

Instituto Politécnico do Porto

Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

Emanuel Antunes de Oliveira

**Análise comparativa dos Estilos de Vida, Capacidade
Funcional e Qualidade de Vida de pessoas
diagnosticadas com esquizofrenia em função do
contexto de inserção.**

Hospital Psiquiátrico versus Estruturas Residenciais de
Reabilitação

Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia ocupacional, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor António Marques.

Setembro de 2011

Resumo

A esquizofrenia é considerada uma das mais graves e debilitantes doenças psiquiátricas, afectando cerca de 1% da população, na maioria dos países ocidentais.

Ao longo dos tempos têm sido desenvolvidas várias respostas e políticas sociais para responder a esta problemática, nem sempre eficientes e efectivas. A análise do sistema de prestação de cuidados de saúde mental em Portugal mostra uma evolução positiva na forma de perspectivar os cuidados a estas pessoas, centrado actualmente nos modelos de base comunitária e na implementação de programas de reabilitação psicossocial que potenciam a adopção de estilos de vida saudáveis e mais adaptativos, com consequente melhoria do seu funcionamento e qualidade de vida. Isto não significa no entanto, que não haja ainda muito a fazer na universalização destes pressupostos e na sua validação, assente nos princípios de uma prática baseada na evidência.

Este estudo tem como objectivo verificar se os programas de reabilitação residencial interferem de forma significativa no estilo de vida, na qualidade de vida e na capacidade funcional de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Para tal foram avaliadas 13 pessoas integradas em residências de reabilitação e 13 pessoas em hospital psiquiátrico (Casa de Saúde Rainha Santa Isabel), utilizando o questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia (Valente, Queirós, & Marques, 2009) e as versões portuguesas do WHOQOL-bref (Vaz-Serra e colaboradores 2006) e o Life Skills Profile (Rocha, Queirós, Aguiar, & Marques, 2006).

A análise dos resultados parece apontar para a existência de diferenças pouco significativas entre os dois grupos na avaliação de Estilos de Vida. As diferenças são mais significativas no nível de qualidade de vida percebida, em todos domínios analisados e no Somatório Geral do questionário; e no que reporta à capacidade funcional, em particular na subescala do auto-cuidado, da responsabilidade e no somatório do teste de Life skills Profile.

Em jeito de síntese parece assim que as estruturas residências de reabilitação parecem contribuir para a melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida das pessoas lá integradas, por comparação com as que se encontram a residir em hospital psiquiátrico.

Palavras-chave: esquizofrenia, reabilitação psicossocial, estilo de vida, qualidade de vida, capacidade funcional

Abstract

Schizophrenia is considered one of the most serious and debilitating psychiatric disorders which affects about 1% of the population in most Western countries.

Over the past years various advances have been developed and social policies to address this problem, however not always efficient and effective. The analysis of the system that provides mental health care in Portugal shows a positive perspective in the way of care these people, now centered in community-based models and implementation of psychosocial rehabilitation programs that enhance the adoption of lifestyles healthier and more adaptive, with consequent improvement of their functioning and quality of life. This does not mean however, that there is still much to do in the globalization of these assumptions and their validation based on the principles of evidence-based practice.

This study aims to verify if residential rehabilitation programs have a significant impact on lifestyle, quality of life and functional capacity of people with schizophrenia. So, were studied 13 people integrated in the rehab homes and 13 people in psychiatric hospital (Casa de Saúde Santa Isabel) using the Lifestyle Questionnaire in Schizophrenia (Valente, Queiroz, & Marques, 2009) and Portuguese versions of the WHOQOL-bref (Vaz-Serra et al 2006) and Life Skills Profile (Rocha, Queiroz, Aguiar, & Marques (2006).

The results show that there are minor differences between the two groups in the Lifestyles evaluation. The differences are more significant related to the perceived quality of life in all areas analyzed and in the General Sum of the questionnaire, reporting to the functional capacity, particularly in the subscale of self-care, responsibility and the sum of the Life Test Skills Profile.

In conclusion, housing rehabilitation structures seem to contribute to the improvement of functional capacity and quality of life of people compared with those who lives in psychiatric hospitals.

Keywords: schizophrenia, psychosocial rehabilitation, lifestyle, quality of life, functional capacity

Resumé

La schizophrénie est considérée comme l'un des troubles psychiatriques plus graves et débilitantes, affectant environ 1% de la population dans la plupart des pays occidentaux.

Au fil des ans diverses réponses ont été développés et aussi politiques sociales pour résoudre ce problème, pas toujours efficace. L'analyse du système de livraison des soins de santé mentale au Portugal montre une perspective positive sous la forme de soins pour ces personnes, maintenant centré dans les modèles communautaires et de mise en œuvre des programmes de réadaptation psychosociale qui améliorent l'adoption de modes de vie plus sain et plus adaptative, avec une amélioration conséquente de leur fonctionnement et la qualité de vie. Cela ne signifie pas qu'il ya encore beaucoup à faire dans l'universalisation de ces hypothèses et leur validation sur la base des principes de bonnes pratiques fondées sur des preuves.

Cette étude vise à vérifier que les programmes de réadaptation en établissement ont eu un impact significatif sur les habitudes de vie, qualité de vie et la capacité fonctionnelle des personnes atteintes de schizophrénie. À cette fin, nous avons évalué 13 personnes intégrées dans les maisons de 13 personnes en cure de désintoxication et de l'hôpital psychiatrique (Casa de Saúde Santa Isabel), et utilisant le Questionnaire de vie dans la schizophrénie (Valente, Queiroz, & Marques, 2009) et des versions portugaise de l' WHOQOL-BREF (Vaz-Serra et al 2006) et Life Skills Profile (Rocha, Queiroz, Aguiar, & Marques (2006).

Les résultats semblent indiquer l'existence de différences mineures entre les deux groupes dans l'évaluation des modes de vie. Les différences sont plus importantes au niveau de la qualité de vie, dans tous les domaines analysés et Sum générale du questionnaire, et dans les rapports de la capacité fonctionnelle, en particulier dans la sous-échelle d'auto-soin, la responsabilité et la somme de l'essai de la vie Profil des compétences.

En guise de synthèse apparemment ainsi que la réhabilitation des logements des structures semblent contribuer à l'amélioration de la capacité fonctionnelle et qualité de vie des gens là-bas intégré, par rapport à ceux qui vivent dans un hôpital psychiatrique.

Mots-clés: schizophrénie, réadaptation psychosociale, style de vie, qualité de vie, capacité fonctionnelle

Agradecimentos

Embora, pela sua finalidade académica, uma dissertação seja um trabalho individual há contributos que não podem deixar de ser realçados. Por essa razão desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Doutor António Marques, pela orientação desta Dissertação, assistência na definição deste projecto, apoio, disponibilidade, dedicação e empenho diários ao longo do seu desenvolvimento, pelas críticas e conselhos na revisão do manuscrito e, em especial, pelo apoio incondicional, pela partilha de conhecimento e experiência científica, pelos ensinamentos, pela amizade e confiança.

À Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, e em especial à Irmã Alice pelo apoio incondicional durante todo o percurso deste trabalho especialmente na recolha de dados, imprescindíveis para a concretização do mesmo e na disponibilidade para a obtenção do estatuto de trabalhador-estudante, garantindo as condições necessárias para o desfecho deste trabalho.

Ao Mestre João Casalta, Assistente no Serviço de Biofísica, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, pela disponibilidade e empenho demonstrados na análise estatística dos resultados obtidos.

Aos colegas do mestrado, pela excelente relação pessoal que criámos e que espero não se perca. Em especial ao João Viana e ao Tiago Coelho pelo apoio e pela sua amizade.

À Margarida, pelo apoio incondicional, paciência e compreensão reveladas ao longo destes meses.

Finalmente, quero agradecer à minha mãe e ao meu irmão pelo amor, inspiração, dedicação, estímulo e sensatez com que sempre me ajudaram.

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	4
1. Esquizofrenia	5
1.1 Perspectiva Histórica	5
1.2 Sintomatologia	8
1.3 Epidemiologia e Curso da Doença	11
1.4 Características Clínica, Co-morbilidade, Morbilidade e Mortalidade	13
1.5 Etiologia	15
1.6 Tratamento	20
2. Reabilitação e a sua relação com Estilos de Vida, Qualidade de Vida, Capacidade Funcional	23
2.1 Reabilitação em Saúde Mental – Contextos Residenciais	24
2.2 Estilo de Vida	29
2.3 Qualidade de Vida e sua relação com a reabilitação de pessoas com experiência de doença mental	37
2.4 Capacidade Funcional	42
Capítulo II – Estudo Empírico	46
1. Metodologia	47
1.1 Participantes	48
1.2 Instrumentos	50
1.3 Procedimentos	52

2. Apresentação dos Resultados	53
2.1. Estilo de Vida	53
2.2. Qualidade de Vida	65
2.3. Capacidade Funcional	70
3. Discussão dos resultados	77
Conclusões	89
Bibliografia	92

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Tabela representativa dos resultados da frequência estatística referente à Idade e Escolaridade	49
Tabela 2 – Tabela representativa dos resultados da frequência estatística referente ao Sexo, Actividade Profissional e Estado civil	50
Tabela 3 – Tabela representativa dos resultados da estatística descritiva do Peso em Kilogramas do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia	54
Tabela 4 – Tabela representativa dos resultados da estatística descritiva da Altura em Metros do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia	54
Tabela 5 – Tabela 5 – Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Índice de Massa Corporal e do Peso do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia	55
Tabela 6 - Tabela representativa dos resultados da frequência estatística dos Hábitos Tabágicos do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia	55
Tabela 7 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio de Substâncias do Grupo II do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia	56
Tabela 8 - Resultados das Médias dos Scores das alíneas estatisticamente significativas do Domínio de Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia	58
Tabela 9 - Tabela 9 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia	61
Tabela 10 - Tabela 10 - Tabela representativa dos resultados da frequência estatística referente às refeições do lanche da manhã e da tarde do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia	63
Tabela 11 - Resultados das Médias dos Scores das alíneas estatisticamente significativas do Domínio de Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário de Estilos de Vida	63
Tabela 12 - Tabela representativa dos resultados da frequência estatística das alíneas Ir ao médico e Já teve tentativas de suicídio do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia	64
Tabela 13 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio de Comportamento desajustado do Grupo II do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia	64
Tabela 14 - Tabela representativa dos resultados da estatística descritiva das Médias dos Scores dos Domínios Whoqol-bref	65
Tabela 15 - Tabela representativa dos resultados da análise estatística (teste Mann-Whitney) e dos resultados da frequência referente aos Domínios do questionário de Whoqol-bref	68
Tabela 16 - Resultados das Médias dos Scores das 5 Sub-escalas e do Somatório geral do Teste Life Skills Profile	70
Tabela 17 - Tabela representativa dos resultados da análise estatística (teste Mann-Whitney) e dos resultados da frequência referente às Escalas do questionário Life Skills Profile	74

Introdução

Os transtornos de natureza psiquiátrica são reconhecidos desde há muitos séculos, no entanto só nos últimos 100 anos é que se verificaram mudanças significativas no campo da psiquiatria e saúde mental (Cordeiro, 2002).

Em Portugal, tal como na maioria dos países ocidentais, tem vindo a ocorrer um movimento progressivo de reorganização da prestação de cuidados de saúde mental, que pretende descentralizar o sistema de prestação de cuidados de um modelo baseado numa única instituição e numa abordagem de um só profissional - a do hospital especializado e do Psiquiatra – para um modelo mais de natureza comunitária, caracterizado pela mobilização de várias instituições, com diferentes características e objectivos terapêuticos, e pela presença da equipa multidisciplinar (Xavier, 2003).

A Esquizofrenia é uma doença mental grave e debilitante, tendencialmente de evolução prolongada, que afecta cerca de 1% da população. A idade mais provável de início é entre os vinte e os trinta anos (Stefan et al, 2002) e as suas causas são ainda desconhecidas, acreditando-se no entanto, que factores genéticos e biológicos podem contribuir para o seu aparecimento (Frith, 1992). As pessoas com Esquizofrenia sofrem frequentemente de sintomas bizarros e assustadores - ouvem vozes não ouvidas pelos outros, acham que as outras pessoas lhes lêem a mente, que lhes controlam os pensamentos ou que os querem prejudicar. Os discursos e os comportamentos destas pessoas podem ser de tal maneira confusos que se tornam incompreensíveis e ameaçadores para os outros. Há tratamentos psicofarmacológicos e psicossociais disponíveis, mas a maioria das pessoas com Esquizofrenia continua a sofrer de alguns sintomas durante toda a vida, interferindo significativamente na sua funcionalidade e participação social (Teixeira, 2009).

Brown et al (1999) e McCreadie, (2003) referem, que as pessoas com Esquizofrenia fazem más escolhas alimentares, pouco exercício físico e fumam mais do que a população em geral, para além de que têm maior risco de contrair outras doenças físicas tais como a diabetes, doenças cardíacas e hipertensão, por comparação com a população em geral da mesma idade e com mesma condição física. Deste modo, Brown et al (1999) defendem que as pessoas com esquizofrenia pode ter um Estilo de Vida pouco saudável, o que provavelmente contribui para um excesso de mortalidade,

constituindo desta forma um grupo-alvo adequado para intervenções de promoção da saúde.

O Estilo de vida é caracterizado por aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia-a-dia (Spaargaren, 2000). Assim, é um conceito amplo que engloba a pessoa como um todo e em todos os aspectos da sua actividade, isto é “forma como gere a sua existência”, pelo que esses aspectos influenciam todas as dimensões que compõem o conceito de saúde biopsicossocial, emocional e espiritual, e traduzem-se por níveis de “satisfação, de bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e Qualidade de Vida” (Rapley, 2003).

A Qualidade de vida constitui uma área bem estabelecida no estudo de algumas doenças crónicas. Oliver e colaboradores (1996) apontam, entre outros factores, para o processo de desinstitucionalização e o encerramento dos hospitais psiquiátricos tradicionais como determinantes que contribuíram de forma significativa para o estudo da Qualidade de Vida no campo da saúde mental, na medida em que a melhoria das condições clínicas e da Qualidade de Vida passaram a representar os objectivos centrais no processo de reabilitação e reinserção social e consequentemente das reformas dos sistemas de prestação de cuidados.

Neste enquadramento, este trabalho pretende ser um contributo na validação e universalização dos princípios de base comunitária na prestação de cuidados a pessoas com experiência de doença mental, verificando até que ponto a sua integração em hospital psiquiátrico ou em estruturas residenciais de reabilitação contribuem para a efectivação de estilos de vida mais saudáveis e adaptativos e para melhor funcionalidade e qualidade de vida destas pessoas.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes fundamentais: o primeiro capítulo consiste numa reflexão acerca do enquadramento teórico da problemática em estudo, começando por apresentar uma abordagem conceptual da Esquizofrenia, da Reabilitação e sua relação com Estilos de Vida, Qualidade de Vida e Capacidade Funcional.

No segundo capítulo apresenta-se o estudo empírico por nós realizado. Em primeiro lugar descrevem-se as metodologias (Participantes, Instrumentos, Procedimentos): enunciam-se os objectivos do estudo, o desenho da investigação, as principais linhas orientadoras, os instrumentos e as dimensões a avaliar.

