentados, torturados e privados de comida (Stewart, 1975, cit. in Gleitman, 1993).

Neto, Gauer e Furtado (2003) referem também que a sociedade mantinha com o doente mental uma relação ambígua. Em algumas civilizações, o doente mental era considerado um mensageiro divino, enquanto outros eram vistos como possuídos por espíritos maquiavélicos.

O sociologista Auguste Comte (1798-1857) dedicou-se sempre ao estudo das consequências sociais das perturbações mentais, refletindo sobre as características da loucura. Nesta altura, o louco era visto como possuindo um pensamento desligado da realidade, com um pensamento egoísta e à parte dos interesses da sociedade (Amaro, 2005).

Foucault (1972) descobriu, ao longo da sua pesquisa, que foi numa época recente que o ocidente concedeu à loucura um estatuto de doença mental. Até há pouco tempo, o “louco” era visto como um “possuído”, um doente ignorado, preso a significados mágicos e religiosos. Assim, os hospitais da idade média, tinham na sua grande maioria, leitos reservados aos loucos, onde havia jaulas para conter os furiosos.

Os primeiros quadros psiquiátricos respeitantes a uma deterioração global das funções mentais foram publicados a partir do século XIX por Haslam (1810), Hecker (1871) e Kalhbaum (1874) (Alvarenga & Andrade, 2008).

1.2. Esquizofrenia

1.2.1. Evolução histórica do conceito

Segundo Sadock e Sadock (2007), a vastidão do problema clínico da Esquizofrenia, despertou a atenção de várias figuras importantes da psiquiatria ao longo da história, com especial destaque para Emil Kraeplin (1856-1926) e Eugen Bleuler (1857-1939). Anteriormente, um psiquiatra francês, Benedict Morel (1809-1873), utilizara o termo *démence precoce* para caracterizar indivíduos cuja doença havia começado na adolescência. Ewald Hecker, deu especial importância ao comportamento bizarro que pessoas com hebefrenia manifestavam (Sadock & Sadock; 2007).

Emil Kraeplin, verificou que os pacientes com *dementia praecox*, tradução que havia feito à *démence precoce* de Benedict Morel, tinham um percurso de deterioração a longo prazo, bem como sintomas clínicos comuns como alucinações e delírios. Kraeplin descreveu a demência precoce como uma doença única, que poderia apresentar três formas clínicas: a hebefrênica, a catatônica e a paranoide (Sadock & Sadock, 2007).

A forma hebefrênica foi descrita como uma psicose pós-pubertária caracterizada por fenômenos hoje considerados regressivos: infantilidade, passividade e desagregação da personalidade. Ewald Hecker (1843-1909) já havia descrito a parafrenia Hebética, em 1871, tratando-se de uma doença mental que evoluía para um estado de fraqueza psíquica (Sadock & Sadock, 2007).

A forma catatônica, tinha já sido descrita por Kahlbaum, caracterizada por estados depressivos que evoluíam para estados catatônicos, levando à demência terminal (Sadock & Sadock, 2007).

A forma paranoide ou delirante, foi caracterizada por uma grande atividade alucinatória, delírios e alucinações (Sadock & Sadock, 2007).

Eugen Bleuler desenvolveu o termo esquizofrenia, de forma a substituir o termo “demência precoce” de Kraepelin. Este autor determinou um importante cruzamento da psiquiatria clássica com a psicanálise, onde é notória a influência das ideias de Freud. Juntamente com Jung, Bleuler aproveitou as noções de libido e de inconsciente de Freud, atribuindo assim importância ao papel da afetividade no funcionamento psíquico. Posto isto, Bleuler apresentou a noção de complexo afetivo como fator regulador do funcionamento do pensamento e das ações de um indivíduo. Bleuler entende, assim, que a esquizofrenia corresponde sobretudo à dissociação das funções psíquicas, caracterizada pela perturbação das associações do pensamento e da afetividade, não descartando a possibilidade de uma causalidade orgânica (Generoso, 2008).

Bleuler, (1911, cit in Generoso, 2008) desenvolveu o termo “esquizofrenia”, procurando organizar uma hierarquização de alguns sintomas que considerava fundamentais, obtendo assim “os quatro As de Bleuler” onde se encontravam o Autismo, a Ambivalência, o Afeto e as Associações. Este autor verificou ainda que os delírios e as alucinações, apresentavam evoluções variáveis, com períodos de ausência intercalados com fases de agravamento, e por isso classificou-os como acessórios (Alvarenga & Andrade, 2008).

No entender de Fonseca (1987), a esquizofrenia constitui um dos grupos de psicoses ditas “endógenas”, entendidas como o conjunto de todas as causas e todas as disposições de natureza interna que se mostravam suscetíveis a dar origem a doenças psíquicas. Segundo este mesmo autor, foi também Kraepelin o primeiro autor a atribuir a designação científica do mesmo, apesar de Willis se ter referido à doença no século XVII, bem como Pinel e Esquirol descrevendo-a como “estupidez”, “idiotas acidentais” ou “idiotas adquiridos”.

1.2.2. Esquizofrenia na Atualidade

A esquizofrenia, inserida no grupo das psicoses, caracteriza-se pela presença dos chamados sintomas positivos, tais como a inserção, a transmissão, o eco e roubo do pensamento, as alucinações, os delírios de influência, de referência e paranoides; bem como pela presença de sintomas negativos que incluem, normalmente, embotamento afetivo, alogia, apatia ou abulia e anedonia (Mota Cardoso, 2002). Se por um lado, em termos de intervenção, os sintomas positivos respondem melhor ao tratamento farmacológico, tal já não se verifica nos sintomas negativos da perturbação, os quais impõem grandes desafios à praxis terapêutica e consequências ao nível das relações interpessoais, nomeadamente com os familiares (Campos, 2008). De acordo com Marques-Teixeira (2002), o diagnóstico desta perturbação baseia-se em cinco grandes categorias: sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas afetivos, sintomas cognitivos e desorganização. A complexidade destes sintomas ao nível da afetividade, cognição e comportamento da pessoa com esquizofrenia conduzem ao comprometimento de faculdades no seu funcionamento social, afetivo, cognitivo e ocupacional (Afonso, 2002) colocando, assim, enormes desafios a quem dela sofre.

O estágio de desenvolvimento considerado como mais vulnerável ao aparecimento dos primeiros sinais sintomatológicos da doença tende a ser a adolescência ou início da idade adulta sendo que, em termos evolutivos, normalmente está associado um carácter crónico à perturbação (Awad & Voruganti, 2008).

No entender de Roder, Zorn, Brenner e Muller (2008), a esquizofrenia não é exclusiva a nenhuma raça, cultura ou classe socioeconómica.

A esquizofrenia é considerada uma das mais severas perturbações mentais. Além do sofrimento provocado às pessoas com esta perturbação, uma vez que estes indivíduos manifestam dificuldades em terminar estudos ou em manter um emprego, têm grandes dificuldades ao nível de integração social. O indivíduo esquizofrénico, bem como os seus

familiares, são ainda muitas vezes alvo de estigmatização e discriminação social (Amaro, 2005).

De acordo com a World Health Organization – WHO (2001), cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de problemas mentais, resultantes de fatores genéticos e ambientais. Estes transtornos mentais representam cinco das dez principais causas de morbidade no mundo.

A esquizofrenia é considerada a mais severa das doenças psiquiátricas, apresentando uma incidência de 0,5 a 1% na população mundial. Os prejuízos cognitivos afetam funções como a atenção, a memória e o funcionamento intelectual geral (Wong & Van Tol, 2003).

Em Portugal, a esquizofrenia é uma das perturbações psiquiátricas mais predominantes, sendo a sua prevalência estimada entre 0,6% a 1% ou, dito por outras palavras, estima-se que afete entre 60 mil a 100 mil portugueses (Palha, 2006).

Os autores Pereira e Guimarães (2008), referem que ao contrário de distúrbios das funções motoras e cognitivas, que podem ser detetados precocemente, os sintomas clínicos da esquizofrenia aparecem geralmente entre os 15 e os 25 anos de idade no homem e cerca de 5 anos mais tarde na mulher.

Atualmente, os cuidados psiquiátricos praticados em serviços hospitalares e na comunidade em geral levaram a uma mudança na conceção do tratamento, uma vez que este se reduzia apenas ao diagnóstico psiquiátrico e à redução da sintomatologia dos mesmos. Há cada vez mais preocupação com a reabilitação psicossocial dos pacientes psiquiátricos (Priebe, 2007).

Uma das características fulcrais da conceptualização atual da esquizofrenia, são as alterações do funcionamento do sistema neuro cognitivo, tornadas evidentes desde as descrições iniciais de Kraepelin, uma vez que este considerou que os seus doentes progrediam para um estado de deterioração mental generalizado. Atualmente, sabe-se que o defeito

cognitivo se alastra a funções neuro psicológicas como a atenção, a memória, a aprendizagem, a velocidade e o processamento da linguagem, bem como do raciocínio (Aguiar, Horta, Marques, Queirós & Rocha, 2009).

De acordo com Sharma e Antonova (2003), o déficit cognitivo causado pela esquizofrenia é geralmente estável ao longo do tempo, não dependendo da presença de sintomas positivos ou negativos, pois é característico da doença. Desta forma, quando se procura a reabilitação dos doentes é fundamental tentar compreender estes défices bem como os efeitos que os mesmos podem ter no quotidiano destes indivíduos.

Sadock e Sadock (2007) descrevem a esquizofrenia como um transtorno mental, caracterizado por uma desorganização de vários processos mentais, levando por isso o individuo a manifestar vários sintomas. Estes sintomas, variando de caso para caso, encontram-se entre alucinações, delírios, expressão verbal desorganizada, afecto inapropriado, comportamento desorganizado, défices cognitivos e função psicossocial lesada.

Os critérios mais utilizados para uniformizar a esquizofrenia estão descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística da American Psychiatric Association of Mental Disorders, versão DSM-IV-TR, e Classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, o CID-10. Os critérios referidos na CID-10 são mais utilizados em países europeus, enquanto os critérios do DSM-IV são mais requeridos na América e nos restantes continentes.