Por fim, o segundo e terceiro ponto debruçam-se sobre a apresentação, análise e discussão dos resultados. No final do trabalho são apresentadas algumas conclusões e a bibliografia consultada.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

1. Esquizofrenia

De acordo com alguns estudos epidemiológicos, a esquizofrenia atinge actualmente 1% da população mundial, manifestando-se habitualmente entre os 15 e os 25 anos, com proporção semelhante entre homens e mulheres, podendo igualmente ocorrer na infância ou na meia-idade (Stefan et al 2002). Analisemos a forma como foi sendo conceptualizada e como foi sendo construído o actual conhecimento que tipifica esta nosologia, em termos de etiologia, diagnóstico, semiologia e terapêutica.

1.1 Perspectiva Histórica

Na história da medicina bem como na da filosofia a “loucura” esteve ligada a uma determinada desordem ou incoerência do pensamento e dos actos. A natureza e os motivos desta desordem foram definidos de maneira diferente segundo o conhecimento e as crenças de cada época e perspectiva (Garrabé, 2003).

Nas civilizações do Médio Oriente, 2000 anos antes de Cristo, caracterizadas por um elevado nível de conhecimento científico, a medicina dessas culturas misturava os conceitos de saúde mental com conceitos religiosos. No Egipto, o tratamento das perturbações mentais incluía meios físicos, psíquicos e espirituais e, são várias as referências na bíblia à doença mental (Cordeiro, 2002).

No período socrático, o pensamento grego estabeleceu distinções entre soma e psique, entre a razão e a realidade. Em “A República”, Platão (século IV a.C.) divide a alma humana em apetite, razão e têmpera, o que podemos comparar à divisão psicanalítica em id, ego e superego (Peters, 1991).

No século I a.C., Asclepiades, em Roma, rejeitou a doutrina dos fluidos vitais e descreveu a frenite como febre acompanhada de excitação mental, e a mania como excitação mental sem febre. Ainda diferenciou ilusões de alucinações e prescreveu tratamento em salas iluminadas para pacientes com ilusões (Peters, 1991).

Do período de 200 d.C até o final da Idade Média prevaleceu o pensamento fantástico e sobrenatural, era muitas vezes dado o nome de santo protector às doenças

ao qual era necessário rezar para dela nos protegermos ou curar e a importância do santo era proporcional à gravidade do mal (Georgieff, 1998).

O século XVII foi um período de transição, das antigas crenças à especificação e aplicação de critérios metodológicos ou científicos da época, onde a visão médica volta-se para o doente mental. No entanto, o século XVIII é influenciado pelos critérios racionais e científicos na psiquiatria (Peters, 1991).

Na França, Philippe Pinel (1745-1826), conseguiu uma revolução na teoria e na prática de tratamento dos doentes mentais, além de analisar e classificar as doenças mentais e concebeu a insanidade como distúrbios do autocontrole e da identidade, pelo que preferia denominá-la de "alienação", também retirou os doentes mentais da condição de acorrentados nas prisões em que viviam, demonstrando que devemos respeitar o insano como ser humano (Peters, 1991).

Mais tarde é nos “Études Cliniques” em 1851-1852 que Bénédict Morel (1809-1873) descreve pela primeira vez “alienados jovens” e Garrabé (2003) descreve que entende que se a evolução da doença atingir o empobrecimento intelectual após a puberdade tratar-se-á de demência. Mas é no “Traité des maladies mentales” de 1860 que ele baptiza como “demência precoce” a estabilização súbita das capacidades do indivíduo (Kaplan, 1997).

Morel descreve já naquele momento os sinais hoje considerados característicos da demência precoce, entre eles a sugestibilidade, a estereotipia das atitudes, dos gestos e da linguagem, a catatonia, os esgares, os tiques bizarros e o negativismo, que ele designou por niilismo (Garrabé, 2003). Na quinta edição, publicada em 1896, Kraepelin (1856-1926) adopta como fundamental o critério evolutivo. Mas na sexta edição, publicada em 1899, vai mais longe, fazendo desaparecer a distinção entre doenças adquiridas e constitucionais e, o quinto capítulo é dedicado a “dementia praecox” que daí em diante passa a ser considerada uma doença única que se pode apresentar sob três formas clínicas, a hebefrénica, a catatónica e a paranóide (Garrabé, 2003).

Desta forma, a esquizofrenia é conhecida sob o nome de demência precoce durante mais de meio século, no entanto, só é plenamente reconhecida quando em 1911 Eugen Bleuler (1857-1939) a designa por este neologismo criado para dar significado à

teoria explicativa que ele propunha no seu célebre texto sobre o “grupo das psicoses esquizofrénicas” considerado como o nascimento da esquizofrenia moderna (Georgieff, 1998).

Uma distinção importante traçada por Bleuler entre o seu conceito de esquizofrenia e o de “dementia praecox” de Krapelin era a não necessidade de um curso deteriorante na esquizofrenia, o que não ocorria com a “dementia praecox”. Para explicar melhor a sua teoria relativa aos transtornos mentais internos dos doentes afectados, Bleuler descreveu os sintomas fundamentais (ou primários) que ficaram conhecidos como os quatro “Á’s de Bleuler”, específicos da esquizofrenia e que consistiam na perda de associações, a ambivalência, o embotamento afectivo e o autismo. Bleuler descreveu também os sintomas secundários, presentes noutras doenças que não a esquizofrenia, e que incluíam os delírios, as alucinações, o negativismo, o estupor e a catatonia (Kaplan, 1997).

Outros autores procuraram estabelecer um sistema hierárquico para a classificação dos sintomas. Gabriel Langfeldt, em 1937, dividiu os doentes com sintomas psiquiátricos maiores em dois grupos, aqueles com verdadeira esquizofrenia e aqueles com psicose esquizofreniforme e, refere ainda a importância da despersonalização, autismo e do embotamento emocional, na descrição da Esquizofrenia. Por outro lado, Kurt Schneider, em 1962, descreveu vários dos chamados sintomas esquizofrénicos de primeira ordem da patologia, que considerava como não sendo de modo algum específicos da doença, mas de grande valor pragmático para o diagnóstico. A esquizofrenia, descrita por Schneider, pode também ser diagnosticada exclusivamente com base nos sintomas de segunda ordem, juntamente com um quadro clínico típico. Foi deste modo, que tentou alertar para que o diagnóstico de esquizofrenia em certos doentes fosse concluído mesmo na ausência de sintomas de primeira ordem (Kaplan, 1997).

Os sintomas de primeira ordem incluíam percepção delirante, alucinações auditivas, sonorização do pensamento, inserção ou roubo do pensamento por acção externa, vivências de influência sobre o pensamento e difusão do pensamento. Por outro lado, os de segunda ordem incluíam alucinações, intuição delirante, perplexidade e embotamento emocional (Cordeiro, 2002 e Henry, 1998).

Mais recentemente, Crow (1980) classificou a esquizofrenia em dois tipos, tipo I com sintomas positivos, que inclui os delírios e as alucinações; e tipo II, com sintomas negativos como o embotamento afectivo e a pobreza de discurso.

Estas concepções descritas anteriormente influenciaram as classificações e os critérios actuais mais consensuais para o diagnóstico da Esquizofrenia que são nas suas últimas actualizações, o DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistic manual of Mental Disorders -2000) e a CID 10 (International Classification of Disease -2008).

Contudo, e apesar destas grandes sistematizações de diagnóstico que reuniram consenso internacional por parte dos clínicos e investigadores, a falta de um critério de diagnóstico totalmente seguro para a esquizofrenia leva a que se tenham que ter em conta, para além dos aspectos globais do quadro clínico e da evolução da doença, os antecedentes hereditários e pessoais, assim como a personalidade e o funcionamento psico-sócio-educacional prévios e a própria resposta à terapêutica.

1.2 Sintomatologia

A Esquizofrenia é uma perturbação mental que se caracteriza por disfunções cognitivas e emocionais que afectam a percepção, o pensamento, a linguagem e a comunicação, assim como o comportamento, o afecto, a fluidez e a produtividade do pensamento e do discurso, a capacidade hedónica, a volição, o impulso e a atenção. O diagnóstico envolve o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas, associados a um conjunto de incapacidades com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social.

No DSM-IV-TR (2000) o diagnóstico de Esquizofrenia baseia-se sobretudo nestes sintomas referidos, considerados sintomas característicos (Critério A). Estes podem ser conceptualizados enquadrando-se em duas amplas categorias - positivos e negativos. Os sintomas positivos parecem reflectir um excesso ou distorção de funções normais, enquanto os sintomas negativos parecem reflectir uma diminuição ou perda de funções normais.

Os sintomas positivos (Critérios A1-A4) incluem distorções ou exageros do pensamento inferencial (delírios), da percepção (alucinações), da linguagem e

comunicação (discurso desorganizado) e do autocontrolo do comportamento (comportamento amplamente desorganizado ou catatónico). Esses sintomas positivos podem compreender duas dimensões distintas, que, por sua vez, podem estar relacionadas com diferentes mecanismos neurais e correlações clínicas subjacentes. A "dimensão psicótica" inclui delírios e alucinações, enquanto a "dimensão da desorganização" inclui o discurso e comportamento desorganizados (DSM-IV-TR, 2000).

Os sintomas negativos (Critério A5) incluem restrições na amplitude e intensidade da expressão emocional (embotamento afectivo), na fluidez e produtividade do pensamento e do discurso (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objectivo (avolição) (DSM-IV-TR, 2000).

Os aspectos essenciais da Esquizofrenia são um misto de sinais e sintomas característicos, tanto positivos como negativos, que devem estar presentes por um período de tempo significativo durante um mês, ou por um tempo menor, se tratados com sucesso, com a persistência de alguns sinais de perturbação por pelo menos 6 meses, devendo ser excluídas, para efeitos de diagnóstico de perturbação esquizoaffectiva ou perturbação do humor com características psicóticas ou aos efeitos fisiológicos directos de uma substância no estado físico geral (DSM-IV-TR, 2000, Kay, 2002).

Do ponto de vista nosológico, a Esquizofrenia é uma doença heterogénica em termos de sintomatologia, severidade, duração, curso, resposta à terapêutica e provavelmente na etiologia. Contudo, foram várias as tentativas por parte de diversos autores para subdividir esta doença em categorias ou subtipos, definidos pela sintomatologia dominante aquando do processo de avaliação (Cordeiro, 2002).

A Esquizofrenia Paranóide constitui o “modelo” mais vulgar do doente com esquizofrenia e que apresenta um melhor prognóstico em relação ao funcionamento profissional e à capacidade de autonomia. Caracteriza-se essencialmente pela presença de delírios ou alucinações auditivas proeminentes no contexto de uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afecto. Os delírios são tipicamente persecutórios e/ou grandiosos, no entanto, delírios envolvendo outros temas como o

ciúme e a religiosidade, também podem ocorrer (DSM-IV-TR, 2000; Cordeiro, 2002; Pires, 2003).

No subtipo da Esquizofrenia Hebefrénica está alterado principalmente a afectividade, com delírios e alucinações fragmentários. O pensamento é desorganizado e o comportamento é desinibido e desorganizado. Normalmente inicia-se de forma precoce, insidiosa, entre os 15 e os 25 anos de idade. (DSM-IV-TR, 2000; Cordeiro, 2002; Pires, 2003).

O subtipo de Esquizofrenia Catatónica, mais raro, é caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sintomas psicomotores característicos: acinesia (catalepsia ou estupor), agitação extrema, negativismo intenso ou mutismo, ecolália, estereotípias e maneirismos (DSM-IV-TR, 2000; Cordeiro, 2002; Pires, 2003).

Por outro lado, o subtipo Esquizofrenia Indiferenciada, é reservado para aqueles doentes que não se enquadram em nenhum dos subtipos descritos ou apresentam sintomas de mais de um dos subtipos, sem predominância de nenhum deles (DSM-IV-TR, 2000).

Por último, a Esquizofrenia Residual que consiste no estágio crónico da esquizofrenia, para onde evoluem a longo prazo quase todos os subtipos de doença, é caracterizado pela presença de evidências contínuas de perturbação esquizofrénica, na ausência de um conjunto completo de sintomas activos (DSM-IV-TR, 2000; Cordeiro, 2002)

Embora descrita por Bleuler, no DSM-IV-TR (2000) apenas está contemplada em apêndice, por se encontrar em fase de estudo. A Esquizofrenia simples, é considerada pouco comum e de início insidioso, porém progressivo, com predomínio de sintomas negativos desde o início do quadro clínico, mas com evolução para uma deterioração funcional grave (DSM-IV-TR, 2000; Cordeiro, 2002; Pires, 2003).

Contudo, as insuficiências e a falta de operacionalidade das formas tradicionais de esquizofrenia conduziu à formação de outros subtipos baseados apenas na clínica e na evolução da doença, ainda que válidas no sentido de homogeneização, não resolveram o problema da heterogeneidade da Esquizofrenia.

1.3 *Epidemiologia e Curso da Doença*

Os sinais e sintomas pré-mórbidos precedem à fase pró-drômica da doença. Embora a primeira hospitalização seja frequentemente considerada o começo do transtorno, sinais e sintomas frequentemente estão presentes por meses ou mesmo por anos. As primeiras queixas podem ser relacionadas com sintomas somáticos, nomeadamente cefaleia, dor lombar ou muscular, fraqueza ou problemas digestivos. No estágio pré-mórbido o sujeito pode começar a desenvolver um novo interesse por ideias abstractas, filosofia, ocultismo ou questões religiosas (Kaplan, 1997).

Kaplan (1997) alertou para o facto de que a aparência do doente pode variar amplamente, desde uma pessoa completamente desarrumada, que grita e se mostra agitada, até uma pessoa obsessivamente arrumada, completamente calada e imóvel. O comportamento pode tornar-se agitado ou violento, sem provocação ou razão evidente, mas, geralmente, em resposta a alucinações. Na catatonia o sujeito aparece completamente sem vida, exibindo sinais de mutismo, negativismo e obediência automática. Os doentes catatónicos podem ficar sentados imóveis e mudos e moverem-se apenas quando dirigidos.

No entanto, os factores tradicionalmente considerados preditivos, que indicam mau prognóstico na Esquizofrenia são, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) de início precoce e insidioso, personalidade pré-mórbida pobre, período longo entre o surgimento dos sintomas e o tratamento, preferencialmente o sexo masculino, falta de componente afectiva importantes e de factores precipitantes claros, histórico familiar de esquizofrenia, coeficiente de inteligência baixo para além de factores como classe social baixa e isolamento social (John Wiley & Sons, 1979; citado por Jablensky, 1992).

Jablensky (1992) refere ainda, que a Esquizofrenia com início em idade precoce, menos de 20 anos, e insidioso, em oposição ao início agudo da doença, sugere um mau prognóstico para esses doentes. Assim, Cordeiro (2002) explica que a psicose de início abrupto, evolui quase sempre para uma melhoria rápida com grandes probabilidades de recuperação a nível da actividade pré-mórbida. Existem também, fortes indícios de por quanto mais tempo se adiar o tratamento, mais prejudicial será para o futuro dos doentes.

Wyatt (1991) numa revisão de vários estudos observou que, o uso do medicamento aumentava a possibilidade de evolução favorável a longo prazo.

A Esquizofrenia foi encontrada em todos os grupos raciais e sociais até aqui estudados. As taxas de incidência variam consideravelmente, porque nem todos os psiquiatras utilizaram os mesmos critérios de diagnóstico (Jablensky, 1992).

Numa revisão de vários estudos epidemiológicos realizados na Europa e nos Estados Unidos, Dohrenwend et al (1980) estimaram a prevalência de Esquizofrenia com base na tendência central dos resultados (mediana) em 0,59%, com variação de 0,6% a 3%, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados, não havendo evidência de diferença entre os sexos.