De acordo com a quarta edição revista do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o diagnóstico de esquizofrenia requer essencialmente três critérios:

1- Sintomas caraterísticos: dois ou mais dos seguintes sintomas por um período mínimo de um mês, a menos que tenham sido tratados com êxito

- Delírios

- Alucinações
- Discurso desorganizado
- Comportamento desorganizado ou catatônico
- Sintomas negativos, como o embotamento afetivo (falta de expressão facial e contato ocular), alogia (discurso pobre) e avolição (dificuldade em iniciar ou manter uma atividade).

2- Disfunção social/ocupacional: as relações interpessoais e o autocuidado são significativamente afetados desde o início da perturbação.

3- Duração: os sinais característicos devem persistir por um período mínimo de 6 meses, incluindo pelo menos um mês de sintomas correspondente ao primeiro critério (DSM-IV-TR, 2002).

Além destes 3 critérios, para o diagnóstico de esquizofrenia, deve-se ainda atender à exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou de Humor, exclusão de Perturbação provocada por Substâncias e por último a relação com uma Perturbação Global de Desenvolvimento, como a Perturbação Autística, por exemplo, ou outra Perturbação Global de Desenvolvimento (DSM-IV-TR, 2002).

O DSM-IV-TR (2002), divide ainda a esquizofrenia em subtipos: tipo catatônico; tipo desorganizado; tipo paranoide; tipo indiferenciado; tipo residual. O tipo catatônico é caracterizado por, além da presença de outros sintomas, sinais predominantes de catatonia. O tipo desorganizado é caracterizado por permanência de discurso e comportamento desorganizado e inapropriado, bem como o embotamento. O tipo paranoide é utilizado para descrever a preocupação elevada com ideias delirantes ou alucinações frequentes. O tipo indiferenciado, é um termo utilizado para descrever aqueles que cumprem os critérios, mas não manifestam comportamento catatônico, desorganizado ou paranoide. O tipo residual diz

respeito a situações em que se verifica a presença da perturbação, mas não se evidenciam sintomas.

A CID-10 (2004) caracteriza essencialmente a esquizofrenia por distorções de pensamento e de percepção, embotamento afetivo e afetos inapropriados.

A esquizofrenia paranoide, classificada em F20.0, é caracterizada por ideias delirantes estáveis, ideias de perseguição, alucinações auditivas, perturbação de afeto, perturbação da linguagem, ausência vontade e catatonia CID-10 (2004).

A esquizofrenia hebefrénica F20.1, é assinalada pela presença de perturbações de afeto, ideias delirantes, alucinações rápidas e fragmentadas, comportamento imprevisível, afeto inapropriado, pensamento e discurso desorganizado, isolamento social, desenvolvimento fugaz de sintomas negativos, embotamento afetivo e perda de volição. O diagnóstico deste tipo de esquizofrenia é geralmente realizado na adolescência ou no início da idade adulta CID-10 (2004).

A esquizofrenia catatónica F20.2, é dominada por distúrbios psicomotores que podem alternar entre hipercinesia e estupor, ou entre submissão e o negativismo. As posturas e atitudes sugeridas a praticar são forçados por longos períodos de tempo. O fenómeno catatónico pode estar combinado com um estado oniróide com alucinações cénicas vividas CID-10 (2004).

A esquizofrenia indiferenciada F20.3, é caracterizada por afeções psicóticas que preenchem os critérios gerais para a esquizofrenia mas que não correspondem a nenhum dos subtipos descritos anteriormente, podendo apresentar sintomas de mais do que um tipo, sem predominância clara de determinadas características CID-10 (2004).

A Esquizofrenia do tipo residual F20.5 é assinalada pela presença de sintomas negativos, embora estes não sejam necessariamente irreversíveis. Assim são apresentados sintomas como lentidão psicomotora, hipoatividade, embotamento afetivo, passividade e falta de

iniciativa, discurso pobre, fraca comunicação não-verbal, falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre CID-10 (2004).

Amaro (2005), distingue a Esquizofrenia mediante as três principais correntes psicológicas. Assim sendo, e segundo o autor, na abordagem cognitivo-comportamental, as suspeitas têm recaído sobre alguns processos mentais do indivíduo, como a atenção, o pensamento, a linguagem, o processamento da informação e a aprendizagem. Esta abordagem baseia-se em estudos experimentais, bem como em observações através do comportamento observável e da avaliação do desempenho em indivíduos com esquizofrenia. O comportamento anormal destes indivíduos resulta então dos problemas de conteúdo cognitivo, como o pensamento ou de ruturas nos processos do próprio pensamento (Holmes, 2001).

Na abordagem humanista-existencialista-fenomenológica, atualmente considerada a terceira força dentro das escolas psicológicas, o conceito chave desta corrente é a auto-realização, ou seja o facto de o indivíduo conseguir atingir todo o seu potencial. Os autores que integram esta corrente, consideram que os modelos clássicos da psicopatologia não são adequados à esquizofrenia, uma vez que não têm em conta a experiência de vida do indivíduo (Amaro, 2005). A esquizofrenia, aos olhos deste paradigma, resulta da discrepância entre o que o indivíduo deseja ser e as suas potencialidades, bem como o autoconceito que traduz a sua visão interior de quem é, e a maneira como as pessoas o tratam e o mundo exterior o vê, levando a que o indivíduo não consiga expor as suas verdadeiras intensões (Amaro, 2005). Na abordagem humanista, o comportamento anormal destes indivíduos é consequência de escolhas conscientes, mediante a percepção pessoal da situação, singular portanto para cada indivíduo (Holmes, 2001).

A abordagem psicanalítica tem por base os primeiros textos de Freud, onde este apresenta a atividade alucinatória e delirante como consequência da rejeição de ideias, por parte do

Ego. A primeira associação da teoria da libido à esquizofrenia foi feita em 1914 por Freud, no seu artigo sobre o narcisismo. Para este, a característica crucial da esquizofrenia estava no relacionamento do indivíduo com outras pessoas, em que este se mostrava desinteressado e distante. Esta situação foi interpretada por Freud como se tratando de um desinvestimento de energia psíquica. As alucinações e delírios são interpretados como uma tentativa de estabelecer contacto com o mundo (Amaro, 2005). O estudo da infância, da cultura e da sociedade, são fatores decisivos para a compreensão do inconsciente. O papel da mãe e do pai nos primeiros anos de vida da criança influenciam fortemente o desenvolvimento psíquico da criança (Amaro, 2005). Para Holmes (2001), numa visão psicanalítica, os comportamentos anormais têm por base conflitos intrapsíquicos.

Bergeret, numa abordagem psicodinâmica, descreve a estrutura psicótica, na qual se insere a esquizofrenia, essencialmente por frustrações bastante precoces que ocorreram durante a fase oral ou anal de rejeição. Perante este cenário, o sujeito apresenta dificuldades para se conseguir diferenciar da mãe, o que representa uma falha no narcisismo primário, dando-se um impedimento de que o indivíduo tenha uma verdadeira relação objetal de modo genital e o ego não se sentirá completo, encontrando-se fragmentado. Logo, é de salientar que na estrutura psicótica, a relação de objeto verdadeira não se vislumbra, pois é fusional. O superego não se organiza, o ego não é completo, mas sim fragmentado. A angústia presente no psicótico diz respeito à angústia de fragmentação (Bergeret, 2003). No psicótico, há uma inaptidão em distanciar-se no aspeto imaginário e simbólico, o que deixa espaço para sistemas equivalentes de expressão direta das pulsões. Assim, na psicose, poder-se-ia afirmar que já não há “personagem” nem “mundo”: há uma fusão do todo ou um funcionamento de fragmentos clivados. No que diz respeito à sintomatologia psicótica, é de notar que se caracteriza, principalmente, pelas alterações ao nível do pensamento e da afetividade e, conseqüentemente, todo o comportamento e toda a performance existencial do sujeito

encontra-se severamente comprometido. O processo psicótico impõe ao paciente uma maneira patológica de representar a realidade, de elaborar conceitos e de relacionar-se com o mundo objetal (Bergeret,2003; Bergeret,2004). Os principais mecanismos de defesa do sujeito psicótico são a projeção, a recusa da realidade, a clivagem do ego e a identificação projetiva. A projeção consiste em atribuir ao outro um desejo que não quer ser reconhecido como seu. A clivagem consiste em rejeitar para o exterior os objetos considerados maus e conservar apenas um objeto considerado bom. A recusa da realidade, permite que o sujeito não descompense e, assim, não exprima a sua essência estruturante. A identificação projetiva traduz-se pela necessidade de controlar o outro. Tem como propósito a externalização de aspetos agressivos e maus de si mesmo, que o indivíduo não tolera, originando objetos vingativos e perigosos dos quais precisa de se defender. Importa, ainda, referir que estes mecanismos de defesa estão na base dos fenómenos de despersonalização e consequente desrealização (Bregeres, 2004).

A estrutura esquizofrénica, segundo Rui loba (1999), leva a sintomas como Audição do pensamento, alucinações auditivas, alucinações somáticas, sensação de ter os pensamentos controlados, irradiação de pensamentos, sensação de ter o comportamento controlado.

Os delírios podem surgir como interpretação errada da realidade, delírios de perseguição, delírios de referência ao perceberem que todos se referem ao sujeito (na rádio, televisão, etc.) (Ruiloba, 1999).

A esquizofrenia do tipo simples é caracterizada por uma acentuada de teorização da afetividade, uma demenciação progressiva, vacuidade intelectual, perda de relacionamentos sociais, afetivos e familiares. O tipo hebefrénico, é caracterizado por um discurso e comportamento desorganizado, é a forma mais precoce da esquizofrenia, leva à mesma alteração afetiva que o tipo simples, leva á perda de capacidade em planear o futuro, levando assim a que vivam sem objetivos. O tipo paranoide, é o que se manifesta mais tardiamente,

detêm o registo de suicídios associado, os delírios e alucinações estão igualmente presentes se bem que os delírios são bem organizados, geralmente verificam-se indivíduos reservados e desconfiados, podendo manifestar comportamentos agressivos, mantêm um comportamento e discurso organizado e detêm uma sintomatologia depressiva associada. A esquizofrenia catatónica é caracterizada por uma atividade motora excessiva, posturas inadequadas ou bizarras bem como catatonia frequente (rígida contração muscular do tronco e membros, provocando o desaparecimento total do comportamento motor) (Ruiloba, 1999).

Maj e Sartorius (2005), referem que os sintomas característicos da esquizofrenia são as alucinações e os delírios, perturbações de pensamento e da fala, transtornos das emoções e afeto, défices cognitivos e avolição.

Bleuler agrupou os sintomas em categorias distintas, um discriminativo e outro etiopatogénico. A primeira faz distinção entre sintomas fundamentais e acessórios. Os sintomas fundamentais estão presentes em todos os casos durante todo tempo, correspondendo a perturbações de associação e afeto, ambivalência e autismo (os quatro As). Os restantes sintomas presentes na esquizofrenia são sintomas acessórios, que incluem alucinações, delírios, catatonia e problemas de comportamento. Estes últimos podem estar ausentes durante longos momentos da doença (Maj & Santorius, 2005).

Atualmente, verifica-se que vários autores classificam os sintomas da esquizofrenia em “positivos” e “negativos”. Nos sintomas “positivos”, constam alucinações e delírios, enquanto nos sintomas “negativos” se encontram a avolição, o afeto inapropriado, ideação suicida e disfunção cognitiva. Os sintomas ditos “negativos”, são os mais nocivos no funcionamento psicossocial. (Monteiro & Louzã, 2007; Silva, 2006; WHO, 2001).

Barlow e Durand (2006) clarificaram os sintomas negativos da esquizofrenia. Deste modo descreveram a apatia como incapacidade de iniciar e continuar uma conversa. A alogia como a ausência ou a lentificação de respostas bem como respostas muito breves e de pobre

conteúdo. A anedonia como falta de prazer nas atividades (como a alimentação, higiene pessoal, interação social e nas relações sexuais). O embotamento afetivo que consiste em dificuldades em demonstrar reações emocionais, bem como um discurso monocórdico. A Pobreza no discurso consiste numa comunicação pouco espontânea e limitada, assim como um reduzido número de temas e assuntos, levando a que esteja longos períodos de tempo sem falar. O isolamento social, verifica-se pela participação reduzida em relações interpessoais e consequente isolamento. Os défices de atenção, englobam a dificuldade de concentração e de memória.

Mota-Cardoso (2002), refere que o doente esquizofrénico atravessa “experiências não habituais”, que não podem ser vistos como exageros ou acréscimos de sentimentos familiares.

A esquizofrenia é apelante, e em cada crise aumenta a incapacidade crónica até atingir um determinado nível. Muitas vezes, como resultado final, acaba por ser atingido a excentricidade, a inadaptação social, ou a invalidez crónica, levando frequentemente a períodos de hospitalização prolongados (Mota-Cardoso, 2002). Segundo o mesmo autor, o desenvolvimento da doença pode ser mediado por tratamentos e os seus efeitos sociais modificados mediante a orientação profissional.

1.2.3. Fatores associados à esquizofrenia

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a exposição pré-natal a uma gripe, a falta de nutrição bem como complicações obstétricas e infecções do sistema nervoso central, poderão estar na base do desenvolvimento de esquizofrenia.

Giacon (2006) salienta alguns fatores associados à predisposição de um indivíduo para o desenvolvimento da esquizofrenia, fatores biológicos, associados à genética ou a alguma anormalidade cerebral, bem como uma deficiência nos neurotransmissores, e os fatores Psicossociais, que envolvem o relacionamento e a interação do indivíduo com o meio social onde está inserido.

Ruiloba (2003) considera também, a existência de uma predisposição ambiental nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, verificando através de um grupo de controle entre crianças com pais adotivos e crianças com pais biológicos, concluindo que as variáveis parentais não representam um papel fundamental nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Por outro lado, Reis (200) assume a família como uma influência fulcral no desenvolvimento de uma patologia.

Zipursky e Schulz (2003), salientam que os fatores biológicos da esquizofrenia, estão associados à genética dos indivíduos, às lesões ou deficiências nas estruturas cerebrais ou em neurotransmissores. Os fatores psicossociais estão relacionados com a interação com o meio e o ambiente social.

Segundo Mota-Cardoso (2002) não existem mostras de que os fatores psicossociais possam levar à esquizofrenia, à exceção dos indivíduos que já estejam em situação de risco.

Afonso (2010) defende uma etiologia multifatorial para a esquizofrenia, englobando a hipótese genética, a hipótese associada aos neurotransmissores, a hipótese viral, a hipótese associada ao neuro desenvolvimento e hipóteses familiares.

Capítulo II- Qualidade de vida

2.1. Evolução do conceito da Qualidade de Vida

Atualmente, como se pode verificar na investigação científica, não existe uma definição conceptual da qualidade de vida, uma vez que esta é diversas vezes mal interpretada e confundida com outros parâmetros, como a satisfação com a vida, felicidade e bem-estar subjetivo. O conceito é utilizado em diversas áreas diferentes como a economia, a educação, a enfermagem, a sociologia, a psicologia, etc.

O conceito de qualidade de vida é complexo, ambíguo, difere de época para época, de cultura para cultura, de individuo para individuo, e até no mesmo individuo pode variar com o tempo, o que hoje é uma boa qualidade de vida pode não ter sido ontem ou não ser daqui a algum tempo (Ribeiro, 2009).

O termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por volta de 1920, associado ao bem-estar das pessoas e à melhoria de condições de trabalho de forma a transmitir melhor qualidade de vida às pessoas (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). No entanto, para Fleck; Leal; Louzada; Xavier; Chanchamovich; Vieira; Santos & Pinzon (1999), o conceito de qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao referir que os objetivos não deviam ser medidos através do capital dos Bancos, mas sim através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Segundo Meeberg (1993), o conceito qualidade de vida começou a ser mais vezes empregue após a Segunda Guerra Mundial. Esse desenvolvimento pós-guerra, levou a que a população criasse maiores expectativas ao nível da realização pessoal, felicidade e bem-estar.

Qualidade de vida, bem-estar subjetivo, felicidade e satisfação com a vida, são, no entender de Ribeiro (2009) conceitos semelhantes que se referem à boa vida em geral.

Segundo Meneses (2005), inicialmente este conceito era aplicado a indivíduos que não tinham doenças, generalizando-se mais tarde a situações clínicas, dando assim origem ao termo QVRS (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), descreve a qualidade de vida como a percepção que um indivíduo tem face à sua posição na vida, ao contexto cultural, de acordo com os seus valores, objetivos, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995). Para Fleck et al (1999), trata-se de um conceito multidimensional e abrangente, uma vez que inclui domínios físicos, psicológicos, relacionamentos sociais, crenças pessoais e religiosas bem como as características do meio.

Para o WHOQOL Group (1995), existem três aspetos fundamentais à conceptualização da qualidade de vida: a subjetividade, ou seja a perspetiva do indivíduo; a multidimensionalidade, isto é as dimensões ou categorias em que a qualidade de vida está dividida, como os domínios atrás referidos; a presença de dimensões positiva e negativas, ou seja, a presença de alguns sentimentos (positivos) e a ausência de outros (dor, tristeza).

Para Soares (2006), Qualidade de Vida, é um conceito subjetivo, cultural e individual, que se foi moldando à sociedade e aos respetivos valores. O que é considerado hoje uma boa qualidade de vida pode não o ser amanhã ou não ter sido ontem.

Souza e Coutinho (2006) descrevem a qualidade de vida como um nível de atividade funcional de determinada pessoa, englobando o bem-estar e satisfação, as condições de cotidiano como emprego, família e lazer, bem como o bem-estar relacionado com a saúde.

No entender de Calman (1987, cit. in Fleck et al.,2008), uma boa qualidade de vida, existe quando as expectativas e esperanças de um indivíduo estão satisfeitas. Contudo a definição de qualidade de vida tem algumas implicações: pode apenas ser descrita pelo próprio indivíduo; tem em conta vários aspetos da experiência vivida; varia com os objetivos de cada pessoa; a melhoria ocorre com o cumprimento dos objetivos; os objetivos necessitam de ser realistas,

pois o hiato (momento entre a expectativa e a realização de algum objetivo) é a força motora de alguns indivíduos.

As medidas tradicionais que têm por base a avaliação clínica das pessoas, acabam por avaliar mais a doença do que o doente. Em situações de doença crónica em que o objetivo é a redução do impacto da doença na vida do doente em vez da própria cura, é importante que haja instrumentos capazes de avaliar a forma como os doentes vivem com a doença, daí o conceito de qualidade de vida (Fleck et al.,2008).

Ribeiro (1994), salienta a importância da avaliação da Qualidade de Vida, sendo esta inicialmente avaliada à base de pareceres de peritos e indicadores “objetivos”.

Felce e Perry (1995), encaram o conceito de qualidade de vida como um fenómeno material e psicológico, pois abrange avaliações subjetivas de bem-estar físico geral, material, social e emocional, juntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e valores pessoais.

Cabral (1992), numa visão mais materialista, defende que o que é considerado boa qualidade de vida numa determinada época, vai-se modificando à medida que a ciência e a tecnologia evoluem, a saúde e a habitação se desenvolvem, o poder de compra melhora. Desta forma, o que era considerado boa qualidade de vida há uns anos, pode já não o ser atualmente.

Na perspetiva psicológica, segundo o WHOQOL Goup, Qualidade de Vida é, autoestima e respeito pelo seu conforme, é saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, saber aproveitar os momentos de felicidade, saber lidar com as relações sociais, saber lidar com as expectativas em relação ao futuro, ajudar e ser fiel a si próprio (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL] GROUP, 1998).

2.2 Qualidade de Vida na Saúde Mental

Em contexto de saúde, um maior conhecimento da qualidade de vida dos pacientes pode ajudar na percepção do impacto das doenças bem como uma melhor contribuição para o seu bem-estar geral. Em situações de doença crónica, a qualidade de vida mostra-se ainda mais relevante, uma vez que a doença não tem tratamento (Lehman, Ward & Linn, 1982).

No entender de Bowling (1994), a preocupação com a qualidade de vida de pessoas com doenças mentais, tem desencadeado várias discussões com a reforma de saúde mental, uma vez que existem tentativas de desinstitucionalizar as pessoas com doenças mentais.

Os indivíduos com diagnóstico de uma perturbação grave como a esquizofrenia, podem apresentar, segundo Souza e Coutinho (2006), uma qualidade de vida superior às pessoas saudáveis, uma vez que estas últimas tendem em apresentar expectativas demasiado altas.