No entanto trabalhos posteriores, conduzidos com metodologia mais sofisticada, têm apresentado resultados acima desses valores, próximos a 1% da população (Regier, 1988). Numa revisão mais recente da OMS sobre o impacto mundial da doença, Murray e Lopez (1996) relataram uma taxa de prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres.

Assim, as revisões dos estudos de prevalência de esquizofrenia originam uma estimativa aproximada de 0,5%, mas os estudos realizados nos últimos anos sugerem uma prevalência de esquizofrenia aproximadamente de 1% (Cordeiro, 2002; Hopper, 2007).

As diferentes estimativas de incidência da Esquizofrenia sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro novos casos por ano para uma população de 10.000 habitantes. A incidência real deve estar entre 1 e 7 novos casos para 10.000 habitantes por ano, dependendo do critério diagnóstico adoptado na estimativa (Sartorius, 1986; Jablensky, 1992).

O início da doença é mais precoce no homem do que na mulher. A idade de pico para o início nos homens é dos 15 aos 25 anos, e dos 25 aos 35 anos nas mulheres. Cerca de 90% dos doentes em tratamento para a Esquizofrenia têm entre 15 e 55 anos (Kaplan, 1997). É importante referir ainda, que na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade de início é tão precoce para os homens como para as

mulheres. No entanto as mulheres apresentam um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social (Jair, 2000).

1.4 Características Clínicas, Co-morbilidade, morbidade e Mortalidade

Os sinais e sintomas clínicos da Esquizofrenia levantam três questões fundamentais. Nenhum sinal ou sintoma clínico é patognomônico de Esquizofrenia; cada sinal ou sintoma visto na Esquizofrenia pode ser encontrada em outros transtornos psiquiátricos e neurológicos. Desta forma, o diagnóstico de Esquizofrenia não pode ser baseado simplesmente no exame do estado mental. A história do doente é essencial para o diagnóstico de Esquizofrenia e em segundo lugar, os sintomas podem mudar com o tempo (Kaplan, 1997).

A Esquizofrenia está associada com frequência a outras doenças como tuberculose, doença celíaca, mixedema, doença cardíaca arteriosclerótica (Kay, 2002), diabetes, obesidade, cancro, SIDA e hepatite C (Connolly, 2005 e Velakoulis, 2003; citado por Rocha 2007). Existem estudos que descrevem também um pequeno risco de artrite reumatóide em doentes esquizofrénicos.

Por outro lado, existem também diversas doenças clínicas que exibem sintomas semelhantes aos da Esquizofrenia. O transtorno neurológico clinicamente parecido com a Esquizofrenia mais comumente observado é a epilepsia, particularmente do lobo temporal, a calcificação dos gânglios da base, assim como porfiria intermitente aguda (Kay, 2002).

Desequilíbrios da função endócrina e algumas doenças infecciosas podem apresentar-se com sintomas que mimetizam a psicose esquizofrénica (Kay, 2002). Alverson (2000) declara que em aproximadamente metade dos indivíduos com doença mental severa, nomeadamente a Esquizofrenia e o transtorno bipolar do humor, encontramos a associação de abuso ou dependência de substâncias psicoactivas.

Assim poder-se-ia explicar as altas prevalências de co-morbilidade entre indivíduos com Esquizofrenia, bem como as altas taxas de dependência a nicotina nesta

população, entre 58 a 88%, (George, et al., 2000, Lichtermann, et al., 2001), quando comparada com a taxa de 30% da população em geral.

Os modelos etiológicos de co-morbilidade de transtorno psiquiátrico com o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas são motivo frequente de estudos. Deste modo, podemos afirmar que pessoas com Esquizofrenia morrem prematuramente. A doença, o tratamento e o seu Estilo de Vida contribuem para o excesso de morbidade e mortalidade (Bloom, 2009).

A elevada morbidade da doença crónica é o factor mais importante nos custos económicos no tratamento da Esquizofrenia. Défices pré-mórbidos, défices cognitivos e sintomas negativos são os responsáveis por grande parte da incapacidade. Além disso, doentes esquizofrénicos com evoluções mais graves podem necessitar de hospitalizações repetidas e podem não ser capazes de manter uma vida independente ou um emprego estável (Kay, 2002).

Vários estudos alargados tem demonstrado sistematicamente que a mortalidade dos doentes com Esquizofrenia é mais alta do que a da população em geral. Assim, a morte por todas as causas, excepto por cancro e doença vascular cerebral, estava aumentada em relação à população em geral (Allebeck, 1989).

A expectativa de vida para os indivíduos com esquizofrenia é de apenas 57 anos para os homens e 65 anos para as mulheres, cerca de 20% menor do que a expectativa de vida para a população em geral (Newman, 1991; Harris, 1998).

Aproximadamente 10% da mortalidade é secundária a suicídio (Brown, 1997; Joukamaa, 2001). Jovens esquizofrénicos do sexo masculino têm maior probabilidade de consumir as tentativas de suicídio, especialmente no início das suas doenças. O grau de isolamento social, agitação, depressão, sensação de desesperança, história de tentativas de suicídio e a perda recente de pessoas significativas podem estar associados a um maior risco de suicídio entre doentes esquizofrénicos.

Cerca de dois terços desse excesso de mortalidade acredita-se que resulta de problemas de saúde física principalmente, doenças cardiovasculares (Brown et al., 2003). Como resultado da Esquizofrenia, doentes têm duas vezes mais probabilidades

de morrer de doença cardiovascular relativamente a indivíduos na população geral (Casey et al., 2004).

A prevalência da obesidade é maior entre as populações com esquizofrenia do que na população em geral (Homel et al. 2002). Além disso, o ganho de peso e a obesidade são uma consequência da maioria dos anti-psicóticos, particularmente os atípicos (Haddad, 2005), dado que existe uma maior prevalência de obesidade nestes doentes com esquizofrenia do que nos não medicados (Theisen et al. 2001). Assim, o excesso de peso corporal aumenta o risco de morbilidade e mortalidade e, é o maior factor de risco para diabetes tipo II na Esquizofrenia (Bloom, 2009).

1.5 Etiologia

A causa da Esquizofrenia não é conhecida, contudo, o rápido desenvolvimento das neurociências combinado com os avanços da pesquisa psiquiátrica promoveram um maior optimismo sobre a descoberta da causa e a descrição da fisiopatologia da doença. A visão dominante é de que a Esquizofrenia possa ser heterogénea em relação à causa. Portanto, múltiplos mecanismos causais podem originar diferentes subtipos da doença.

A Esquizofrenia representa um desafio «assustador» para investigadores da área da genética, por várias razões, entre elas a escassez de histórias familiares ampliadas multigeracionais contendo um grande número de pessoas afectadas, a possibilidade de heterogeneidade genética (como mais de um fenótipo ou mais de uma variante genética), e a falta de consenso quanto ao modo de transmissão. Apesar desses obstáculos imensos, foram feitos grandes progressos na determinação de uma base genética para pelo menos algumas formas de Esquizofrenia.

No entanto, actualmente existe um amplo consenso que a frequência da Esquizofrenia é maior entre parentes de primeiro grau de indivíduos esquizofrénicos. Estudos de adopção forneceram evidências de que parentes de primeiro grau de pessoas esquizofrénicas adoptadas apresentavam maiores taxas de Esquizofrenia (Kety, 1987).

Outro estudo constatou que o número de filhos de mães esquizofrénicas que desenvolviam Esquizofrenia era significativamente maior (9,1%) que o grupo controlo

(1,1) e foi ainda encontrada uma relação entre um ambiente familiar nocivo e a Esquizofrenia. Desta forma pressupõe-se, que factores ambientais podem influenciar na manifestação da doença em indivíduos geneticamente susceptíveis (Kay, 2002).

Por outro lado, a concordância da Esquizofrenia entre gémeos dizigóticos é de 8 a 12%. Estes números são muito maiores que a taxa de 1% da população geral e são comparáveis à taxa de concordância de Esquizofrenia entre irmãos de primeiro grau. A concordância da Esquizofrenia entre gémeos monozigóticos é de aproximadamente 50%. O facto de a contribuição genética não ultrapassar 50% sugere a interferência de factores adicionais, talvez não genéticos, na origem da Esquizofrenia (Kay, 2002).

Existem também pesquisas sobre a causa da Esquizofrenia projectadas para identificar o(s) gene(s) defeituoso(s) responsável(is) pela doença.

Noutra perspectiva, a evidência de que infecções virais (hipóteses virais) sejam a causa de Esquizofrenia compreende, o aumento de nascimentos de indivíduos que posteriormente desenvolvem Esquizofrenia durante epidemias de gripe e, uma maior taxa de nascimentos no inverno de doentes com Esquizofrenia, devido à maior taxa de infecções virais nos meses de inverno. Além disso, foi descoberto que a relação entre exposição viral e a Esquizofrenia parece mais intensa quando a exposição ocorre durante o segundo trimestre de gravidez. O segundo trimestre é um período crítico para o desenvolvimento cortical e límbico (Kay, 2002).

Contudo, somente nas últimas décadas as ferramentas de investigação tornaram possível examinar o cérebro humano com detalhes suficientes para confirmar anormalidades cerebrais na Esquizofrenia e assim formar algumas teorias neuroanatômicas descritas abaixo.

Na Disfunção Imunológica, vários grupos de investigação têm explorado a possibilidade de que a Esquizofrenia possa estar associada a um prejuízo da função imunológica, incluindo alterações da auto-imunidade. Anticorpos anticardiolipina e antinucleares, dois auto-anticorpos usados como marcadores de vulnerabilidade auto-imune, mostraram elevações em doentes com Esquizofrenia em alguns estudos sobre a doença, mas não todos (Kay, 2002). Antígenos de histocompatibilidade específicos (antígenos leucocitários humanos) também foram relacionados a diversas doenças auto-

imunes, e têm sido investigados na Esquizofrenia, com resultados conflitantes (Miyanaga, 1984). Dois outros marcadores relevantes à função auto-imune, prejuízo na resposta proliferativa de linfócitos T à fitoemaglutinina mitogénica e prejuízo na produção de interleucina, mostraram alterações mais consistentes em doentes esquizofrénicos que em populações controlo (Coffey, 1983). Alguns dos trabalhos mais intrigantes desta área estão voltados à pesquisa de anticorpos para o tecido cerebral.

No entanto, o achado morfológico mais consistente na literatura sobre a Esquizofrenia foi o aumento dos ventrículos, confirmado em mais de 50 estudos de tomografia computadorizada (TC) e em vários estudos de ressonância magnética (RM) (Pahl, 1990).

Os ventrículos aumentados provavelmente constituem uma manifestação secundária à atrofia cerebral ou algum outro processo que provoque reduções focais ou generalizadas da massa cerebral. Na verdade, têm havido muitos relatos de atrofia e redução da massa cerebral na Esquizofrenia.

Por outro lado, existem evidências de estruturas límbicas, incluídas no sistema Límbico, implicadas na Esquizofrenia são estas, o hipocampo (memória), o córtex cingulado anterior (atenção) e a amígdala (expressão emocional e afiliação social).

Para além disto, existem mais relatos de anormalidades no hipocampo e em outras estruturas mesotemporais relacionadas com a esquizofrenia que em outras estruturas límbicas. A patologia mesotemporal é consistentemente encontrada em estudos sobre Esquizofrenia. Um dos achados morfológicos mais consistentes encontrados na RM é a redução do tamanho do hipocampo (Breier, 1992).

Ao nível do córtex pré-frontal, várias linhas de evidência implicaram o córtex pré-frontal com a Esquizofrenia. Estudos de TC forneceram evidências de atrofia pré-frontal, e alguns estudos de RM, embora não todos, encontraram evidências de diminuição do volume desta estrutura (Breier, 1992; Andreasen, 1986). Existem relatos de redução da espessura cortical, perda de células piramidais, má formação celular, perda de inter-neurónios GABA e evidências de falha na migração neuronal.

As outras áreas neocorticais implicadas na esquizofrenia são o giro temporal superior e o córtex parcial inferior. Na verdade, estudos de RM constataram que o giro

temporal superior apresentava redução de tamanho na esquizofrenia, e encontraram uma relação significativa entre estas reduções e a presença de alucinações auditivas (Barta, 1990). Do mesmo modo, foi proposto que a área de Wernicke, que está envolvida na concepção e organização do discurso, mediará o transtorno do pensamento da esquizofrenia, particularmente a desorganização conceptual (Kay, 2003).

Nos circuitos neurais, devido ao grande número de diferentes achados neuroanatómicos nos estudos sobre esquizofrenia, bem como tendo em conta a compreensão de que a função cerebral envolve a integração de diversas regiões cerebrais, as teorias actuais sobre a neuroanatomia da doença estão centradas nos circuitos neurais. É possível que uma lesão isolada em qualquer parte do circuito neural possa produzir disfunção de toda a rede, e portanto podem ser retiradas conclusões hipotéticas ao ser investigado apenas um componente de uma rede neural. Um desafio para o futuro consiste em desenvolver novas abordagens para exame do cérebro como um sistema integrado e altamente interactivo (Kay, 2003)..

As teorias modernas indicam uma anormalidade neuroquímica na Esquizofrenia. A dopamina é o sistema neurotransmissor mais amplamente investigado na esquizofrenia. Cohen (1987) propôs que a esquizofrenia estaria relacionada com a hiperactividade da dopamina, pelo facto, de que todos os agentes antipsicóticos comercialmente disponíveis apresentam efeitos antagonistas no receptor D2 da dopamina, até ao advento da clozapina, uma droga antipsicótica atípica.

Cinco subtipos de receptores dopaminérgicos foram descobertos até à data, D1, D2, D3, D4, D5, sendo que o receptor D4 é particularmente intrigante como candidato fisiopatológico para esquizofrenia. A clozapina possui afinidade diferencial para este receptor (Van Tol, 1991). Além disso, ele está presente em altas concentrações no neocórtex e no sistema límbico, duas regiões cerebrais que supostamente medeiam os sintomas de esquizofrenia.

No entanto, o interesse pela serotonina como candidato fisiopatológico para a esquizofrenia surgiu na década de 1950 com a descoberta de que o alucinógeno dietilamida do ácido lisérgico (LSD) exercia efeitos primários sobre a transmissão serotoninérgica.

A clozapina possui uma afinidade relativamente elevada por receptores específicos de serotonina (5-hidroxitriptamina [5-HT]) (5-HT_{2A} e 5-HT_{2c}) e a risperidona, possui propriedades antagonistas de serotonina ainda maiores. Formulando a hipótese de que o equilíbrio entre serotonina e dopamina poderia estar alterado na esquizofrenia (Kay, 2003), estamos ainda no início da compreensão do possível envolvimento da serotonina na esquizofrenia, apesar da explosão de novas informações sobre a estrutura e função dos receptores 5HT (Brier, 1992).

Outro importante neurotransmissor é o glutamato, aminoácido excitatório cerebral que está criticamente envolvido na aprendizagem, na memória e no desenvolvimento cerebral. Existem cinco receptores de aminoácidos excitatórios no cérebro. O interesse pelo glutamato e pelo receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) na esquizofrenia surgiu devido à semelhança entre a psicose por fenciclidina (PCP) e a psicose da esquizofrenia. Outros achados que apoiam uma actividade hipoglutamatérgica na esquizofrenia são a diminuição dos níveis de glutamato no líquido cefalorraquidiano, o aumento do número de receptores NMDA assim como a diminuição da ligação de glutamato no neocórtex em estudos *post-mortem*.

Por outro lado o Ácido gama-aminobutírico (GABA) é, o principal neurotransmissor inibitório do cérebro. O suporte para envolvimento do GABA na esquizofrenia tem origem em duas linhas de investigação. Primeiro, estudos clínicos demonstraram que os benzodiazepínicos, administrados em associação com drogas antipsicóticas e como tratamento isolado, são efectivos na redução de sintomas em subgrupos de pacientes esquizofrénicos (Wolkowitz, 1991). Os benzodiazepínicos são agonistas nos receptores GABA_A. Segundo, estudos *post-mortem* encontraram um défice nos interneurónios GABA no cíngulo anterior e no córtex pré-frontal, e diminuição dos pontos de captação de GABA no hipocampo (Benes, 1991).

1.6 Tratamento

O tratamento eficiente da Esquizofrenia requer mais conhecimento clínico e atenção por parte dos técnicos do que a abordagem à maioria das outras doenças psiquiátricas e clínicas. Este começa logo com a formação da relação terapêutica

terapeuta-doente e deve combinar os progressos mais recentes em intervenções farmacológicas e psicossociais. Esta relação constitui um alicerce para o tratamento de doentes com Esquizofrenia (Kay, 2003).

O primeiro medicamento antipsicótico eficaz, a clorpromazina, obteve a sua patente em 1955. Até há poucos anos atrás todos os antipsicóticos eram antagonistas dos receptores D2 da dopamina, mas nenhum dos medicamentos disponíveis interactua selectivamente com um único receptor. Todos eles têm várias acções farmacológicas e por isso a maioria das reacções adversas associadas a estes medicamentos são previsíveis.

Os antipsicóticos têm sido classificados em típicos e atípicos sendo que a distinção entre uns e outros nem sempre é clara, mas essencialmente têm em consideração a afinidade para os receptores D2 e conseqüente risco de indução de efeitos extrapiramidais. Assim, os antipsicóticos típicos são os que têm elevada afinidade para os receptores D2 e produzem frequentemente efeitos extrapiramidais graves e os antipsicóticos atípicos são os que têm menor afinidade para os receptores D2, tendo menor probabilidade de determinar efeitos extrapiramidais (Osswald, 2009). A dopamina é um neurotransmissor, uma substância química que ajuda a veicular os impulsos eléctricos através das vias nervosas e entre os nervos. Uma actividade excessiva da dopamina associa-se às alucinações e delírios (Merk, 2006). Recentemente desenvolveu-se um subgrupo de antipsicóticos que são simultaneamente antagonistas dos receptores da dopamina e dos da serotonina. Neste subgrupo incluem-se as seguintes moléculas: risperidona, olanzapina, sertindol e clozapina (Merk, 2006; Osswald, 2009).

A clozapina, apesar de tudo, é ainda um medicamento particular, quer pelo seu perfil de afinidade para os diferentes receptores (por exemplo é o único antipsicótico que se liga com maior afinidade aos receptores D4 do que aos D2), quer pelo facto de ser o antipsicótico com maior eficácia demonstrada no tratamento de doentes esquizofrénicos resistentes (Osswald, 2009). Estudos sobre esquizofrenia crónica e resistente ao tratamento nos Estados Unidos sugerem que perto de 50% dos doentes exibem melhor resposta a clozapina que a neurolépticos tradicionais (Kay, 2003). O principal problema da clozapina é o risco de agranulocitose que para ser minimizado

obriga a controlos frequentes do hemograma. De um modo geral o subgrupo dos antagonistas da dopamina e da serotonina apresenta como principais vantagens, em relação aos antagonistas da dopamina, o facto de serem mais eficazes no tratamento dos sintomas negativos, serem melhor tolerados e produzirem menos efeitos extrapiramidais (Osswald, 2009).

A risperidona foi aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos quatro anos após a clozapina receber aprovação para uso em doentes resistentes ao tratamento. A risperidona, ao contrário da clozapina, está associada com sintomas extrapiramidais de uma maneira dependente da dose; contudo, é um agente antipsicótico efectivo com sintomas extrapiramidais mínimos. A risperidona pode provocar efeitos colaterais, incluindo insónia ou sedação, agitação, cefaleia, obstipação e palpitações (Kay,2003).

A lista das reacções adversas inclui sintomas e sinais extrapiramidais (movimentos distónicos, crises oculogiras e síndromes parkinsónicas) desde acatísia no início da terapêutica até discinésias tardias após terapêutica prolongada. A distonia aguda ocorre geralmente no início da terapêutica ou quando há subida da dose, nas crianças e nos jovens. Há também o risco de síndrome maligno dos neurolépticos, que é uma alteração disautonómica e idiossincrática cuja taxa de mortalidade é de 30%. Produzem, em graus variáveis, sedação e efeitos anticolinérgicos, hipotensão ortostática e arritmias, para além disso registam-se também náuseas, vómitos, dores abdominais, irritação gástrica, crises convulsivas, alterações endócrinas, alterações hematológicas, erupções cutâneas e alterações idiossincráticas das transaminases e por vezes icterícia colestática (Osswald, 2009).

Os objectivos gerais do tratamento são reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos, prevenir o reaparecimento dos episódios sintomáticos e a deterioração associada do funcionamento do indivíduo e administrar um apoio que permita ao doente um funcionamento ao máximo nível possível. Os fármacos antipsicóticos, a reabilitação e as actividades com apoio comunitário e a psicoterapia são os três componentes principais do tratamento (Kay, 2003).

A reabilitação psicossocial é dirigida para ensinar as competências necessárias para viver em comunidade, permitindo às pessoas com esquizofrenia trabalhar, fazer

compras, cuidar de si mesmas, manter uma casa e relacionar-se com outras pessoas. Embora possam ser necessárias quer a hospitalização durante as recaídas graves quer a hospitalização forçada se o doente representar um perigo para si mesmo ou para outros, o objectivo geral é conseguir que as pessoas com esquizofrenia vivam dentro da comunidade. Para atingir este objectivo algumas pessoas podem necessitar de viver em apartamentos vigiados ou em grupos com alguém que possa assegurar que tomam a medicação prescrita (Kay, 2003).

Um pequeno número de pessoas com esquizofrenia são incapazes de viver de modo independente, porque não possuem as capacidades necessárias para viver na comunidade. Estas pessoas necessitam de uma atenção continuada num ambiente seguro com apoio (Kay, 2003).

Estudos têm mostrado repetidamente que os sintomas de esquizofrenia possuem apenas uma componente genética, mas também uma componente ambiental, e as interações com a família e com a comunidade podem alterar o curso da doença. Ficou claro que as estratégias de tratamento psicofarmacológico são mais eficazes quando combinadas com algum tipo de intervenção psicossocial, e vice-versa. Devido à natureza crónica da esquizofrenia, um ou mais tratamentos podem ser necessários durante o curso da doença, e estes podem exigir modificações à medida que os sintomas sejam alterados com o tempo (Kay, 2003).

O terapeuta que realiza psicoterapia individual deve concentrar-se em formar e manter uma aliança terapêutica, proporcionando um ambiente seguro no qual o doente seja capaz de discutir abertamente os sintomas.

A literatura sugere que doentes esquizofrénicos podem beneficiar com o treino de competências sociais. Este modelo baseia-se na noção de que o curso da esquizofrenia é, em parte, um produto do ambiente, que é inerentemente stressante devido aos défices sociais apresentados por estes doentes, se os doentes forem capazes de monitorizar e reduzir o seu stress, reduzem potencialmente o risco de recaída (Kay, 2003).

Para que esta intervenção tenha sucesso, os doentes devem conhecer e estabelecer as suas próprias metas, nomeadamente, o controle da medicação, actividades

da vida diária ou o relacionamento com uma colega de quarto. Competências e défices sociais podem ser avaliados pelo relato do doente, observação dos padrões comportamentais por profissionais treinados, ou uma medida das respostas fisiológicas a situações específicas. Os doentes podem realizar um treino comportamental, no qual respostas sociais adequadas são moldadas com o auxílio de terapeutas. A identificação de factores causais de stress familiar e consequente educação das famílias quanto à Esquizofrenia parece também produzir benefícios a longo prazo para os doentes (Kay, 2003).

Neste enquadramento, a reabilitação psicossocial parece ser um meio efectivo de promover as competências funcionais de pessoas que experienciam uma doença mental, através de programas e estruturas de empregos protegido, de habitação apoiada, e serviços de controlo de medicação e consultaria. Estes programas podem representar uma opção importante para muitas destas pessoas, contribuindo de forma significativa para a promoção de estilos de vida mais saudáveis e adaptativos e consequentemente para uma melhoria efectiva da funcionalidade e qualidade de vida. Analisemos de forma mais detalhada, no ponto seguinte, a forma de a conceptualizar actualmente e a sua relação com os estilos e níveis de qualidade de vida.

2. Reabilitação e a sua relação com Estilos de Vida, Qualidade de Vida, Capacidade Funcional

Podemos hoje assumir de forma clara, tendo em conta o actual plano nacional de saúde mental e as reformas que o antecederem, que o sistema de prestação de cuidados de saúde mental é hoje convictamente alicerçado nos princípios da psiquiatria comunitária e dos actuais valores da reabilitação psicossocial, por conseguinte, na prestação de cuidados a partir de diferentes tipologias de estruturas comunitárias descentralizadas e dos hospitais gerais, mais próximos das populações e mais facilitadoras da inclusão e participação social.

Isto não significa que a realidade seja feita de uma «única realidade» e que não haja muito a fazer na forma de perspectivar estes novos pressupostos e de os universalizar e sobretudo, na persecução dos recursos necessários para a

operacionalização efectiva deste modelo. Em Portugal, muitas reformas e políticas de saúde mental têm falhado, não porque não estejam correctas nos seus princípios mas porque, nunca forma convictamente afectados os recursos financeiros (e consequentemente matérias e humanos) que permitissem a sua operacionalização.

2.1 Reabilitação em Saúde Mental – Contextos Residenciais

No passado, os serviços de saúde mental estiveram durante muito tempo centrados em grandes instituições psiquiátricas, separadas do sistema geral de saúde.

Nos últimos 25 anos registaram-se esforços significativos em todo o mundo para substituir os serviços baseados no antigo modelo dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária (CNSM, 2008).

A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar de forma permanente, em hospitais psiquiátricos (CNSM, 2008). As perturbações psicóticas, que no passado condenavam muitos doentes a longos períodos no hospital e a altos níveis de incapacidade, passaram a poder ser acompanhadas na comunidade, desde que os serviços assegurem intervenções psicossociais em combinação com o tratamento farmacológico (CNRSSM, 2007). Deste modo, novos modelos de serviços de saúde mental, desenhados para assegurar cuidados integrados na comunidade, foram desenvolvidos e amplamente avaliados em muitos países. Todos os estudos comparando estes novos serviços com os tradicionais serviços de base hospitalar demonstraram que os serviços comunitários são mais efectivos e são largamente preferidos pelos doentes e suas famílias (CNSM, 2008).

Assim, a reabilitação psicossocial na comunidade de acordo com CNRSSM (2007) pode variar entre residências protegidas, situadas em edifícios de habitação comum, de pequena dimensão (5 a 7 pessoas) de forma a criar um ambiente semelhante ao meio familiar; centros comunitários para socialização, treino de competências sociais e promoção da integração social; serviços de orientação, formação e reabilitação profissional; sistemas de emprego apoiado e apoios à contratação no mercado de

trabalho; cooperativas ou empresas de inserção; serviços de apoio domiciliário associados a respostas habitacionais independentes e individualizadas; grupos de auto-ajuda para promoção de autonomia e *empowerment*; grupos psico-educacionais para doentes e famílias; organizações de utentes ou de famílias para defesa dos interesses próprios e representação nas instâncias de decisão, planeamento e avaliação dos serviços; linhas telefónicas S.O.S.; promoção da participação activa através da educação para a cidadania e *empowerment*; apoio às organizações não governamentais que operam na área da reabilitação psicossocial, defesa de direitos e representação de utentes e famílias.

O objectivo deste leque diversificado de serviços é promover a inclusão social e prevenir a exclusão das pessoas com problemas de saúde mental do acesso à educação, formação, emprego, habitação condigna, protecção social, cultura, justiça, e favorecer a sua integração nas comunidades naturais, bem como a igualdade de oportunidades em todos os contextos (CNRSSM (2007).

Toda a evidência científica disponível veio mostrar que a transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços com base na comunidade é a estratégia de desenvolvimento de serviços que melhor garante a melhoria da qualidade de cuidados de saúde mental (CNRSSM, 2007).

Duma maneira geral, quando falamos hoje de serviços de psiquiatria de cariz comunitário referimo-nos sobretudo a uma rede de serviços que combinam agências estatais, privadas e voluntárias, coordenadas por equipas multidisciplinares, acessíveis e capazes de oferecer flexibilidade e confiança, ligadas por sua vez aos cuidados primários (Caldas de Almeida, 2008). Deste modo, são necessárias nos centros de Saúde ou nos serviços dos Hospitais Gerais as admissões de emergência para doentes com perturbação aguda. Outros, podem ser seguidos na comunidade depois de terem sido controlados os sintomas agudos (Caldas de Almeida, 2008). Assim, um número relevante de doentes, são seguidos agora por equipas de saúde mental públicas que trabalham em colaboração com os cuidados primários.

De acordo com a legislação de saúde mental, aprovada nos anos 90 (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho e o Decreto Lei n.º 35/99), a prestação destes cuidados é promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos

doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social, o tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais. No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes (CNSM, 2008).

Por outro lado, existem ainda soluções como as residências apoiadas, com elevado grau de dependência, ou seja apoio máximo; residências integradas, com moderado grau de incapacidade e dependência ou seja apoio intermédio; e autónomas com razoável grau de autonomia ou seja apoio mínimo, localizadas preferencialmente na comunidade, que se destinam a pessoas com doenças mentais crónicas, clinicamente estabilizadas e impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado (Caldas de Almeida, 2008).

Desta forma, as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades da pessoa, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital e/ou comunidade) e as condições culturais e sócio-económicas do país onde é levada a cabo (WHO 2001). Alguns serviços optam por criar unidades de dia, residências de transição, ou outros dispositivos, que, apesar de se enquadrarem no âmbito dos serviços de saúde mental hospitalares, têm em vista preparar as pessoas para a vida na comunidade.

As pessoas com disfunção psiquiátrica devem desenvolver as suas competências em função dos requisitos que o meio lhes impõe e algumas alterações no contexto onde a pessoa vive podem potenciar a sua funcionalidade e independência (Fazenda, 2006).

Estes factos anteriormente referidos tornaram-se possíveis devido ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da terapêutica psicofarmacológica a partir dos anos 50 do século passado, pelo melhor conhecimento e identificação dos transtornos psiquiátricos e, por uma intervenção mais precoce (Mazza, 2007).

As terapêuticas psicofarmacológicas são razoavelmente eficazes no tratamento dos sintomas positivos, como as ilusões e alucinações, mas alguns estudos demonstram que os sintomas negativos como a atenção, a memória e a resolução de problemas são responsáveis por muitas das dificuldades associadas à doença (Ornelas, 2005). Deste

modo, não se pode ter integração comunitária se as pessoas não puderem trabalhar por terem disfunções cerebrais que dificultam o processamento de informação ou a concentração se não tivermos estratégias disponíveis para os apoiar (Ornelas, 2005).