Por outro lado, a investigação aponta uma qualidade de vida superior (ainda que não seja em todos os domínios) à população com diagnóstico de esquizofrenia, inseridos na comunidade, comparativamente aos indivíduos institucionalizados (Castro-Henriques et al., 2006)

Nesse contexto está subjacente a importância da qualidade de vida, uma vez que é possível avaliar o impacto que a doença tem no quotidiano de um indivíduo. Ao verificar a percepção de um indivíduo face a si próprio e aos prejuízos que a doença lhe causa, torna-se mais fácil intervir sob uma perspetiva biopsicossocial, complementando assim a simples redução de sintomas (Heslegrave, Awad & Voruganti, 1997).

Os doentes com esquizofrenia que vivem na comunidade, quando comparados com indivíduos saudáveis, têm necessidades adicionais, que levam ao prolongamento do período de internamento e tratamento especializado. Estes indivíduos estão submetidos a diversas formas de preconceito e ao estigma associado à esquizofrenia. A estes fatores estão muitas vezes associados competências sociais e cognitivas limitadas, bem como ambientes

desadequados. Estes fatores podem contribuir para as dificuldades que estes indivíduos têm em usufruir de uma qualidade de vida adequada (Katsching, 2000).

Couvreur (1999) afirma que qualquer que seja a doença, a partir do momento que é diagnosticada, provoca alterações na qualidade de vida do indivíduo, devido à carga emocional que a mesma provoca.

O conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde (QVRS) tem evoluído, passando a ter em conta a percepção que o indivíduo tem perante a doença, o tratamento e os respetivos efeitos (Sobrinho et al.,2001).

Caballo (2006) defende que não é possível estabelecer os mesmos parâmetros de qualidade de vida na população em geral, uma vez que este conceito está vinculado a conceitos como felicidade, bem-estar geral, expectativas, sentimentos e valores.

A elaboração de instrumentos de avaliação da qualidade de vida atravessou por diversas fases: a clarificação e uniformização do conceito através de investigadores oriundos de diferentes culturas; estudos qualitativos em 15 cidades de 14 países focando o grupo com situações mais críticas, indivíduos da população em geral e profissionais de saúde, bem como o desenvolvimento de trabalho de campo para averiguações de fiabilidade, análise fatorial, validade de constructo e validade discriminante (Canavarro e Serra, 2010).

Na perspetiva de Oliver, Huxley, Bridges e Mohamed (1996), a recente atenção dada à qualidade de vida em contexto psiquiátrico, deve-se ao encerramento de hospitais psiquiátricos tradicionais e aos processos de desinstitucionalização dos doentes. Estes dois fatores são determinantes na qualidade de vida dos doentes, uma vez que existem objetivos de reintegração destes doentes na sociedade.

Souza & Coutinho (2006) referem que, o foco da investigação tem-se direcionado para a avaliação da qualidade dos serviços comunitários que visam a substituição dos Hospitais Psiquiátricos, a reinserção social e a qualidade de vida dos utentes, uma vez que a a falta de

estruturas e serviços na comunidade, pode estar por detrás da deterioração da qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia.

A principal forma de avaliar a qualidade de vida é através de escalas ou questionários. As escalas podem ser globais, multidimensionais, genéricas ou específicas para uma determinada doença. No que concerne á administração, estas podem ser autoadministradas ou administradas por um entrevistador (Heslegrave, et al., 1997).

Um aspeto essencial na investigação acerca da qualidade de vida é a satisfação com o trabalho. Os indivíduos que estão envolvidos em algum tipo de atividade profissional, mostram-se geralmente mais satisfeitos consigo mesmo. Esta relação verifica-se na população em geral e em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e outras doenças mentais. A participação em atividades ocupacionais, permite que haja uma distração dos sintomas, levando assim a um melhor estado mental (Priebe; Warner; Hubschmid & Eckle,1998).

Capítulo III – Esquizofrenia, Terapia Ocupacional e Qualidade de Vida

3.1. Terapia Ocupacional e Saúde Ocupacional

A terapia ocupacional surgiu inicialmente como forma de reabilitar, readaptar e reinserir o paciente psicótico. Segundo Willard & Spackman (1998), com o decorrer dos tempos, a TO treina uma melhor compreensão pelo doente quer do mundo externo quer do mundo interno.

Segundo a Federação Mundial de Terapia Ocupacional (World Federation of Occupational Therapists WFOT, 2012), Terapia Ocupacional é uma disciplina da saúde direcionada a pessoas com deficiência ou incapacidade física ou mental, temporária ou permanente. O terapeuta envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento o melhor uso das suas funções, ajudando assim a enfrentar ambientes de trabalho, social, pessoal ou doméstico.

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional (APTO), entende por ocupação tudo aquilo que a pessoa realiza com o intuito de cuidar de si própria (autocuidado), desfrutar da vida ou contribuir para o desenvolvimento da comunidade. Estas ocupações distribuem-se entre tarefas tão simples como alimentar-se ou vestir-se, ou até ao desempenho de uma atividade laboral.

A terapia ocupacional estuda assim os fatores que influenciam a ocupação humana, procurando desenvolver competências, restaurar funções perdidas e prevenir disfunções (APTO, 2002).

Para a Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais (1999), a Terapia ocupacional usa a ocupação para promover e manter a saúde, prevenir ou remediar disfunções resultantes de envelhecimento, desvantagem social ou incapacidades. A ocupação diz respeito a qualquer tarefa necessária ao autocuidado, produtividade ou atividade de lazer.

No entender de Villares (2001), entre o processo de reabilitação e o tratamento da esquizofrenia, a terapia ocupacional tem um papel importante, pois o terapeuta funciona como um mediador entre o espaço individual do indivíduo e o espaço coletivo, através do vínculo que estabelece com o indivíduo. O indivíduo psicótico está muitas vezes afastado das tarefas do quotidiano, no entanto, a terapia ocupacional pode ajudar estes indivíduos a integrar atividades diárias que sejam significativas (AOTA, 2008).

Como conferem Fleck e colaboradores (2008), é importante a inclusão de políticas ocupacionais em doentes institucionalizados, uma vez que estes denotam sofrimento perante a perda de contacto com as atividades laborais e afetivas. Segundo Block, Gaeta, Pachioni e Villares (1998), as intervenções ao nível das atividades, contêm efeitos pedagógicos, que permitem a aprendizagem de novos comportamentos e a melhoria da interação social.

No entender de Shirakawa (2000), a terapia ocupacional assume um papel importante no tratamento psicossocial da esquizofrenia, uma vez que se centra em atividades com a finalidade de possibilitar a recuperação das capacidades funcionais, combater a anedonia e permitir que o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia possa executar qualquer tarefa.

O processo de terapia ocupacional, possibilita ao indivíduo a participação em atividades que sejam relevantes para um melhor ajuste da sua vida diária (Finlay, 2004).

Em Portugal, segundo o Diário da República (1999), a definição de terapia ocupacional passa por avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunções físicas ou mentais, de desenvolvimento ou sociais, através de técnicas selecionadas mediante o objetivo, proporcionando ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais e sociais, permitindo assim uma sólida melhoria da qualidade de vida.

Num estudo realizado por Buchain, Vizzotto, Neto e Elkis (2003), os autores investigaram o efeito da Terapia Ocupacional como auxílio do tratamento psicofarmacológico da esquizofrenia, no qual foi possível verificar que a terapia ocupacional associada à medicação

apropriada estava associada à melhoria do desempenho ocupacional e dos relacionamentos interpessoais dos doentes.

3.2. Estudos de Esquizofrenia e Qualidade de Vida

Um estudo realizado, por Ribeiro (2005), sobre qualidade de vida na população portuguesa, revela que os indivíduos do sexo feminino apresentam menor qualidade de vida do que dos indivíduos do sexo masculino, e permitiu ainda verificar que os indivíduos mais velhos apresentam pior qualidade de vida comparativamente a indivíduos mais novos. O autor acrescentou, ainda, que as pessoas da população em geral, saudáveis e sem doenças, apresentam índices de qualidade de vida superiores aos das pessoas com doença, com exceção dos indivíduos mais velhos, que a partir dos 74 anos, os indivíduos doentes apresentavam qualidade de vida superior comparativamente com o grupo saudável (Ribeiro, 2005).

Estudos realizados por Bobes e Garcia-Portilho (2006) demonstram que a qualidade de vida de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, comparada com a qualidade de vida da população em geral, é pior, a faixa etária jovem, o sexo feminino, pessoas casadas e com baixo nível de instrução, apresentam pior qualidade de vida. A psicopatologia, a sintomatologia positiva e a sintomatologia depressiva, apresentam uma correlação negativa com a qualidade de vida. A combinação de psicofármacos com psicoterapia e os reduzidos efeitos colaterais dos fármacos contribuem também para uma melhor qualidade de vida (Bobes & Garcia-Portilho, 2006).

Diversos estudos, revelam que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentam a qualidade de vida significativamente afetada, contando como fator associado a evolução da doença (Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu, Fonseca, 2006, 2005; Coelho & Panteleão, 1999). No entanto, Corrigan e Buican (1995) referem que os indivíduos portadores de doenças mentais graves, não apresentam melhoria de bem-estar geral ou melhoria da qualidade de vida mediante a diminuição da sintomatologia.

Para Pibernik-Okanovic (2001) tem sido recentemente reconhecido a importância que a doença crônica tem no impacto da qualidade de vida, uma vez que os instrumentos de avaliação podem levar a novos “insights” relativos à natureza da doença, avaliando a forma como esta afeta o bem-estar subjetivo de um indivíduo nas diferentes áreas da sua vida. Este conhecimento permite um tratamento mais eficaz.

A Organização Mundial de Saúde (2002) consigna que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia institucionalizados em regime de internamento prolongado, apresentam baixa qualidade de vida comparativamente aos indivíduos que estão inseridos na comunidade.

Os estudos de qualidade de vida, relativos a indivíduos institucionalizados com diagnóstico de esquizofrenia são bastante escassos, uma vez que há apenas uma grande focagem na comparação de indivíduos institucionalizados e não institucionalizados, não se debruçando nos contributos para a qualidade de vida destes indivíduos (Bryson, Lysaker e Bell, 2002).

Cardoso e colaboradores (2006), levam a cabo um estudo com o intuito de avaliar a qualidade de vida em indivíduos com esquizofrenia, concluem que existem diferenças marcantes na qualidade de vida entre os sexos, sendo neste estudo o sexo masculino a apresentar valores de qualidade de vida mais baixo, principalmente no domínio ocupacional. No mesmo estudo é revelado que o estado civil se apresenta como fator mais relevante no que concerne à qualidade de vida, uma vez que os indivíduos solteiros apresentam estão associados a uma pior qualidade de vida tanto em homens como em mulheres (Cardoso e colaboradores, 2006). Neste contexto é possível que os indivíduos solteiros estejam menos estimulados socialmente, com pouca participação em atividades diárias que, por sua vez se associam a um pior ajustamento funcional na esquizofrenia. Por outro lado, os indivíduos casados, mais favorecidos pelos seus parceiros, podem apresentar maior estimulação social e funcional, e conseqüentemente, melhor qualidade de vida (Cardoso e colaboradores, 2006)

Bandeira e Ireno (2002) demonstram nos seus estudos que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, apresentam uma elevada taxa de vulnerabilidade ao stress e escasso comportamento assertivo, dificultando assim a resolução de problemas do quotidiano levando a que a qualidade de vida fique comprometida.

Capítulo IV – Metodologia

No presente capítulo iremos começar por proceder à apresentação dos objetivos e das hipóteses, bem como do método. Posteriormente, passaremos à apresentação dos principais dados obtidos.

4.1. Pertinência do estudo

O presente estudo é uma investigação do tipo observacional-descritivo transversal, querendo isto dizer que não há intervenção do investigador, sendo os dados recolhidos de uma vez só. Este tipo de estudo recai num único grupo representativo da população (Ribeiro, 1999).

De acordo com Fortin (2000), a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenómeno, resultando assim numa descrição dos dados, quer em forma de palavras, números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis.

A recolha de dados foi realizada ao longo de três meses, num único momento para cada participante, tratando-se assim de uma investigação transversal (Vaz Freixo, 2009).

Em relação ao método, trata-se de um estudo observacional/descritivo, uma vez que o investigador não intervém de forma direta, descrevendo apenas os acontecimentos que ocorrem naturalmente. Este estudo irá apenas fornecer informações acerca da amostra em estudo e procurar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis (Almeida & Freire; Pereira, 2004).

A escolha do tema surgiu ao longo do estágio curricular que o investigador realizou no Centro Hospitalar do Conde Ferreira (CHCF), no qual residem 300 indivíduos com as mais variadas perturbações. Ao longo do estágio o contacto com uma população esquizofrénica

levou a que o investigador levantasse algumas questões quanto à qualidade de vida destes indivíduos e formulasse algumas hipóteses no que se refere à promoção da sua qualidade de vida.

Os indivíduos inseridos em atividades de Terapia Ocupacional (TO), ocupam parte do seu tempo em tarefas e atividades que acabam por ser a sua única ocupação durante o período de institucionalização.

O conceito de qualidade de vida está cada vez mais presente e a sua importância cada vez mais reconhecida

A prevalência de esquizofrenia em Portugal ronda os 1%, tornando-a na perturbação psiquiátrica mais prevalente (Palha, 2006). A escassez de estudos acerca da qualidade de vida associada a esta perturbação e a falta de instrumentos aferidos para esta população, leva a que não haja um conhecimento preciso quanto à qualidade de vida e à importância dos papéis ocupacionais na institucionalização destes indivíduos.

Perante este cenário sentiu-se a necessidade de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos do CHCF de forma a verificar qual o papel da TO nestes indivíduos e se, de facto, têm os resultados práticos considerados.

4.2. Objetivos do estudo, variáveis e hipóteses

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a qualidade de vida e compará-la em função da integração em atividades de TO. Para tal, serão comparadas as diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia, integrados e não integrados em Terapia Ocupacional, quanto à sua qualidade de vida, em que, a variável dependente é a Qualidade de Vida, e a variável independente a Terapia Ocupacional.

A hipótese de estudo em causa é que os participantes com diagnóstico de esquizofrenia inseridos em atividades de terapia ocupacional têm melhor qualidade de vida do que os participantes com diagnóstico de esquizofrenia não inseridos em atividades de terapia ocupacional (Brekke, Levin, Wolkon, Sobel e Slade, 1993).

Secundariamente, formularam-se os seguintes objetivos:

(i) Analisar a qualidade de vida e compará-la em função do número de sessões semanais de terapia ocupacional (sendo que o número de horas é equivalente ao número de sessões), tomando como variável dependente a qualidade de vida e a variável independente o número de horas semanais de terapia ocupacional.

A hipótese de estudo para o presente objetivo é que os indivíduos com maior número de sessões semanais de terapia ocupacional têm melhor qualidade de vida do que os indivíduos com menos horas semanais de terapia ocupacional (Dickerson, Stallings, Origoni, Boronow, Sullens e Yolken, 2008).

(ii) Analisar a qualidade de vida dos participantes e compará-la função do tempo de institucionalização.

A hipótese de estudo para este objetivo é que os participantes com maior tempo de institucionalização têm menor qualidade de vida do que os participantes

institucionalizados há menos tempo. Para tal, a variável dependente será a qualidade de vida e a variável independente o tempo de institucionalização (Canavarro e Vaz Serra, 2010).

(iii) Analisar a qualidade de vida dos participantes e compará-la em função do sexo.

Para tal, a variável dependente será a qualidade de vida, e a variável independente o sexo.

A hipótese de estudo para o presente objetivo é que os participantes do sexo masculino têm melhor qualidade de vida do que os participantes do sexo feminino (Ribeiro, 2005 & Bobes e Garcia-Portilho, 2006).

(iv) Analisar a qualidade de vida e compará-la em função da idade.

Neste contexto a variável dependente será a qualidade de vida, e a variável independente a idade.

A hipótese de estudo relata a possibilidade de os participantes com mais idade apresentarem pior qualidade de vida do que os participantes mais novos (Ribeiro, 2005).

4.3. Procedimento

Após a escolha do tema, foi selecionado um instrumento para a avaliação da qualidade de vida, e construído um questionário sócio-demográfico e clínico para anexar ao instrumento. O instrumento selecionado foi o WHOQOL-Bref (Anexo 1), a versão abreviada do WHOQOL-100. Trata-se de um instrumento curto e de rápida aplicação, composto por 26 questões, a primeira questão diz respeito à qualidade de vida em geral e a segunda à satisfação com a própria saúde, as restantes 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente. Após a escolha do instrumento, foi solicitada autorização à equipe de trabalho que validou o WHOQOL-Bref para Portugal (Anexo 2). A equipa disponibilizou além do instrumento em formato digital, o suporte digital da análise dos resultados com as respetivas fórmulas (Statistic Package for Social Scienses – SPSS) bem como o manual de utilização e sintaxe. O questionário sócio-demográfico anexado ao instrumento (Anexo 3) conta ainda com uma questão relativa à inclusão em atividades de Terapia Ocupacional, o número de horas semanais da mesma bem como o número de anos de institucionalização no CHCF.

O Centro Hospitalar Conde Ferreira, é atualmente uma referência Nacional e Internacional no que respeita à saúde mental. Foi o primeiro Hospital construído de raiz para a Psiquiatria em Portugal e conta com cerca de 300 doentes institucionalizados.

Uma população ou universo é um conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam uma determinada característica em comum (Vaz Freixo, 2009).

O passo seguinte foi a submissão do projeto de investigação ao Presidente do Concelho Executivo (Anexo 4) e à Comissão de ética do CHCF (Anexo 5).

Após a aprovação do mesmo, foi realizada uma lista de nomes de indivíduos que cumpriam o diagnóstico de esquizofrenia (CID-10), bem como o critério de discernimento, para responder ao questionário.

É um facto que esta população possui algum défice cognitivo, não obstante, a experiência adquirida ao longo do estágio, o contacto com os indivíduos e o cruzamento da validade com outros profissionais, permitiu seleccionar uma lista de pessoas com o discernimento necessário para responder às questões e participar na investigação. Esta situação é justificada por Award e colaboradores (1997), ao assinalarem que muitos estudos têm confirmado a coerência e confiabilidade de relatos feitos por indivíduos esquizofrénicos sobre o seu nível de satisfação interna e sentimentos. No tratado de Psiquiatria, as ideias de confiabilidade dos relatos de pacientes com esquizofrenia também é aceite e complementado com a sugestão de que o examinador verifique informações importantes através de fontes adicionais (Kaplan & Sadock, 2007).

Após a elaboração da lista de participantes, foi necessário verificar o regime legal dos indivíduos em causa. Os indivíduos interditados, não possuem qualquer poder de decisão quer da própria pessoa quer dos seus bens, enquanto os indivíduos inabilitados, não podem apenas governar os seus bens. Assim, aqueles que estavam inabilitados, podiam perfeitamente assinar o consentimento informado (Anexo 6) e participar na investigação, já os interditados, uma vez que não têm poder legal de decisão, exigiram a elaboração da carta ao tutor legal dos mesmos, onde constava o consentimento informado para participar na investigação (Anexo 7). Como a maioria dos doentes interditados está sob tutela do Sr. Administrador do CHCF, foi a este dirigido um pedido de autorização e consentimento informado para a participação dos respetivos indivíduos na investigação. Em situações de analfabetismo, o consentimento informado foi assinado através de impressão digital.

A administração dos questionários foi realizada sob a forma de entrevista através do preenchimento pelo investigador ou auto preenchimento no caso de indivíduos que fizeram questão de serem eles próprios a preencher. Procurou-se que a recolha fosse concretizada

com a maior privacidade possível, procurando sempre que o participante não fosse interrompido e esclarecendo todas as dúvidas colocadas.

No ato do consentimento informado a cada participante, foram sempre explicados os fins a que se destinavam esta investigação, bem como a garantia de que todas as respostas seriam confidenciais e anónimas e que não teriam nenhum impacto no bem-estar de cada participante.

Após a administração do questionário, procedeu-se à criação de uma base de dados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.