Assim, na década de 90 surge uma nova visão da reabilitação que dá uma maior importância à experiência das pessoas com doença mental, às suas necessidades e aspirações, e ao seu percurso pessoal para a recuperação (*recovery*) (Frese et al, 2001).

O processo de *recovery* é descrito como uma mudança de atitudes, valores, significados e objectivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a ultrapassar os efeitos catastróficos não só da doença mental, mas também do isolamento, do estigma, da perda do emprego e dos vínculos sociais. A pessoa com doença mental constrói para si um novo projecto de vida, um percurso pessoal para a emancipação e para uma vida satisfatória (Frese et al, 2001). O *recovery* tem sido definido de muitas formas, mas a sua premissa básica é a capacidade da pessoa ter uma vida com satisfação. O principal objectivo é o de viver uma vida com o maior índice de realização possível, com esperança, companheirismo e prazer e tentar obter cada vez mais capacidades, dentro dos constrangimentos da situação de cada pessoa (Jonsson, 2002).

Deste modo, toda a reabilitação é focada na pessoa, perspectivando-a como alguém com potencialidades, talentos, interesses e também com limitações. Assim como, nos direitos das pessoas a uma parceria plena em todos os aspectos relacionados com o seu *recovery*, quer na parceria ao nível da concepção, planeamento, implementação e avaliação dos serviços que apoiam o seu processo de *recovery*, quer na escolha de todos os aspectos do seu processo de *recovery*, incluindo áreas como os objectivos e resultados pretendidos (Jonsson, 2002).

No entanto, para as pessoas com doença mental o conceito de *recovery* está fortemente associado à ideia de *empowerment*.

O *empowerment* é um conceito complexo, com uma dimensão individual e colectiva e que descreve um processo constituído por elementos como: a posse de poder de decisão, o acesso à informação e recursos, a capacidade de aprender a pensar com um espírito crítico, a esperança, a assertividade, a compreensão que as pessoas têm direitos, a capacidade de aprender competências consideradas importantes pelas

peças, não se sentir só e fazer parte de um grupo, promover mudanças na sua própria vida e a na comunidade, mudar as percepções das outras peças, mostrar a diferença sem medo, maturidade e mudança continuadas e a redescoberta de uma identidade pessoal mais positiva e ultrapassar o estigma (Chamberlin, 1997).

Desta forma, o movimento de *empowerment* é consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, e de uma maior consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão que se geram na sociedade. “O caminho histórico que alimentou este conceito visa a libertação dos indivíduos relativamente a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminadoras, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana.” (Pinto, 1998)

A Organização Mundial de Saúde, também estabelece que os objectivos da reabilitação psicossocial são primordialmente: a emancipação (*empowerment*) dos utilizadores; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo). Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde (FNERDM, 2006).

A WHO, no seu Relatório Anual de 2001, define a reabilitação psicossocial como "um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais". As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais e individuais e a criação de um sistema de suporte de longa duração.

Anthony e colaboradores (2002) e Pratt e colaboradores (2002) (citados por Marques, 2007) afirmam que na Reabilitação Psicossocial a aquisição de competências individuais e o desenvolvimento de contextos de suporte são as duas principais intervenções - “a reabilitação de peças com doença mental implica concomitantemente o desenvolvimento de competências e a modificação dos

contextos”. Desta forma é possível afirmar que a terapêutica psicofarmacológica pretende limitar a sintomatologia, diminuir pensamentos bizarros e sentimentos de ansiedade e angústia e normalizar o comportamento. A reabilitação pretende capacitar a pessoa disfuncional para atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restritivo possível (Mazza, 2007).

Desta forma, todo o processo terapêutico tem que seguir os valores e princípios mais actuais da Reabilitação Psicossocial e de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental prevê-se pessoas com incapacidades psiquiátricas e outras em situação de exclusão social devem ter acesso a um estilo de vida com oportunidades, objectivos e aspirações idênticas a qualquer outro cidadão.

2.2 Estilos de Vida

Dada a elevada importância atribuída actualmente a este conceito, enquanto determinante da saúde e do funcionamento psicossocial de um sujeito, foram surgindo ao longo dos tempos várias formas de perspectivar e conceptualizar os Estilos de Vida.

Segundo George Simmel (1858-1918), a revolução industrial com a modernização fomentou a impessoalidade das grandes metrópoles. Simultaneamente, graças à expansão dos mercados, à complexidade da divisão do trabalho e à diferenciação urbana, as possibilidades de escolha oferecidas aos indivíduos multiplicaram-se. Este aumento de opções permite aos indivíduos adoptarem e construir os seus próprios Estilos de Vida. Estes individualizam e resguardam a sua subjectividade, funcionando como uma espécie de protecção e de resistência face às tendências rectificadoras da sociedade de massas (citado por Sobel 1981).

Assim, as diferentes condições sociais correspondem a diferentes Estilos de Vida, num sistema global marcado por proximidades e distâncias, afinidades e distinções, gostos e desgostos.

Anthony Giddens (1973) diagnostica uma autêntica explosão nas opções, numa actualidade cada vez mais dinâmica e complexa. As transformações ocorridas em termos de tempo e de espaço, acopladas à descontextualização dos sistemas sociais,

promovem a mudança, a abertura da vida social, a pluralidade dos enquadramentos e a dispersão da autoridade (citado por Sobel 1981).

Pierre Bourdieu (1977) refere que em todo este processo cabe ao Gosto um desempenho fundamental. Ele define a maioria das escolhas, em matéria e convívio, alimentação, vestuário, arte, desporto, mobiliário, entre outras (citado por Sobel, 1981), como opções que tendem a cristalizar-se em Estilos de Vida, próprios de determinados grupos ou estratos sociais. Os Estilos de Vida adquirem assim, maior relevo, tanto na definição das práticas diárias como na construção das identidades pessoais, que são quotidianamente (re)criadas pelas actividades e opções dos indivíduos. A composição da identidade social apela apropriação de um Estilo de Vida ponderadamente construído (Finotti, 2004).

Com o aumento da impessoalidade resultante da urbanização das sociedades modernas, os indivíduos tendem a buscar sua individualidade/ subjectividade, o que é possibilitado pelo aumento das opções de escolha oferecidas a estes mesmos indivíduos. Essa necessidade de individualização aliada ao grande número de opções é que dá origem aos diferentes Estilos de Vida (Finotti, 2004).

Os Estilos de Vida estão ligados ao quotidiano nas actividades diárias, nas atitudes, nos valores e nos comportamentos, dos indivíduos.

Giddens evidencia ainda a influência do grupo na composição do Estilo de Vida, relacionando a identidade pessoal com uma identidade social construída a partir, também, de modelos externos (citado por Sobel, 1981).

Propondo-se uma síntese de toda essa evolução sociológica do conceito de Estilos de Vida, pode-se dizer que estes são resultantes da escolha e/ou gosto pessoal de cada indivíduo, limitados pelas possibilidades de vida e influenciados pelo grupo social no qual o indivíduo está inserido. Os Estilos de Vida são evidenciados e podem ser observados através das actividades diárias, das atitudes, dos valores e dos comportamentos do indivíduo.

Estilo de Vida é um conceito moderno que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de

consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia-a-dia. É a forma pela qual uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam o mundo (Vila Nova, 2004).

Maia (2002) declara que os Estilos de Vida prendem-se com práticas quotidianas e formas de consumo que envolvem escolhas particulares e identitárias em domínios tão díspares como a habitação, a alimentação, os usos do corpo, o vestuário, a aparência, os hábitos de trabalho, o lazer, a religião, a arte, a organização do espaço e do tempo ou o convívio com os outros pares sociais. Distintos e distintivos, com homologias ou correspondências significativas a ligar as suas diversas componentes, os estilos de vida tendem a configurar-se de forma coerente e a exprimir as identidades pessoais e colectivas.

Os Estilos de Vida são definidos por vários autores como padrões de comportamento e de vida. Johnson (1997) refere que o Estilo de Vida é um padrão que inclui os tipos de bens e serviços que as pessoas usam, o gosto pela música, arte, cinema e outros produtos culturais e a escolha de actividades de lazer, enquanto que para Kotler (1997) representam um padrão de vida expresso em termos de actividades, interesses e opiniões. Vila Nova (2004) enquadra-os enquanto padrões de comportamento, crenças, valores, atitudes, próprios de cada classe social. Dias et al. (2003) incluem o auto-conceito e define Estilo de Vida como o factor que identifica a forma de como a pessoa vive e age, na prática das actividades e no comportamento em geral. Do mesmo modo, Rapley (2003) e Dias (2003) compreendem Estilo de Vida como a forma que o indivíduo gere a sua vida, como se relaciona consigo próprio e com os outros e, com o ambiente. Para Rapley (2003), Estilo de Vida é um conceito amplo que engloba a pessoa como um todo e em todos os aspectos da sua actividade, isto é, a forma como gere a sua existência, pelo que esses aspectos se combinam para influenciar todas as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social, emocional e espiritual, e traduzem-se por níveis de satisfação, de bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida.

Deste modo, podemos dizer que os Estilos de Vida estão relacionados com o contexto no qual vivemos e são expressos geralmente sob a forma de padrões de rotinas, hábitos e papéis de acordo com os valores, interesses e motivações, que geralmente são adquiridos nos ambientes familiares e sociais.

Por outro lado, os Estilos de Vida concentrados em características particulares e modelos identificadores das sociedades e/ou dos seus sub-elementos integrantes, são não só produto mas também produtores de cultura, definindo assim a actividade humana, seja ela “cognitiva, afectiva, comportamental, conotativa ou mesmo sensorio-motora” (Rocher, 1989).

Construir uma vida saudável implica adoptar certos hábitos, entre eles a actividade física e a alimentação saudável, enfrentar condições ou situações adversas e adoptar uma postura de ser e estar no mundo com o objectivo de bem viver.

Os estilos de vida como traves mestras da vida e da acção humana, constituem-se como uma problemática da saúde, da qualidade de vida, da educação cívica, da cidadania, dos direitos humanos e das liberdades, direitos e garantias que conduzem ao bem-estar individual e social.

Muitos programas de promoção da saúde consistem em actividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando-se nos seus Estilos de Vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente e na cultura da comunidade em que se encontram.

Compreender a importância dos Estilos de Vida para a saúde das pessoas é ampliar esta concepção de vida saudável e dar passos importantes neste caminho que nos leva à sua construção.

Adoptar hábitos de vida saudáveis é contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias, é participar na criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e, sobretudo, é ser capaz de lidar como o mundo de uma forma positiva.

A tradicional Educação para a Saúde tem-se preocupado essencialmente com a alteração dos Estilos de Vida, deste modo, tem vindo a persuadir as pessoas a alterarem os seus hábitos e rotinas para se envolverem com ambiente onde vivem de forma saudável.

Este modelo de educação para a saúde tem como objectivo que as pessoas cumpram o programa que lhes é proposto, como forma complementar de educação e promoção da saúde (Pereira, 2006).

A importância do desenvolvimento da opção informada e do "empowerment" dos indivíduos e das populações para assumirem atitudes conscientes e responsáveis quanto à sua saúde e a criação de ambientes infra-estruturais (físicos e sócioeconómicos) são outro modo de actuações benéficas, para a promoção de Estilos de Vida saudáveis (Pereira, 2006).

O modelo social de saúde assume a perspectiva positiva da saúde e dá grande ênfase a estratégias de intervenção multifactoriais com vista à melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas e populações.

O estilo de vida apreende ideias ou comportamentos passíveis de serem modificados ou, pelo menos, influenciados dentro de um espaço de tempo relativamente curto, podem variar num horizonte de meses ou anos, a partir de mudanças no ambiente. Hábitos, como a actividade física e a alimentação saudável, que são dois elementos do Estilo de Vida que desempenham um papel significativo na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Blair (1996).

A doença mental grave está associada com significativas co-morbilidades físicas, um Estilo de Vida pouco saudável e um aumento do risco de mortalidade prematura (Holt, 2005).

A manutenção de um estado mental estável continua a ser a primeira prioridade para o bem-estar global do doente. Portanto, uma verdadeira abordagem holística da assistência ao doente deve incluir um tratamento eficaz da doença mental, gestão de saúde física e do Estilo de Vida (Holt, 2005).

Os comportamentos de alto risco, como tabagismo e abuso de drogas, uma dieta pouco saudável e o sedentarismo, são mais prevalentes em populações com doença mental grave do que na população geral - muitas vezes como resultado da privação social (Holt, 2005).

Frequentemente, as pessoas com Esquizofrenia têm baixos níveis de motivação e de energia e estes sintomas promovem a redução da capacidade para manter uma alimentação saudável e actividade física regular (Manson, 2002; Hu, 2001).

Durante a última década surgiram evidências que confirmam, que a dieta e o Estilo de Vida de indivíduos com Esquizofrenia são insalubres em comparação com a população em geral (Bushe, 2005).

De acordo com McCreadie (2003) o Estilo de Vida de pessoas com Esquizofrenia - medido através de dieta, do tabagismo, do peso e da actividade física - é motivo de preocupação, assim como o risco de doença arterial coronária e de acidente vascular cerebral também é elevado em comparação com a população geral, sendo mais significativo entre os homens.

Assim, a Diabetes mellitus, as doenças gastrointestinais, as doenças do aparelho circulatório, o cancro da faringe e o cancro do pulmão podem aumentar a mortalidade em doentes com esquizofrenia (Lichtermann et al 2001). O aumento da prevalência destas condições pode ser resultado de factores associados ao Estilo de Vida (Brown 1997).

A saúde física nas pessoas com Esquizofrenia é muitas vezes deficiente e os indivíduos tendem a morrer cedo com a esperança de vida reduzida em até dez anos em relação à população geral (Link, 2001). Embora o risco de morte por suicídio e acidentes seja elevado nas pessoas com Esquizofrenia, 92% da mortalidade prematura ocorre como resultado de causas naturais (Harris e Barraclough, 1998).

No entanto, Link (2001) afirmam que as pessoas com Esquizofrenia tendem a viver na comunidade e estão entre os mais vulneráveis membros da mesma.

McCreadie et al. (2003) encontraram hábitos alimentares pouco saudáveis, num estudo em indivíduos com Esquizofrenia a viverem em habitações na comunidade.

Assim em vários estudos semelhantes, pessoas com Esquizofrenia vivendo em residências protegidas demonstraram vários défices no consumo diário recomendados de frutas ou vegetais (Wallace e Tennant, 1998; Brown et al., 1999; McCreadie et al. 2003) e consumiram mais gordura, menos fibras e menos vitamina C do que uma população de referência (McCreadie, 1998).

Num outro estudo foram encontrados doentes com Esquizofrenia obesos em regime ambulatorio, com uma dieta semelhante à da população em geral, mas consumindo significativamente mais calorias (Strassnig, 2003).

Indivíduos com Esquizofrenia, possuem maior probabilidade que a população em geral, de ter excesso de peso ou ser obesa (Allison, 1999), predispondo-os para uma saúde física pobre e de co-morbilidade (Marder et al 2002).

Embora não haja consenso a respeito da eficácia de medicamentos antipsicóticos em tratamento de doentes com esquizofrenia (Sernyak et al, 2002), parece existir algum consenso relativamente ao facto destas drogas poderem causar aumento do apetite (Ratzoni et al 2002), relacionada com alterações nos receptores cerebrais da serotonina (Kaur, 2002).