4.4. Caraterização dos instrumentos

4.4.1. WHOQOL

O instrumento utilizado, é a versão portuguesa reduzida do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref), adaptado pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra (2006). Este é um instrumento de rápida administração, e foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), correspondendo assim a uma versão abreviada do WHOQOL-100. O instrumento utilizado conta com 26 itens, numa escala de *Lickert*, estando estes divididos em quatro domínios, o físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al, 2000). O WHOQOL-bref conta com duas questões relativas à qualidade de vida em geral, e as restantes 24 distribuídas pelos 4 domínios. As questões 1,2,3,9,10,11,12 correspondem ao domínio físico, englobando “dor e desconforto”, “energia e fadiga” e “sono e repouso”. As questões 4,5,6,7,8,24 correspondem ao domínio psicológico, dizendo respeito a “sentimentos positivos”, “pensar, aprender, memória e concentração”, “auto-estima”, “imagem corporal e aparência”, e “sentimentos negativos”. As questões 13,14,15 correspondentes às relações sociais, estas englobam as “relações pessoais, apoio social e atividade sexual”. Por último mas não menos importante, as questões 16,17,18,19,20,21,22,23 correspondem ao domínio do meio ambiente e englobam a “segurança física e proteção”, o “ambiente no lar”, “recursos financeiros”, “cuidados de saúde e sociais”, “oportunidade de adquirir novas informações e habilidades”, “participação em atividades de lazer”, “ambiente físico e transporte” (Fleck et al, 2000).

No que concerne à fidelidade do instrumento, esta foi testada, como refere o autor, através do teste-reteste, não obtendo diferenças significativas no resultado da média da primeira medida (teste) e o resultado da média da segunda medida (reteste), ficando assim todos os coeficientes de correlação das medidas superiores a 0,69 (Fleck et al, 2000).

A consistência interna do instrumento foi também ela avaliada, através do coeficiente de Cronbach, avaliando assim individualmente cada domínio. Os valores para o coeficiente de Cronbach foram também estes satisfatórios ao apresentar todos eles um coeficiente superior a 0,60. Os domínios 3 (relações sociais) e 4 (meio ambiente), apesar de satisfatórios, foram os que apresentaram valores mais baixos de coeficiente de Cronbach (Fleck et al, 2000).

4.4.2. Questionário sócio-demográfico e clínico

Este questionário foi criado para o efeito e procurava caracterizar a amostra do ponto de vista sócio-demográfico e clínico. Foram incluídas quatro questões fechadas no que concerne ao sexo, escolaridade, estado civil e permanência em atividades TO, e três questões abertas, correspondentes à idade, tempo de institucionalização no CHCF e o número de horas semanais de TO. Os 31 participantes neste estudo são utentes do CHCF, e encontram-se institucionalizados. Todos eles têm diagnóstico de esquizofrenia (CID-10).

4.5. Caracterização da amostra

Neste estudo, a população designa o grupo de 31 indivíduos institucionalizados no Centro Hospitalar Conde Ferreira, no Porto, com diagnóstico de esquizofrenia. A amostra é não-probabilística e de conveniência (Fortin, 2009), uma vez que é constituída por indivíduos facilmente acessíveis correspondendo a critérios de inclusão precisos (N=31). Todos cumprem o diagnóstico de Esquizofrenia segundo o CID-10.

Os participantes neste estudo são, na sua maioria, homens (51,6%), solteiros (58,1%) (Quadro 1) e com uma média de idade de 52,4 anos (dp=12,1) (Quadro 2). No que se refere à escolaridade (Quadro 1), verifica-se que a maioria tem entre 5 e 9 anos de escolaridade (51,6%).

Quadro 1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes.

Sexo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Feminino	15	48,4
Masculino	16	51,6
Estado Civil		
Solteiro	18	58,1
Casado/União de facto	2	6,5
Divorciado/Separado(a)	9	29,0
Viúvo(a)	2	6,5
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	2	6,5
1º - 4º ano	5	16,1
5º - 9º Ano	16	51,6
10º - 12º Ano	7	22,6
Estudos Universitários	1	3,2
Total	31	100

Quadro 2 Caracterização da idade dos participantes

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	31	28	72	52,39	12,129

Relativamente às variáveis clínicas consideradas, os participantes encontram-se, em média, institucionalizados há 15 anos ($dp=10,4$), a maioria deles (58,1%) encontra-se integrado em atividades de TO (Quadro 4) e, dentro destes, verifica-se que têm em média 4,22 horas semanais de TO ($dp=2,86$) (Quadro 3).

Quadro 3 Caracterização clínica dos participantes

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de institucionalização (anos)	31	2	50	15,10	10,381
Número de sessões semanais de TO (Horas)	18	2	12	4,22	2,861

Quadro 4 Medidas descritivas da participação em atividades de TO, dos participantes do estudo

Integrado em alguma atividade de TO	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim	18	58,1
Não	13	41,9
Total	31	100.0

Capítulo 5 – Análise dos Dados e Interpretação dos Resultados

O primeiro objetivo do presente estudo é analisar a qualidade de vida e compará-la em função da integração em atividades de Terapia Ocupacional, em que, a variável dependente é a Qualidade de vida, e a variável independente a Terapia Ocupacional.

A hipótese de estudo em causa é que os participantes com diagnóstico de esquizofrenia inseridos em atividades de terapia ocupacional têm melhor qualidade de vida do que os participantes com diagnóstico de esquizofrenia não inseridos em atividades de terapia ocupacional.

Através da análise diferencial procurou-se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que estão integrados em TO e os que não estão, no que respeita a qualidade de vida em cada domínio da escala do WHOQOL-Bref.

Após a conversão de valores de qualidade de vida para 0 a 100, procedeu-se ao teste *T-Student* para verificar os valores de prova para cada domínio.

Relativamente ao nosso primeiro objetivo, a análise do Quadro 5, permite-nos verificar que os participantes integrados em TO apresentam em média melhor qualidade de vida, do que aqueles que não têm TO. No entanto, os participantes apenas se distinguem de forma estatisticamente significativa nos domínios geral ($p=0,00$), social ($p=0,032$) e ambiente ($p=0,033$).

Assim sendo, podemos referir que os indivíduos institucionalizados e inseridos em atividades de TO apresentam melhor qualidade de vida geral, melhor qualidade de vida social e melhor qualidade de vida do meio ambiente do que os elementos que não estão integrados em atividades de TO, o que nos permite confirmar parcialmente a Hipótese 1.

Quer isto dizer que os participantes integrados em TO parecem apresentar melhor perceção da sua qualidade de vida, maior satisfação com a saúde, melhores relações sociais, melhor suporte/apoio social, melhor atividade sexual, maior segurança física, melhor

ambiente no lar, melhores recursos financeiros, melhores cuidados de saúde, mais oportunidades de obter novas informações e conhecimentos, mais atividades de recreação e lazer, melhor ambiente físico e melhor qualidade de transporte.

Estes dados podem ser explicados à luz do referido por Brekke, Levin, Wolkon, Sobel e Slade (1993), segundo os quais o aumento do funcionamento social destes indivíduos traduz-se numa diminuição do sofrimento intrapsíquico, num aumento da auto-estima e, para além disso, quando o funcionamento social aumenta a satisfação com a vida também se amplia.

Ter uma ocupação é visto na literatura como um fator de influência na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. A dificuldade em ser inserido no mercado de trabalho formal e as limitações que a doença em si provoca levam por si só a uma baixa qualidade de vida. O envolvimento em atividades ocupacionais como trabalhos domésticos, trabalhos manuais, trabalhos temporários e voluntários, é considerado pela literatura como um importante fator para o desenvolvimento de habilidades físicas, autonomia, convívio social e atividades de lazer na esquizofrenia (Brekke et al., 1993; Cardoso et al., 2006).

Quadro 5 Qualidade de Vida em participantes com e sem Terapia Ocupacional

Domínios da QDV		M	dp	gl	t	p
Domínio Geral	c/TO (n=18)	65,97	14,73	29	4,68	0,000**
	s/TO (n=13)	40,38	15,44			
Domínio Físico	c/TO (n=18)	63,29	15,24	29	1,59	0,123
	s/TO (n=13)	54,67	14,39			
Domínio Psicológico	c/TO (n=18)	55,09	10,16	29	1,05	0,305
	s/TO (n=13)	50,64	13,59			
Domínio Social	c/TO (n=18)	43,06	15,46	29	2,25	0,032*
	s/TO (n=13)	28,21	21,39			
Domínio M.Ambiente	c/TO (n=18)	55,38	11,13	29	2,24	0,033*
	s/TO (n=13)	44,23	16,58			

(**) $p \leq 0,001$

(*) $p \leq 0,05$

Relativamente ao primeiro dos objetivos secundários (i), segundo o qual procurávamos, “Analisar a qualidade de vida e compará-la em função do número de sessões semanais de terapia ocupacional (sendo que o número de horas é equivalente ao número de sessões, tomando como variável dependente a qualidade de vida e a variável independente o número de horas semanais de terapia ocupacional, a hipótese de estudo para o presente objetivo é a de que os indivíduos com maior número de sessões semanais de terapia ocupacional têm melhor qualidade de vida do que os indivíduos com menos horas semanais de terapia ocupacional.

Devido à heterogeneidade no número de horas de TO dos participantes, foi necessária a recodificação da variável. Assim sendo, os participantes foram divididos em dois subgrupos, indivíduos com 2 ou menos horas de TO semanais, e indivíduos com 3 horas ou mais de TO semanais.

A análise do Quadro 6, permitiu-nos verificar que a qualidade de vida dos participantes não se distingue em função do número de horas semanais de TO, uma vez que os valores na qualidade de vida não se distinguem estatisticamente em nenhum dos domínios considerados, o que nos leva a infirmar a Hipótese 2.

Estes resultados não vão de encontro ao encontrado por Dickerson, Stallings, Origoni, Boronow, Sullens e Yolken (2008), segundo os quais a participação em atividades de trabalho está correlacionada positivamente com um menor prejuízo no funcionamento social, diminuição dos níveis de sintomas, diminuição do número de internamentos e melhoria da qualidade de vida e auto-estima.

Quadro 6 Caracterização da Qualidade de Vida em função do número de horas de TO

Domínios da QDV		M	dp	gl	t	p
Domínio Geral	Até 2h/semanais (n=7)	58,93	17,25	16	-1,71	0,107
	3 ou + h/semanais (n=11)	70,45	11,56			
Domínio Físico	Até 2h/semanais (n=7)	60,20	16,29	16	-0,68	0,509
	3 ou + h/semanais (n=11)	65,26	14,99			
Domínio Psicológico	Até 2h/semanais (n=7)	55,95	8,96	16	0,28	0,784
	3 ou + h/semanais (n=11)	54,55	11,25			
Domínio Social	Até 2h/semanais (n=7)	51,19	8,90	16	1,92	0,073
	3 ou + h/semanais (n=11)	37,88	16,82			
Domínio M.Ambiente	Até 2h/semanais (n=7)	61,16	12,61	16	1,89	0,078
	3 ou + h/semanais (n=11)	51,70	8,77			

No que diz respeito a outro dos nossos objetivos secundários, “(ii) Analisar a qualidade de vida dos participantes e compará-la função do tempo de institucionalização”, a hipótese de estudo para este objetivo é que os participantes com maior tempo de institucionalização têm menor qualidade de vida do que os participantes institucionalizados há menos tempo. Para tal, a variável dependente será a qualidade de vida e a variável independente o tempo de institucionalização. Para tal, recorreu-se novamente à recodificação da variável independente em dois subgrupos, um grupo com indivíduos institucionalizados há 12 anos ou menos e outro grupo com indivíduos institucionalizados há 13 ou mais anos.