Noutra perspectiva o receio de aumento de peso pode prejudicar o cumprimento da medicação (Williams, 2001), o que pode levar a recaída. Quaisquer efeitos adversos dos antipsicóticos devem ser equilibrados com os seus benefícios no tratamento da doença mental, tais como o controle dos sintomas, a melhoria da qualidade de vida, um menor número de recidiva, risco de suicídio e as taxas de readmissão.

Assim, as pessoas com esquizofrenia, os medicamentos antipsicóticos e os Estilos de Vida pobres podem contribuir para altas taxas de obesidade, hiperlipidemia e diabetes (Pan, 1997; Tuomilehto, 2001; Knowler, 2002).

A diabetes é de cerca de duas a três vezes superior à observada na população em geral (McIntyre et al 2006).

Indivíduos com Esquizofrenia têm uma alta propensão para a diabetes tipo 2, que pode ser o resultado de medicamentos antipsicóticos, embora uma relação causa e efeito entre a prescrição de antipsicóticos atípicos e diabetes tipo 2 não foi confirmada (Marder et al 2002).

A alta propensão para a diabetes em pessoas com Esquizofrenia também pode ser o resultado da própria doença. A Esquizofrenia pode prejudicar a função cognitiva, o que pode perturbar a atenção, a aprendizagem e a motivação, considerados essenciais para a efectiva auto-gestão da diabetes tipo 2 (Brown et al 1999).

No entanto, Chumlea et al (1984) sugeriram que o aumento da prevalência de diabetes em pessoas com Esquizofrenia resultou a partir de uma predisposição genética que confere resistência à insulina, agravado por um Estilo de Vida insalubre e o efeito de medicamentos antipsicóticos no aumento da ingestão de alimentos. Por outras

palavras, a resistência à insulina são resultados de uma interação entre a genética e factores de Estilo de Vida (Ukkola e Bouchard, 2001).

O tabagismo é outro factor associado ao Estilo de Vida frequentemente observado em doentes esquizofrénicos. As razões sugeridas para o aumento do número de doentes com esquizofrenia que fumam envolvem a doença, que pode levar as pessoas a fumar, embora Kelly e McCreadie (2000) argumentou que, em 90% dos casos o tabagismo precedeu o início da Esquizofrenia.

No entanto, a nicotina pode levar a uma melhoria temporária da função cognitiva e pode aliviar os sintomas positivos e negativos da Esquizofrenia (Levin e Rezvani 2002), Kelly e McCreadie (2000). Por outro lado, factores relacionados com o Estilo de vida como o uso de drogas ilícitas e álcool são comuns entre muitos doentes com Esquizofrenia, estes possuem uma probabilidade significativamente maior de abuso de substâncias que a população em geral (Ziedonis et al 2009).

Uma revisão de 18 estudos do Reino Unido e E.U.A. sugere que os doentes com esquizofrenia tem maior probabilidade de uso de anfetaminas, cocaína, cannabis e alucinógenos mas menos propensos a usar sedativos e opiáceos (Schneier e Siris, 1987). Apresentam ainda uma prevalência maior do que a esperada da hepatite C e do HIV (Phillips e Johnson, 2001).

Porém, pessoas com esquizofrenia parecem menos propensas a participar em actividades físicas (Brown et al 1999). Esses factores de Estilo de Vida são importantes quando relacionados com a saúde e a mortalidade nas pessoas com Esquizofrenia.

Deste modo, o Estilo de Vida destas pessoas que experienciam uma doença mental parece contribuir para relevantes taxas de mortalidade, como resultado de dietas pobres, pouca actividade física, isolamento social, défices de apoio familiar, desemprego, factores associados à doença em si, tais como distúrbios do pensamento, delírios, emocionais e distúrbios de percepção assim como problemas comportamentais.

Deste modo, a Esquizofrenia trata se de uma das mais severas e incapacitantes formas de psicopatologia, associada a graves limitações no funcionamento psicossocial que pode ser influenciado por factores ligados ao estilo de vida que têm um impacto significativo na qualidade de vida.

2.3 Qualidade de Vida e sua relação com a reabilitação de pessoas com experiência de doença mental

A expressão “Qualidade de Vida” aparece com destaque na bibliografia em diversas discussões sobre a promoção da saúde.

Definir Qualidade de Vida não é tarefa simples. Com a constante evolução da sociedade também as variáveis que definem a Qualidade de Vida evoluem, dependendo de aspectos culturais, económicos e sociais (Dasil, 2004).

O conceito é complexo, ambíguo, lato, inconstante e difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até no mesmo indivíduo pode-se modificar com o decorrer do tempo.

Após a II Guerra Mundial a OMS redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeando uma discussão considerável a respeito da possibilidade de medir o bem-estar (Paschoal, 2002).

O termo Qualidade de Vida surge nos anos 60 anos como objectivo de superar as limitações da concepção existente, na qual o bem-estar estava relacionado com aspectos económicos.

O conceito Qualidade de Vida foi usado pela primeira vez em 1964 pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao declarar que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de Vida que proporcionam às pessoas” (Fleck et al., 1999, p20) Aqui Lyndon Johnson referiu-se à Qualidade de Vida em termos económicos.

Já na década de 70 Augus Campell, (1976) referiu que as dificuldades para definir Qualidade de Vida tinham a ver com o facto de ser um conceito muito falado mas pouco percebido: “... uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é.” (citado por Awad & Voruganti, 2000, p558).

A partir dos anos 80 considerou-se que este envolvia diferentes perspectivas, entre elas a biológica, psicológica, cultural e económica, ou seja, o conceito era multidimensional.

No entanto, só na década de 90 se chegou à conclusão acerca da multidimensionalidade e também da subjectividade deste conceito, uma vez que, cada indivíduo avalia a sua Qualidade de Vida de forma pessoal, nas diferentes perspectivas (Gill, T. & Feinstein, A. 1994).

Ainda na década de 90, Gill e colaboradores pesquisaram sobre a definição e avaliação da qualidade de vida na área da saúde, tendo concluído sobre a falta de clareza e de consistência tanto no que respeita ao significado do conceito como à sua avaliação, o que ainda se verifica actualmente, apesar de existirem múltiplas definições e cada vez mais instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Gill, T. & Feinstein, A. 1994).

Actualmente verifica-se uma tendência para definir qualidade de vida com base em aspectos específicos associados a determinados grupos de indivíduos - por exemplo, indivíduos com determinada patologia ou com determinada idade.

Qualidade de Vida é um conceito complexo, abstracto e multidimensional, daí a dificuldade da sua definição e avaliação (Graff et al., 2003). A falta de consenso relativamente a este conceito, reflecte os diversos pontos de vista acerca de quanto é importante para os diferentes indivíduos. A Qualidade de Vida depende da interpretação emocional dada aos factos e acontecimentos e, é um conceito submetido a múltiplos pontos de vista, altamente desconhecido dependente maioritariamente da subjectividade de cada indivíduo, podendo ainda variar para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo e em função de estados emocionais e, ocorrência de eventos quotidianos, sociais, culturais e ecológicos, dependendo da interpretação emocional dada aos factos e acontecimentos (Graff et al. 2003 e Xavier et al. 2003).

O termo Qualidade de Vida, dentro da literatura médica, não parece ter um único significado, a própria definição de Qualidade de Vida não vem referida na maioria dos artigos que propõem instrumentos para a sua avaliação (Fleck et al. 2000). “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” e “Estado Subjectivo de Saúde”, são conceitos afins,

muito utilizados nos artigos e ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (Fleck et al. 2000).

O conceito de qualidade de vida é utilizado no contexto de linguagem comum e no contexto de pesquisa científica em diferentes áreas do saber.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe a capacidade de efectuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera no padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que reflectem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e comunidades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social.

Orley e colaboradores membros do grupo de Qualidade de Vida da OMS, definiu Qualidade de Vida como a percepção por parte do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (citado por Carvalho 2002; Fleck et al. 2000).

Já Bowling define como um estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (citado por Brown et al. 2003). George & Bearon (citado por Brown et al. 2003), e Spiriduso (citado por Fleck et al. 2000), afirmam que a Qualidade de Vida é um conceito complexo, constructo multidimensional que inclui dimensões subjectivas (percepções da pessoa) e/ou objectivas (componentes externos observáveis).

Muitos autores definem Qualidade de Vida como sendo o nível de satisfação com a vida, na qual depende do envolvimento de vários factores, como os hábitos de vida, de actividade física, da percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, o relacionamento familiar e a amizade (Neri, 2001).

A Qualidade de vida relacionada com a saúde e reabilitação é um termo multidimensional que representa a satisfação global de um indivíduo com a vida e o seu acesso envolve tipicamente formas de medida do estado funcional nos domínios físico, cognitivo, emocional e saúde social (Stigglebout et al. 2004 e Laforge et al.1999).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da Qualidade de Vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da Qualidade de Vida (WHO 1986, citado por Buss 2000)

Deste modo, apela às autoridades de saúde, governos, organizações não-governamentais e voluntárias para trabalharem organizadamente de forma coerente a atingirem o objectivo que lhes é comum: melhoria da Qualidade de Vida das pessoas.

Por conseguinte, a Qualidade de Vida é também um direito dos indivíduos. Esta só pode ser resultado da qualidade da interacção das pessoas com o seu meio, da sua capacidade de adaptação às alterações sociais, particularmente rápidas no contexto da vida (Carvalho 2002).

Com esta mudança de paradigma, a melhoria da Qualidade de Vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto nas práticas assistenciais e reabilitativas como nas políticas públicas no âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

No âmbito da reabilitação e políticas públicas é possível identificar interesse crescente pela avaliação da Qualidade de Vida. Assim, informações sobre Qualidade de Vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinadas intervenções reabilitativas para grupos de portadores de incapacidades, como na comparação de procedimentos para o controlo de problemas de saúde (Kaplan, 1995).

Outro interesse está directamente ligado às práticas assistenciais quotidianas dos serviços de saúde e refere-se à Qualidade de Vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as perturbações, disfunções ou incapacidades podem conduzir para as pessoas, permitindo um melhor conhecimento do doente e da sua adaptação à sua condição. Deste modo, a compreensão sobre a Qualidade de Vida do doente concentra-se no trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipas de saúde (Morris, 1998).

Desta forma, os empenhos teóricos e metodológicos têm contribuído para a clarificação e relativa maturidade do conceito de Qualidade de Vida. Trata-se de um constructo eminentemente interdisciplinar, o que implica a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o seu progresso conceptual e metodológico.

Nas pesquisas sociais e de saúde mental, a partir da década de setenta, a qualidade de vida vem sendo definida por factores objectivos e subjectivos que contribuem para o bem-estar e para o atendimento das necessidades humanas. Estas têm por premissa básica que a qualidade de vida da pessoa com doença mental é um reflexo da assistência que ele recebe e por isto este tema deve ser incluído na avaliação e na delimitação dos cuidados de saúde (Galera, 1997)

Os estudos desenvolvidos por Lehman (1983) e por McGilp (1991), procuram identificar aspectos da vida do doente que são afectados pela doença mental (citados por Galera, 1997). Para Andressen (2003), a Qualidade de Vida da pessoa com doença mental é um factor importante e que determina o tempo de permanência deste na comunidade, após o primeiro internamento psiquiátrico. Quanto melhor é a qualidade de vida na comunidade, mais tempo a pessoa com doença mental consegue permanecer no seu contexto social.

Sendo a Esquizofrenia uma das doenças mais incapacitantes com um efeito profundo nos indivíduos e nas suas famílias é de esperar que esta doença tenha um efeito negativo sobre a sua Qualidade de Vida.

Deste modo, a Esquizofrenia causa impacto não só sobre as histórias de vida dos doentes, mas também sobre as respectivas famílias e a sociedade em geral, tendo a sua maior incidência na população economicamente activa (principalmente jovem), sendo extremamente onerosa para a sociedade (WHO, 2001).

O interesse na Qualidade de Vida de pessoas com Esquizofrenia começou como uma extensão da crescente preocupação com a reinserção de pessoas com doenças mentais crónicas à comunidade, em consequência do movimento de desinstitucionalização ocorrido nos países desenvolvidos ocidentais. Questões como segurança pessoal, pobreza e isolamento social tornaram-se preocupações pessoais dos doentes desinstitucionalizados, bem como dos familiares, profissionais saúde e gestores

de saúde (Carvalho, 2005). Estudar a qualidade de vida significa cruzar esta dimensão como a efectividade das intervenções propostas e sobretudo como os resultados obtidos, já que as reabilitação e suporte às pessoas com experiência de doença mental só passaram a ter sentido e validade ecológica, se produzem alterações na participação social, na funcionalidade e na própria qualidade de vida. Aspecto que parece ser predictor do nível de qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental é a assim a sua capacidade funcional.

2.4 Capacidade Funcional

O que se entende por capacidade funcional? Esta questão, aparentemente simples, não tem uma definição clara e consensual.

No início Década de 1960 o “Modelo de Nagi de deficiência” surge como parte de um estudo de deficiência relacionado com questões conceituais relacionadas com a reabilitação. Nagi (1976) construiu uma estrutura diferenciada entre 4 fenómenos distintos, mas relacionados, que considera básicos para o campo da reabilitação: as patologias activas, a deficiência, a limitação funcional, e a incapacidade.

Em 1980 a Organização Mundial de Saúde cria a Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Desvantagens e em Maio de 2001 após um longo processo de revisão aprova a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para desempenhar um factor decisivo na consolidação e operacionalização do quadro conceptual possibilitando a classificação dos componentes de saúde de funcionalidade e incapacidade humana.

Desta forma, visando responder às necessidades de aprofundar o conhecimento sobre as consequências das doenças, a Organização Mundial de Saúde (2004), adopta o termo funcionalidade como modelo que avalia as componentes de funções e estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, actividade e participação social.

A funcionalidade refere-se à interacção ou relação complexa entre as funções do corpo, a actividade, a participação social e os factores pessoais e ambientais. Existe uma

interacção dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou mais elementos (WHO, 2004).

Neste contexto, a capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma acção. Este constructo visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento (WHO, 2004).

No âmbito da saúde mental o conceito de “*functioning*” foi sendo assumido em termos da funcionalidade global e é com frequência usado para medir os resultados a longo termo do tratamento neste domínio da saúde mental. No entanto, no plano da sua operacionalização, as melhorias na funcionalidade poderão não ser notadas, particularmente quando ocorrem alterações em diferentes domínios e com ritmos de recuperação diferentes, como acontece, na esquizofrenia. Daí que, apesar de extensamente utilizadas, este tipo de medidas não serem muito úteis quando se pretende identificar dificuldades funcionais ou melhorias em domínios específicos da funcionalidade (Marques-Teixeira, 2008).

Desta Forma Marques-Teixeira (2008) propôs redefinir o conceito de funcionalidade como “a qualidade da participação de uma pessoa em ocupações significativas no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interacções entre a pessoa e o ambiente é essencial.”

Caeiro & Gomes e Silva (2008), no seu trabalho sobre os factores predisponentes da incapacidade funcional, conceptualizam função como sendo a performance normal ou característica de um indivíduo e, capacidade como aptidão de um indivíduo para executar determinada tarefa ou acção, indicando o nível de função que pode ser atribuído a esse indivíduo em determinado domínio. Associados à capacidade e função estão os conceitos capacidade funcional e incapacidade funcional que serão discutidos posteriormente.

O desempenho de qualquer actividade que indique capacidade funcional é produto da interacção entre componentes biológicos, psicológicos e ambientais. Nenhuma disfunção tem causa única nem consequências circunscritas (Neri, 2005). Deste modo, Neri (2005) definiu a capacidade funcional como a medida do grau de

preservação da capacidade do indivíduo para realizar actividades de vida diária. Estas estão relacionadas com o desenvolvimento das competências necessárias para desempenhar adequadamente as áreas do comportamento relacionadas com o auto-cuidado, competência pessoal, independência e autonomia que inclui os comportamentos relacionados com a higiene e a aparência pessoal, com a satisfação de necessidades vitais (alimentação, sono, actividade sexual e gestão e manutenção da saúde) e com a independência e mobilidade na comunidade (tarefas domésticas, utilização de transportes públicos, do dinheiro e de serviços da comunidade), (Marques, 2007).

Desta forma, capacidade funcional será a aptidão, a habilidade, competência para a acção, a execução o desempenho interação entre componentes biológicos, psicológicos, ambientais e culturais de forma independente e autónoma. É capacidade do indivíduo efectuar qualquer actividade significativa.

Nos últimos anos tem-se constatado que a Esquizofrenia se trata de uma das mais severas e incapacitantes formas de psicopatologia, associada a graves limitações no funcionamento psicossocial, sendo já enquadrada como uma das principais causas de anos vividos com incapacidade, exactamente por conduzirem à perda de independência e, quase necessariamente, à perda de autonomia (Gordilho et al., 2001; citado por Neri, 2005).

Um número significativo de pessoas com esquizofrenia, tornam-se menos capazes de cuidar de si após cada recaída com declínio do auto-cuidado e das capacidades funcionais o que faz com que se tornem mais desabilitados e isolados. Uma possível forma de ajudar estas pessoas, em conjunto com a medicação, é ensinar-lhes habilidades para a vida, das quais as componentes para comunicação, consciencialização financeira, competência nas tarefas domésticas e pessoais de auto-cuidado estão incluídas.

Alguns estudos parecem apontar para o facto de o envolvimento dos familiares no processo de reabilitação contribuir para a diminuição das taxas de recaída e melhoria do funcionamento psicossocial (Barrowclough & Tarriet, 1990; Fallon et ai., 1987; Hogarty et ai., 1991; Xiong et ai., 1994; Xiang & Ran, 1994; Zastowny et ai., 1992 citado por Marques, 2007).

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interacção dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os factores contextuais. Os factores contextuais englobam factores pessoais e ambientais. Os factores ambientais interagem com todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade.

A expectativa de uma vida saudável é geralmente estimada por meio da mensuração da expectativa de uma vida livre de incapacidade funcional (Bone, 1998) ou seja, sem dificuldades em executar as actividades da vida diária.

A expectativa de uma vida livre de incapacidade funcional fornece informações não só sobre a prevalência da incapacidade funcional, mas também sobre a duração potencial da incapacidade e o tempo durante o qual a população vai precisar de cuidados pessoais (Agree, 1999).

A saúde e a capacidade funcional são de importância crucial para a qualidade de vida social das pessoas, determinando até que ponto as pessoas podem viver de forma independente na comunidade, participar em eventos, visitar outras pessoas, utilizar serviços e enriquecer as suas vidas e daqueles que vivem próximo (WHO, 2003). Assim é importante desenvolver, validar e usar indicadores de saúde capazes de identificar pessoas com alto risco de perda funcional e promover acções que permitam o aumento da funcionalidade, mantendo-os na comunidade pelo maior tempo possível com o máximo de independência e qualidade de vida.

Nos últimos anos vários programas de reabilitação psicossocial dirigidos para o desenvolvimento das capacidades neuro-motoras, cognitivas, emocionais, de pessoas com disfunções psiquiátricas evidenciaram o sucesso destas abordagens na aquisição de determinadas competências e na melhoria do desempenho do indivíduo nas diferentes áreas do seu funcionamento. No capítulo seguinte iremos apresentar um estudo empírico que pretende contribuir para a clarificação da importância das intervenções reabilitativas na adopção de estilos de vida saudáveis e melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental grave.

Capítulo II
Estudo Empírico

Pretende-se neste capítulo descrever a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para de seguida ser apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos.

1. Metodologia

Vários estudos encontraram correlações entre as dimensões estilos de vida, qualidade de vida, capacidade funcional e a reabilitação de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia.

Algumas revisões da literatura parecem sustentar a ideia de que uma percentagem significativa de pessoas com esquizofrenia apresenta défices em vários domínios cognitivos, determinantes para o seu funcionamento (Matza et al., 2006; Vaz-Serra et al., 2010). Outros estudos parecem clarificar que níveis superiores de funcionamento global estão relacionados com graus maiores de qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia (Cesari & Bandeira, 2010). Alguns estudos, referidos por Berlim (2003) evidenciaram ainda que tratamentos de efeito imediato ou de longo prazo podem ter um resultado imediato na qualidade de vida, na redução de sintomas e na mudança do estilo de vida de pessoas com doenças crónicas como esquizofrenia.

Apesar de todos estes estudos muito há ainda para clarificar e validar no que reporta aos modelos de organização de prestação de cuidados de saúde mental e às abordagens utilizadas para potenciar a efectiva inserção e participação social de pessoas que experienciam uma doença mental grave, de acordo com pressupostos baseados em evidência. Não existe ainda uma cultura generalizada que procure por influenciar as práticas em saúde mental, com base em evidência científica comprovada e por consequência com resultado não das ideologias e orientações políticas circunstanciais, mas de acordo com estudos orientados para a validação das políticas, estratégias e abordagens que se vão implementando de forma continuada neste âmbito.

Deste modo, o estudo que aqui se apresenta tem como **objectivo** contribuir clarificação da importância das intervenções reabilitativas na adopção de estilos de vida saudáveis e melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental grave, procurando analisar consequentemente a variação

destas variáveis (estilo de vida, a qualidade de vida e a capacidade funcional das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia) em função do contexto residencial onde estão inseridas: Estruturas Residenciais de Reabilitação ou Hospital Psiquiátrico.

A **hipótese** por nós colocada é que a integração de pessoas com experiência de doença mental grave em estruturas residenciais de a reabilitação psicossocial promove a adoção de estilos de vida mais saudáveis e adaptativos e a melhoria da sua capacidade funcional e qualidade de vida, por comparação com a sua integração em contexto de hospital psiquiátrico.

Caracterizemos os participantes no nosso estudo.

1.1 *Participantes*

A nossa amostra não-probabilística de conveniência é constituída globalmente por 26 indivíduos, do sexo feminino, com o diagnóstico de esquizofrenia, domiciliadas na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova).

O primeiro grupo (Grupo I) integra 13 pessoas com esquizofrenia, compensadas do ponto de vista psicopatológico, inseridas há mais de 2 anos nas estruturas residenciais de reabilitação psicossocial (residências apoiadas ou protegidas) da Casa de Saúde da Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova).

O segundo grupo (Grupo II) é constituído por 13 pessoas com esquizofrenia, compensadas do ponto de vista psicopatológico, e que se encontram inseridas há mais de 2 anos no hospital psiquiátrico (longo internamento) na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova).

Conforme se pode analisar na Tabela 1, relativamente à Idade podemos observar que o grupo de reabilitação psicossocial (Grupo I) tem representatividade de indivíduos nas três primeiras classes, 2 indivíduos na classe dos 31-40 anos, 5 indivíduos na classe dos 41-50 anos e 6 indivíduos dos 51-60 anos (idades compreendidas 37 e os 59 anos com média de $49,77 \pm 6,833$ anos) e o grupo de internamento hospitalar (Grupo II), tem todas as classes de idades abrangidas por indivíduos, 3 na classe dos 31-40, 3 na classe dos 41-50, 5 na classe dos 51-60 e 2 na classe dos 61-70 (idades compreendidas 31 e os

70 com média de $50,38 \pm 12,045$ anos). Deste modo, no que se refere á Idade, não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

No que respeita á Escolaridade (Tabela 1) podemos afirmar que 9 indivíduos do Grupo I completaram pelo menos o 1º ciclo (1º ciclo = 5, 2º ciclo = 1, 3º ciclo = 3) e 3 completaram pelo menos o 10º ano (10º-12º = 1, Estudos Universitários = 3) e no Grupo II, 8 indivíduos completaram pelo menos o 1º ciclo (1º ciclo = 5, 2º ciclo = 1, 3º ciclo = 2) e 5 completaram o 10º ano ou mais (10º-12º = 3, Estudos Universitários = 2). Podemos ainda afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 1 – Tabela representativa dos resultados da frequência estatística referente à Idade e Escolaridade

		Grupo			
		Reabilitação Psicosocial	Internamento Hospitalar	Total	
Idade	31-40 anos	n	2	3	5
		%	7,70	11,50	19,20
	41-50 anos	n	5	3	8
		%	19,20	11,50	30,70
	51-60 anos	n	6	5	11
		%	23,10	19,20	42,30
	61-70 anos	n	0	2	2
		%	,0	7,70	7,70
	Média			49,77	50,38
	Desvio Padrão			6,833	12,045
Escolaridade	1º, 2º e 3º ciclo	n	9	8	17
		%	34,60	30,80	65,40
	10º ano ou +	n	4	5	9
		%	15,40	19,20	34,60

Conforme podemos observar na Tabela 2, no que respeita ao Sexo 100% a amostra é constituída por indivíduos do sexo feminino. Quanto à Actividade Profissional também conseguimos perceber que 100% da amostra está reformada por velhice ou invalidez. No que respeita ao Estado Civil, 7 indivíduos do Grupo I são solteiras e 6 casadas, divorciadas ou viúvas. Podemos ainda referir que não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

Tabela 2 – Tabela representativa dos resultados da frequência estatística referente ao Sexo, Actividade Profissional e Estado civil

		Grupo			
			Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar	Total
Sexo	Feminino	n	13	13	26
		%	50,00	50,00	100,00
Actividade profissional	Reformado ou Inválido	n	13	13	26
		%	50,0	50,0	100,00
Estado Civil	Solteira	n	7	9	16
		%	26,90	34,60	61,50
	Casada, Divorciada ou Viúva	n	6	4	10
		%	23,10	15,40	38,50

Em termos gerais, concluímos que os grupos da amostra são bastante semelhantes quanto às variáveis sexo, idade, escolaridade, actividade profissional e estado civil e onde não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

1.2 Instrumentos

Para recolher os dados necessários para se analisar se a hipótese por nós colocada se verifica, neste estudo foram administrados a cada indivíduo o questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia (Valente, Queirós, & Marques, 2009) e as versões portuguesas do WHOQOL-bref (Vaz-Serra e colaboradores 2006) e o Life Skills Profile (Rocha, Queirós, Aguiar, & Marques 2006).

O questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia utilizado foi desenvolvido por Valente, P. Queirós, C. & Marques, A. (2009), propositadamente elaborado no âmbito de um projecto de Mestrado em Temas de Psicologia, baseado em instrumentos de inúmeros estudos sobre o tema dos Estilos de Vida. Este instrumento fornece informações sobre o Estilo de Vida do indivíduo. O instrumento é composto por dois grupos de questões: o primeiro com oito questões e o segundo com 6 questões, cada questão pode ter ou não, várias alíneas, sendo importante realçar que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. O Grupo I que inclui questões como a idade, peso, altura, sexo, profissão ou ocupação actual, a descrição de como ocupam o seu dia e o consumo tabágico. O Grupo II avalia temas como, o consumo de

substâncias, a actividade física, medicação, comportamentos de risco, relacionamento social, controle do stress e nutrição, avaliação da higiene e do sono, comportamentos suicidas e comportamento.

O questionário é anónimo, não existem respostas certas ou erradas, as respostas devem ser espontâneas e sinceras e, os indivíduos devem responder a todas as questões. Na maioria das questões é necessário apenas de assinalar com uma cruz, numa escala com cinco níveis de resposta que varia entre o nunca e o todos os dias (nunca, algumas vezes por ano, algumas vezes por mês, algumas vezes por semana ou todos os dias), a sua opção correspondente à percepção do sujeito relativamente ao tópico apresentado.

Para a avaliação da Qualidade de Vida foi utilizado o questionário World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL- Bref), adaptado por Vaz-Serra e colaboradores (2006). Este instrumento de avaliação da qualidade de vida inclui 26 questões que se distribuem por quatro domínios: Físico (por exemplo dor, energia e mobilidade), psicológico (por exemplo sentimentos positivos e negativos, pensamento, memória e concentração), relações sociais (por exemplo relações pessoais e apoio social) e meio ambiente (por exemplo, segurança, cuidados de saúde e oportunidade de lazer). Trata-se de um questionário de auto-preenchimento e auto-explicativo.

Para proceder à avaliação das Capacidades Funcionais recorreu-se ao instrumento Life Skills Profile (LSP, de Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 1989). Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa autorizada (LSP-VP-39), desenvolvida por Rocha, Queirós, Aguiar, e Marques (2006). O LSP-VP-39 consiste num instrumento de observação naturalista que compreende 39 itens, descritos comportamentalmente e de forma precisa, evitando o risco de avaliações globais ou abstractas, que são cotados numa escala que varia entre um e quatro, e no qual uma pontuação mais elevada reflecte melhores níveis de funcionamento psicossocial. Estes itens agrupam-se nas seguintes cinco dimensões chave, que serão consideradas neste estudo: Auto-cuidados (por exemplo higiene, vestir e preparação de alimentos), não-perturbação (por exemplo, comportamentos ofensivos, violência, intrusividade e controlo da zanga), contacto social (por exemplo, amizades, interesses e actividades interpessoais), comunicação (por exemplo, competências conversacionais e gestualidade) e responsabilidade (por

exemplo, cooperação, responsabilidade com pertences pessoais e responsabilidade na toma de medicamentos).

1.3 Procedimentos

Os três instrumentos, 2 de auto-preenchimento e 1 de observação naturalista, foram administrados no período compreendido entre os meses de Outubro e Novembro de 2010, em sessões individuais e de grupo.

A aplicação dos questionários foi realizada na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova), após autorização por parte do Director Clínico da instituição. A aplicação dos 2 questionários de auto-preenchimento aos indivíduos do Grupo I decorreu na sala de reuniões em dois momentos, um primeiro momento com o grupo de pessoas residentes nas residências autónomas e o segundo momento com o grupo de pessoas residentes nas residências apoiadas. As pessoas foram informadas pessoalmente sobre o objectivo do estudo antes de se proceder à aplicação dos questionários, de forma a se obter o consentimento informado. A aplicação demorou cerca de uma hora para cada grupo. A aplicação do questionário Life Skills Profile foi realizada pelo Terapeuta Ocupacional com a colaboração das monitoras que supervisionam todas as residências, nos 2 dias seguintes á aplicação anteriormente descrita.

A aplicação dos 2 questionários de auto-preenchimento aos indivíduos do Grupo II decorreu individualmente na sala de estar da unidade de São João de Deus. As pessoas foram informadas individualmente sobre o objectivo do estudo antes de se proceder à aplicação dos questionários, de forma a se obter o consentimento informado, a aplicação demorou cerca de quarenta minutos para cada indivíduo. A aplicação do questionário Life Skills Profile foi realizada seguidamente á aplicação dos questionários de auto-preenchimento e foi elaborada pelo Terapeuta Ocupacional com a colaboração dos enfermeiros e auxiliares da acção médica que colaboram na unidade hospitalar.

Posteriormente, para se analisar a informação empírica recolhida foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18, permitindo a análise descritiva usual

(frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo) e o cálculo dos testes estatísticos adequados aos objetivos do estudo (Mann-Whitney, χ^2 , teste-t). Analisemos os resultados encontrados.