Os valores de prova apenas se demonstraram estatisticamente significativos para o domínio físico da qualidade de vida ($p=0,003$), verificando-se que os indivíduos institucionalizados há menos de 12 anos apresentam valores superiores neste domínio quando comparados com aqueles que estão institucionalizados há mais tempo. Para os restantes domínios, embora não sendo estatisticamente significativos, os valores médios de qualidade de vida são superiores nos indivíduos institucionalizados há 12 anos ou menos, com exceção do domínio social (Quadro 7).

Deste modo, os indivíduos institucionalizados há menos tempo (há 12 ou menos anos) apresentam melhor qualidade de vida física, do que aqueles que estão institucionalizados há mais tempo. Quer isto dizer que estes indivíduos estão mais satisfeitos no que diz respeito a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades de vida quotidiana, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho, o que nos permite confirmar parcialmente a Hipótese 3.

Este resultado coincide com o encontrado por Canavarro e Vaz Serra (2010), ao verificarem que os doentes com longos anos de internamento num hospital psiquiátrico manifestam pior qualidade de vida, mesmo tendo alojamento, acompanhamento de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Quadro 7 Caracterização da Qualidade de Vida em função do número de anos de institucionalização

Domínios da QDV		M	df	gl	t	p
Domínio Geral	≤12 anos de institucionalização (n=16)	55,47	20,90	29	0,66	0,948
	≥13 anos de institucionalização (n=15)	55,00	18,78			
Domínio Físico	≤12 anos de institucionalização (n=16)	67,19	10,45	29	3,24	0,003*
	≥13 anos de institucionalização (n=15)	51,67	15,79			
Domínio Psicológico	≤12 anos de institucionalização (n=16)	54,69	10,75	29	0,71	0,483
	≥13 anos de institucionalização (n=15)	51,67	12,87			
Domínio Social	≤12 anos de institucionalização (n=16)	31,25	16,81	29	-1,71	0,098
	≥13 anos de institucionalização (n=15)	42,78	20,62			
Domínio M.Ambiente	≤12 anos de institucionalização (n=16)	50,98	9,53	29	0,11	0,92
	≥13 anos de institucionalização (n=15)	50,42	18,86			

(*) p≤0,05

Em relação ao (iii) objetivo, “Analisar a qualidade de vida e compará-la em função do sexo.”, a hipótese de estudo para o presente objetivo é que os participantes do sexo masculino têm melhor qualidade de vida do que os participantes do sexo feminino. Para tal, a variável dependente será a qualidade de vida e a variável independente o sexo.

A análise do Quadro 8 permite-nos verificar que a qualidade de vida dos participantes não se distingue em função do sexo, uma vez que os valores na qualidade de vida não se distinguem estatisticamente em nenhum dos domínios considerados, o que nos leva a infirmar a Hipótese 4.

Mais uma vez, este resultado não vai de encontro ao esperado. Ribeiro (2005) e Bobes e Garcia-Portilho (2006) revelaram que os indivíduos do sexo feminino apresentam pior qualidade de vida do que os indivíduos do sexo masculino. Cardoso e colaboradores (2006) mostram, por sua vez, que o sexo feminino apresenta melhor qualidade de vida que o sexo masculino, principalmente no domínio ocupacional.

Quadro 8 Caracterização da Qualidade de Vida em função do sexo

Domínios da QDV		M	dp	gl	t	p
Domínio Geral	Feminino (n=15)	57,50	18,18	29	0,62	0,54
	Masculino (n=16)	53,13	21,16			
Domínio Físico	Feminino (n=15)	57,38	18,08	29	-0,81	0,43
	Masculino (n=16)	61,83	12,28			
Domínio Psicológico	Feminino (n=15)	49,44	10,31	29	-1,81	0,08
	Masculino (n=16)	56,77	12,16			
Domínio Social	Feminino (n=15)	38,33	19,11	29	0,41	0,68
	Masculino (n=16)	28,21	21,39			
Domínio M.Ambiente	Feminino (n=15)	49,79	8,80	29	-0,33	0,74
	Masculino (n=16)	51,56	18,68			

^(*)p≤0,05

O (iv) objetivo, “Analisar a qualidade de vida e compará-la em função da idade” tem como hipótese de estudo, a possibilidade de os participantes com mais idade apresentarem melhor qualidade de vida do que os participantes mais novos. Neste contexto a variável dependente será a qualidade de vida, e a variável independente a idade.

Para tal, foi necessário recodificar a variável idade, obtendo assim dois sub-grupos, o primeiro diz respeito a indivíduos com 50 ou menos anos, e o segundo a indivíduos com 50 ou mais anos.

A análise do Quadro 9 permite-nos verificar que a qualidade de vida dos participantes não se distingue em função da idade, à exceção do domínio físico, aonde as diferenças se revelam significativas ($p=0,007$). Este resultado permite confirmar parcialmente a Hipótese 5.

Neste sentido, os indivíduos com mais idade, têm pior qualidade de vida, conciliando assim com os estudos de Ribeiro (2005), segundo o qual os indivíduos mais velhos apresentam pior qualidade de vida do que os indivíduos mais novos.

Quadro 9 Caracterização da Qualidade de Vida em função da idade

Domínios da QDV		M	dp	gl	t	p
Domínio Geral	≤ a 50 anos de idade	57,35	20,281	29	0,66	0,517
	≥ a 50 anos de idade	52,68	19,102			
Domínio Físico	≤ a 50 anos de idade	66,18	12,315	29	2,92	0,007*
	≥ a 50 anos de idade	51,79	15,136			
Domínio Psicológico	≤ a 50 anos de idade	55,15	11,366	29	1,00	0,323
	≥ a 50 anos de idade	50,89	12,140			
Domínio Social	≤ a 50 anos de idade	34,31	17,893	29	-7,93	0,434
	≥ a 50 anos de idade	39,88	21,228			
Domínio M.Ambiente	≤ a 50 anos de idade	54,96	11,748	29	1,87	0,072
	≥ a 50 anos de idade	45,54	16,294			

(*) $p \leq 0,05$

Capítulo 6 - Conclusões

A Qualidade de vida é um conceito individual, volúvel e complexo que difere de cultura para cultura, de época para época e de indivíduo para indivíduo.

A esquizofrenia é uma patologia complexa, com etiologia ainda desconhecida, que afeta cada vez mais pessoas em todo mundo. Contudo, nem sempre estas pessoas têm as condições necessárias para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia é cada vez mais considerada como um importante fator na eficácia do tratamento.

A falta de ocupação e de empregabilidade torna, na maioria dos doentes, a sua integração na sociedade ainda mais difícil.

No que se refere aos ganhos pessoais que o estudo proporcionou, dou relevo ao aprofundar do conhecimento sobre a esquizofrenia e, em particular, da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia. Foi pertinente para melhorar as minhas competências no seio de uma equipa multidisciplinar, permitindo ter noção das limitações que estes indivíduos possuem.

É notória a falta de instrumentos psicométricos aferidos para esta população, levando assim à escassez de estudos no que concerne à qualidade de vida desta população.

Apesar de uma amostra reduzida (31 participantes) e de o instrumento utilizado (WOQOL-Bref) não ser um instrumento construído para este tipo de população, parece poder concluir-se que os indivíduos esquizofrénicos institucionalizados no CHCF integrados em atividades de terapia ocupacional têm melhor qualidade de vida do que aqueles que não integram nenhum grupo ocupacional, especialmente no que se refere ao domínio geral e ao domínio do meio ambiente. Deste modo, os indivíduos integrados em TO, têm melhor perceção da qualidade de vida e melhor satisfação com a saúde (domínio Geral), sentem mais

segurança física, melhor ambiente no lar, melhores recursos financeiros, e mais atividades de recreação (domínio meio ambiente).

No presente estudo verificou-se também que os participantes institucionalizados há menos de 12 anos apresentam melhor qualidade de vida no domínio físico do que os participantes institucionalizados há mais de 12 anos, querendo isto dizer que os indivíduos institucionalizados há menos de 12 anos sentem menor dor e desconforto, melhor mobilidade, menos desconforto, têm melhor capacidade de trabalho e mais atividades da vida quotidiana. Os indivíduos mais jovens apresentam melhor qualidade de vida também no domínio físico do que os participantes com mais idade. Quanto à qualidade de vida em função do género e em função do número de sessões semanais de Terapia Ocupacional, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Seria importante avaliar a eficácia dos diferentes papéis ocupacionais na qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que os participantes não integram as mesmas atividades, e os diferentes papéis podem ser diferentes atuadores na qualidade de vida destes indivíduos

A existência de critério de exclusão reduziu bastante o número de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que se procurou participantes com o máximo de discernimento possível para participar no estudo.

Seria também pertinente ampliar este estudo a outras instituições, a fim de verificar os contributos da TO na qualidade de vida da população esquizofrénica.

Referencias Bibliográficas

- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia. Conhecer a doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais:
- Alvarenga, P. G. & Andrade, A. G. (2008). *Fundamentos em Psiquiatria*. Barueri: Manole.
- Amaro, F. (2005). *Fatores sociais e culturais da esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *The American Journal of Therapy*, 62, 625-683.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington: APA.
- Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (2002). O que é a terapia ocupacional?. Retirado de <http://www.ap-to.pt/to.html>
- Awad, A. & Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26 (2), 149-162.
- Bandeira, M. & Ireno, E.M. (2002). Reinserção social de psicóticos: avaliação global do grau assertividade, em situação de fazer e receber crítica. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (3), 665- 675.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2006). *Psicopatología* (3ª Ed). Madrid: Copyright.
- Bergeret, J. (2003). *A Personalidade normal e patológica*. (3ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergeret, J. (2004). *Psicologia Patológica: Teórica e Clínica*. (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Block, V., Gaeta, C. H., Pachioni, A. M., & Villares, C. (1998). Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatores vivências e história. *Revista Terapia Ocupacional Universidade São Paulo*, (9) 1, 32-36.

- Bobes, J., García- Portilla, P., Sáiz, P., Bascarán, T., & Bousonõ, M. (2005). Quality of life measures in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (2), 249-257.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud: revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Massan.
- Brekke, J.S., Levin, S., Wolkon, G. H., Sobel, E., Slade, E. (1993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr Bulletin*, 19 (3), 599-608.
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 249-257.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evolución clínica de los transtornos psicológicos: Problema de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cabral, F.S. (1992) O que é a qualidade de vida. Perspectiva económica. In: Cadernos de Bioética. Coimbra (p.14-20). Centro de Estudos de Bioética.
- Campos, L. (2008). Os caminhos das experiências positivas e negativas na prestação de cuidados informais na esquizofrenia (Dissertação de Doutoramento em Psicologia publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto).
- Canadian association of occupational therapists (2009). Joint Position Statement on Evidence-based Occupational Therapy (1999 reviewed for currency 2009). Retirado de <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=156>
- Canavarro, MC., & Serra, V.A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma Abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardoso, C. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cardoso, S.C., Caiaffa, W.T., Bandeira, M., Siqueira, A.L., Abreu, S., & Fonseca, O.P.F. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (6), 1303-1314.

- 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*, 7 (1), 17-27.
- Corrigan, P. W.; Buican, B. (1995). The constructvalidity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 183 (5), 281-285.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practices of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York: Spring Street.
- Couvreur, C. (1999). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Loures:Lusociencia.
- Cruz J. P., Jesus, S. N, & Nunes, C. (2000). Bem-Estar e qualidade de vida em doentes com esquizofrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, 407, 33-37.
- Dickerson, F., Stallings, C., Origoni, A., Boronow, J., Sullens, A., & Yolken, R. (2008). Predictores of occupational status six months after hospitalization in persons with a recent onset of psychosis. *Psychiatry Res*, 160 (3), 278-84.
- Espinosa, A. (1998). *Guias práticos de enfermagem: psiquiatria*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Companies.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. Research
- Finlay, I. (2004). *The practice psychosocial occupational therapy*. Cheltenham: Nelson Thomes Editorial.
- Fleck, M. P. A., & Colaboradores (2008). *Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Lyssandra, S., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da Versão em Português do

- Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (Whoqol100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, E., Santos, L. & Pinzon, V. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178 – 83.
- Fonseca, A. F. (1987). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2000). O Processo de investigação – Da investigação à realização. Loures: Lusociência.
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica, fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Generoso, C. M. (2008). *O funcionamento da linguagem na esquizofrenia: um estudo lacaiano*. Belo Horizonte *Ágora*, 11 (2), 267-281.
- Giacon, B. C. C. (2006), Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40 (2), 286-291.
- Gleitman, H. (1993). *Picopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Glubenkian.
- Heslegrave, R. J., Awad, A. G. & Voruganti, L. (1997). The Influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 22 (4), 235-243.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. (2ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). Esquizofrenia in: Kaplan e Sadock Compendio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica – (9ed.). Porto Alegre: Art. Med. P.504-41.

- Kopelowicz, A., & Liberman, R. P. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illness. *Psychiatric Services*, 54 (11), 1491-1499.
- Lehman, F., Ward, C., & Linn, S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- Maj, M., & Sartorius, N. (2005). *Esquizofrenia* (2ª Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Marques-Teixeira, J. (2002). O novo centro hospitalar conde de ferreira. *Saúde Mental*, (4) 1, s/p.
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 318-328.
- Meneses, R. (2005). Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais. *Edições Universidade Fernando Pessoa*.
- Monteiro, L. C., & Louzã, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 179-183.
- Neto, A. C., Gauer, G. J. C., & Furtado, N. R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Supernova Editora.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohamed, H. (1996). *Quality of life and mental health services*. London: Routledge.
- Palha, A. (2006). Diário Digital [Em linha]. Disponível em: http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=226400 [Consultado em: 24/01/2013].
- Pibernik-Okanovic, M. (2001). Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 51, 133-143.
- Prieb, S. (2007). Social Outcomes in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, (1), 15-20.

- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T. & Eckle, I. (1998). Employment, Attitudes Towards Work, and Quality of Life Among People With Schizophrenia in Three Countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (3), 469-477.
- Princípia Editora.
- Reis, F. (2000). Da demência precoce à esquizofrenia. *Psicologia*, 14 (1), 13-24.
- Ribeiro, J. P. (2009). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. Alcochete: Textiverso.
- Ribeiro, J.L.P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2 (3), 179-91.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., Marques, A., & Horta, M. P. (2009). Relação entre neurocognição e qualidade de vida em pessoas com esquizofrenia. *Ata Médica Portuguesa*, 22, 71-82.
- 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 de tempos livres (WAF). Porto: Encontrar+se.
- Ruiloba, J.V. (2003). *Introducción a la psicopatologia y la psiquiatria* (6ª Ed). Barcelona: Masson.
- Ruilola, J. V. (1999). *Introducción a la psicopatologia y la psiquiatria*. Barcelona: Editore Masson.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Manual conciso de psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Sharma, T., & Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 25-40.
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais no manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (1), 56-58.
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia. USP*, 17 (4), 263-285.
- Soares, LaSalette. (2006). *Qualidade de Vida e Esclerose Múltipla*. Coimbra: Formasau.
- Sobrinho, Evandro A. Et al (2001). Aspectos e tendências da avaliação da qualidade de vida de pacientes com cancer de cabeça e pescoço. RSBC – Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia (nº15).
- Sousa, L.A., & Coutinho, E.S. (2006). Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 50-58.
- The Whoqol Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med*, 41,
- Villares CC. Terapia ocupacional na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves Ac, Mari JJ, editores. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 183-196
- Willard, H.S., & Spackman, C.S. (1998) *Terapia Ocupacional* . Madrid: Editorial Médica Panamericana. p.342-52.
- Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-12.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Zipursky, R.B., & Schulz. (2003). *As fases iniciais da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.

Anexos

Anexo 1

Instrumento WHOQOL-Bref

Anexo 2

Formulário WHOQOL

FORMULÁRIO WHOQOL *

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

1. Instrumento

WHOQOL - bref

2. Identificação do Estudo/Projecto

Qualidade de vida na esquizofrenia.

3. Identificação do Investigador Responsável ou

[para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

Nome: Tiago Alexandre Seixas Almeida

Morada: Entre-águas, nº5, Britelo, 4890-272 Celorico de Basto

Telefone: 965231852

E-mail: tiago세ixasalmeida@hotmail.com / 18143@ufp.edu.pt

4. Identificação dos elementos da equipa do projecto

Drª Sónia Alves- Docente da Universidade Fernando Pessoa

Drª Carla Pimentel- Psicóloga no Centro Hospitalar Conde Ferreira

Tiago Almeida- Aluno de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa

5. Objectivos do Projecto

O presente estudo, tem como objetivo verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia, praticantes e não praticantes de Terapia Ocupacional, quanto à sua qualidade de vida.

6. Dados Metodológicos

5.1. Tipo de população

Indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia, em regime de institucionalização e Hospital de Dia no Centro Hospitalar Conde Ferreira.

5.2. Tamanho da amostra

75 indivíduos, do sexo masculino e feminino

5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Data: Quinta-feira, 12 de Abril de 2012 **Assinatura:** Tiago Almeida

Anexo 3

Questionário sócio-demográfico

Ficha de dados sócio – demográficos e clínicos

Idade _____ anos

Data de Nascimento __/__/__

Sexo:

Feminino

Masculino

Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e /ou escrever

1º - 4º anos

5º - 9º anos

10º - 12º anos

Estudos Universitários

Estado Civil:

Solteiro (a)

Casado (a)

União de facto

Separado (a)

Viúvo (a)

Regime de frequência do CHCF:

Hospital de Dia

Regime de internamento

Há quanto tempo? _____

Está integrado em alguma atividade de Terapia Ocupacional?

Sim

Não

Se Sim, qual o número de horas semanais? _____ **Horas**

Anexo 4

**Carta ao Sr. Presidente do conselho executivo do
CHCF**

Porto, 14 de Maio de 2012

Exmo Senhor Presidente do Concelho Executivo
Do Centro Hospitalar Conde Ferreira,

Junto envio o meu projecto de estudo, intitulado *“Esquizofrenia e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo entre participantes com e sem Terapia Ocupacional”*, a ser realizado no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Dr^a Carla Pimentel (Psicóloga no CHCF) e a Dr^a Sónia Pimentel Alves (Docente na Universidade Fernando Pessoa), para fazerem o favor de emitir parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Tiago Almeida

Anexo 5

Carta à comissão de ética do CHCF

Porto, 14 de Maio de 2012

Exmos Senhores membros do conselho de Ética

Do Centro Hospitalar Conde Ferreira,

Junto envio o meu projecto de estudo, intitulado ***“Esquizofrenia e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo entre participantes com e sem Terapia Ocupacional”***, a ser realizado no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Dr^a Carla Pimentel (Psicóloga no CHCF) e a Dr^a Sónia Pimentel Alves (Docente na Universidade Fernando Pessoa), para fazerem o favor de emitir parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Tiago Almeida

Anexo 6

Consentimento informado – Interditados

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado (nome completo) -----

-----,

responsável pelo participante no projeto (nome completo) -----

-----, compreendi a explicação

que me foi fornecida acerca da sua participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do Responsável pelo participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo 7

Consentimento Informado – Inabilitados

Instrumento Woqol-Bref

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@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		
Não sabe ler nem escrever		
Sabe ler e/ou escrever		
1 ^o -4 ^o anos		
5 ^o -6 ^o anos		
7 ^o -9 ^o anos		
10 ^o -12 ^o anos		
Estudos Universitários		
Formação pós-graduada		

A5 Profissão

A6.1 Freguesia	<input type="text"/>
A6.2 Concelho	<input type="text"/>
A6.3 Distrito	<input type="text"/>

A7 Estado Civil		
Solteiro(a)		
Casado(a)		
União de facto		
Separado(a)		
Divorciado(a)		
Viúvo(a)		

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

Deve 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) impedem 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 aceitar 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.

		Nunca	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