2. Apresentação dos Resultados

Após a aplicação dos diferentes questionários aos 26 indivíduos que participaram neste estudo, são apresentados neste ponto do trabalho os resultados que permitirão analisar se a integração de pessoas com experiência de doença mental grave em estruturas residenciais de reabilitação psicossocial promove a adoção de estilos de vida mais saudáveis e adaptativos e a melhoria da sua capacidade funcional e qualidade de vida, por comparação a outras. Apresentaremos os resultados, caracterizando em primeiro lugar os relacionados com o estilo de vida, seguidos pela caracterização da capacidade funcional e percepção sobre nível de qualidade de vida.

2.1. Estilo de Vida

No que reporta à caracterização dos Estilos de Vida em função do local de inserção onde estas pessoas com experiência de doença mental estão a residir - estruturas residenciais de reabilitação (Grupo I) ou hospital psiquiátrico (Grupo II) - a aplicação do questionário de caracterização dos Estilos de Vida na Esquizofrenia (Valente, Queirós, C. & Marques, A. 2009), parece ilustrar a inexistência de diferenças significativas nas variáveis relacionadas com o índice de massa corporal e consequentemente de peso e altura.

Conforme se pode analisar na Tabela 3, o Peso no Grupo I varia entre o mínimo de 52kg e o máximo de 89kg sendo a média de peso $67,31 \pm 12,372$ kg e no Grupo II varia entre o mínimo de 50kg e o máximo de 80kg sendo a média de peso $61,5 \pm 8,079$ kg.

Tabela 3 – Tabela representativa dos resultados da estatística descritiva do Peso em Kilogramas do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

Peso		
	Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar
Média	67,31	61,54
Desvio padrão	12,372	8,079
Máximo	89	80
Mínimo	52	50

No que se refere a Altura (Tabela 4) o Grupo I varia entre o mínimo de 1,48m e o máximo de 1,70m, sendo a média de 1,59±0,069m. No Grupo II varia entre o mínimo de 1,45m e o máximo de 1,69m, sendo a média de 1,56±0,070m.

Tabela 4 – Tabela representativa dos resultados da estatística descritiva da Altura em Metros do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

Altura		
	Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar
Média	1,59	1,56
Desvio padrão	,069	,070
Máximo	1,70	1,69
Mínimo	1,48	1,45

Relativamente ao Índice de Massa Corporal os valores variam, no Grupo I entre o valor mínimo de 21.6 e o máximo 33.5 pontos, com uma média de 26.44 ± 3,701 pontos e no Grupo II entre o mínimo de 21.9 e o máximo de 31.4 pontos, com uma média de 25.35 ± 2,924 pontos. Deste modo, como é possível observar na Tabela 5, 14 dos 26 indivíduos revelam peso adequado, 9 apresentam excesso de Peso e 3 ostentam obesidade. Para além disto é possível ainda observar na Tabela 5 que não existem diferenças estatisticamente significativas no peso e no índice de massa corporal entre os Grupos da amostra (p = 0,172 e p = 0,739, respectivamente).

Tabela 5 – Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Índice de Massa Corporal e do Peso do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo			Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar	Total	
Peso Adequado	n	7	7	14	
	%	26,90	26,90	53,80	
Excesso de Peso	n	5	4	9	
	%	19,25	15,40	34,65	
Obesidade	n	1	2	3	
	%	3,85	7,70	11,55	
Peso					,172
Índice de Massa Corporal					,739

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, 25 indivíduos (96,2%) da amostra responderam ser não fumadores e só um indivíduo, a residir em contexto de unidade hospitalar é fumador, fumando menos de 10 cigarros por dia como podemos verificar na Tabela 6.

Tabela 6 – Tabela representativa dos resultados da frequência estatística dos Hábitos Tabágicos do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo			Total
		Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar	Total	
É fumador	Sim	n	0	1	1
		%	,0	3,85	3,85
	Não	n	13	12	25
		%	50,00	46,15	96,15

No que respeita ao Domínio Consumo de Substâncias ($p = 0,773$), ao Domínio Actividade e Comportamento ($p = 0,837$) e ao Domínio de Comportamentos Desajustado ($p = 0,066$) do Grupo II do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia é possível verificar-se, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois Grupos da amostra, como se pode observar na Tabela 7, parecendo ilustrar que o contexto de reabilitação não potencia alterações no estilo de vida adoptado. Assim, no que se reporta a esta amostra e às variáveis em estudo do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia, não podemos afirmar que os indivíduos integrados em residências de reabilitação psicossocial apresentam um estilo de vida mais saudável e adaptativo por comparação com os que estão inseridos no internamento hospitalar.

Desta forma, procuramos analisar pormenorizadamente todo o questionário, caracterizando individualmente todas as suas variáveis e não apenas por domínios, no sentido de verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, nos diferentes itens que integram os vários domínios do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia.

Na análise em pormenor (Tabela 7) do domínio de substâncias é possível observar que a variável Chá é a única do domínio em que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os grupos da amostra. Assim, 12 indivíduos (46,2%) da amostra responderam que consomem chá “todos os dias” dos quais 1 indivíduo pertence ao Grupo I e 11 indivíduos (42,3%) pertencem ao Grupo II.

No entanto, é apresentado conjuntamente na Tabela 7 os resultados da análise descritiva por frequência de outras variáveis, pretendendo otimizar a análise estatística, observando-se que 15 indivíduos da amostra (57,7%) responderam que consomem café “todos os dias”, dos quais 9 indivíduos (34,6%) pertencem ao Grupo I e 6 indivíduos (23,1%) ao Grupo II.

No que respeita, aos resultados da frequência de consumo de bebidas alcoólicas e drogas, é possível verificar (Tabela 7) que 25 indivíduos (96,15%) da amostra responderam que “nunca” consomem bebidas alcoólicas. Relativamente ao consumo de drogas os 26 indivíduos (100%) da amostra responderam que “nunca” consomem qualquer tipo de droga.

Tabela 7 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio de Substâncias do Grupo II do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Domínio de Substâncias						,773
Café	Nunca	3	11,55	4	15,40	,312
	Algumas vezes por ano	0	,0	1	3,85	
	Algumas vezes por mês	1	3,85	2	7,70	
	Algumas vezes por semana	0	,0	0	,0	
	Todos os dias	9	34,60	6	23,10	

Tabela 7 continua na página 57

Tabela 7 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio de Substâncias do Grupo II do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Domínio de Substâncias					,773	
Chá	Nunca	1	3,85	0	,0	,000
	Algumas vezes por ano	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por mês	4	15,40	0	,0	
	Algumas vezes por semana	6	23,10	2	7,70	
	Todos os dias	1	3,85	11	42,30	
Coca-Cola	Nunca	7	26,90	5	23,10	,493
	Algumas vezes por ano	6	23,10	7	26,90	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	0	,0	0	,0	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	
Cerveja	Nunca	12	46,15	13	50,0	,337
	Algumas vezes por ano	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	0	,0	0	,0	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	
Vinho	Nunca	12	46,15	13	50,0	,317
	Algumas vezes por ano	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	0	,0	0	,0	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	
Bebidas Destiladas	Nunca	13	50,0	13	50,0	1,000
	Algumas vezes por ano	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	0	,0	0	,0	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	
Drogas	Nunca	13	50,0	13	50,0	1,000
	Algumas vezes por ano	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	0	,0	0	,0	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	

Quando analisadas pormenorizadamente as variáveis do Domínio de Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia, é possível verificar que 11 das 37 variáveis em estudo apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para um nível de significância bilateral (Tabela 9). Assim é possível observar na Tabela 8 que o Grupo I da amostra apresenta 6 variáveis com as médias de scores superiores ao Grupo II (“Desporto que faz

transpirar”, “Andar a pé ou de bicicleta”, “Fazer jardinagem ou trabalhos domésticos”, “Procurar ser activo na sua comunidade”, “Procurar equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer” e “Ingerir alimentos à base de açúcar”) e 5 com as médias de scores inferiores (“Esquecer-se de tomar a medicação”, “Tomar a medicação quando se lembra ou tomar fora de horas”, “Reservar pelo menos minutos para relaxar”, “Acordar muito cedo e Ingerir alimentos salgados”).

Tabela 8 - Resultados das Médias dos Scores das alíneas estatisticamente significativas do Domínio de Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia

Domínio de Actividade e Comportamento	Grupo	
	Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar
	Média dos Scores	Média dos Scores
Desporto que faz transpirar	17,08	9,23
Andar a pé ou de bicicleta	17,08	9,92
Fazer jardinagem ou trabalhos domésticos	16,54	10,46
Esquecer-se de tomar a medicação	10,42	16,58
Tomar a medicação quando se lembra ou tomar fora de horas	11,00	16,00
Procurar ser activo na sua comunidade	17,71	8,65
Reservar pelo menos 5 minutos para relaxar	11,00	16,00
Procurar equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer	18,77	8,23
Acordar muito cedo	7,62	18,83
Ingerir alimentos salgados	9,58	16,15
Ingerir alimentos à base de açúcar	17,17	9,15

Deste modo, e em concordância com a Tabela 9, apresenta-se os resultados das variáveis que apresentam diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o nível de significância 0,05 e análise descritiva por frequência do Domínio de Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia.

Relativamente à variável do “Desporto que faz transpirar” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,004$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. Desta forma, observamos que 4 indivíduos do Grupo I responderam que praticam desporto que faz transpirar “algumas vezes por semana” e 5

“algumas vezes por ano”, 10 indivíduos do Grupo II (38,46%) da amostra responderam que “nunca” (Tabela 9).

No que respeita à variável “Andar a pé ou de Bicicleta” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,014$) entre os grupos da amostra. Deste modo, 7 indivíduos do Grupo I responderam que realizam “todos os dias” e 3 “algumas vezes por mês” um destes tipos de exercício, no Grupo II 4 indivíduos responderam que realizam “algumas vezes por semana”, 3 “algumas vezes por mês” e 3 responderam “nunca” (Tabela 9).

Quando analisada a variável “Fazer jardinagem ou trabalhos domésticos”, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,013$) entre os grupos da amostra. Desta forma, aferimos que 12 dos indivíduos do Grupo I (46,15%) da amostra responderam “todos os dias”, no Grupo II, 6 indivíduos responderam que as executam “todos os dias” e 4 responderam que “nunca” realizam este tipo de actividades (Tabela 9). Foi possível observar que no que refere à variável “Esquecer-se de tomar a medicação”, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,011$) entre os grupos da amostra. No Grupo I, 6 indivíduos responderam “nunca” se esquecem de tomar a medicação e 5 “algumas vezes por ano”, no Grupo II, 12 indivíduos (46,15% da amostra) responderam que “nunca” esquecem de tomar a medicação (Tabela 9).

No que refere a “Tomar a medicação quando se lembra ou tomar fora de horas” é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,015$), entre os grupos da amostra. No que respeita a “tomar a medicação quando se lembra ou tomar fora de horas” 8 indivíduos do Grupo I responderam “nunca” e 3 “algumas vezes por semana”, no Grupo II, 13 indivíduos (50%), responderam “nunca” (Tabela 9).

No que respeita a “Procurar ser activo na sua comunidade”, é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. Assim, observamos que 5 indivíduos do Grupo I responderam que procuraram ser activos na comunidade “todos os dias” e 4 “algumas vezes por ano”, quando ao Grupo II 12 dos indivíduos (46,15%) da amostra responderam “nunca” (Tabela 9).

No que se refere, à variável “Reservar pelo menos 5 minutos para relaxar” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,015$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. Deste modo, 21 indivíduos da amostra (80,76%) responderam que “todos os dias” reservam pelo menos 5 minutos para relaxar, dos quais, 13 indivíduos do Grupo II e 8 do Grupo I. Quanto ao “Procurar equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer” é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os grupos da amostra. Deste modo, podemos observar que no Grupo I 8 indivíduos (30,76%) da amostra responderam “todos os dias” e 3 “algumas vezes por ano” procuraram equilibrar o tempo de trabalho com o de lazer, no Grupo II 10 indivíduos responderam “nunca” procuram equilibrar o tempo de trabalho com o tempo de lazer (Tabela 9).

Podemos observar que na variável “Acordar muito cedo” é possível verificar os grupos da amostra são diferentes com significado estatístico ($p < 0,001$). No Grupo I, 6 indivíduos responderam “nunca” acordam cedo e 5 “algumas vezes por ano”, no Grupo II, 10 indivíduos (38,5%) responderam “todos os dias” e 3 “algumas vezes por semana” (Tabela 9).

Quanto à variável “Ingerir alimentos salgados” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,016$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. Assim, 5 indivíduos do Grupo I responderam ingerirem alimentos salgados “algumas vezes por semana”, 4 “algumas vezes por mês” e 4 “algumas vezes por ano”, no Grupo II, 9 indivíduos responderam “todos os dias” e 3 “algumas vezes por semana” (Tabela 9). No que respeita ao “Ingerir alimentos à base de açúcar” também os grupos apresentam diferenças com significado estatístico ($p = 0,002$). No Grupo I, 5 indivíduos responderam que ingerirem alimentos à base de açúcar “algumas vezes por semana”, 4 “algumas vezes por mês” e 4 “algumas vezes por ano”, no Grupo II 11 indivíduos (42,30%) da amostra responderam que só ingerem alimentos à base de açúcar “algumas vezes por ano” (Tabela 9).

Deste modo, torna-se pertinente referir que o subconjunto comportamentos de risco do Domínio de Actividade e Comportamento é o único que não apresenta diferenças estatisticamente significativas nas variáveis entre os grupos da amostra. Este domínio é constituído por questões como: “Frequentar ambientes saturados de fumo de

Tabaco”; “Frequentar ambientes muito ruidosos”; “Mudar de parceiro sexual”; “Ter relações sexuais com pessoas que conhece Mal”; “Ter relações sexuais sem tomar precauções”.

Tabela 9 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Reabilitação Psicossocial		
		n	%	n	%	
Domínio de Actividade e Comportamento						,837
Desporto que faz transpirar	Nunca	2	7,70	10	38,46	,004
	Algumas vezes por ano	5	19,23	2	7,70	
	Algumas vezes por mês	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por semana	4	15,40	1	3,85	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	
Andar a pé ou de bicicleta	Nunca	0	,0	3	11,54	,014
	Algumas vezes por ano	1	3,85	2	7,70	
	Algumas vezes por mês	3	11,54	3	11,54	
	Algumas vezes por semana	2	7,70	4	15,40	
	Todos os dias	7	42,30	1	3,85	
Fazer jardinagem ou trabalhos domésticos	Nunca	0	,0	4	15,40	0,013
	Algumas vezes por ano	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por mês	0	,0	2	7,70	
	Algumas vezes por semana	0	,0	1	3,85	
	Todos os dias	12	46,15	6	23,07	
Esquecer-se de tomar a medicação	Nunca	6	23,07	12	46,15	,011
	Algumas vezes por ano	5	19,23	1	3,85	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	2	7,70	0	,0	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	
Tomar a medicação ...fora de horas	Nunca	0	,0	13	50,00	,015
	Algumas vezes por ano	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por mês	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por semana	3	11,54	0	,0	
	Todos os dias	8	30,76	0	,0	
Procurar ser activo na sua comunidade	Nunca	2	7,70	12	46,15	,001
	Algumas vezes por ano	4	15,40	0	,0	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	1	3,85	0	,0	
	Todos os dias	5	19,23	1	3,85	
Reservar pelo menos 5 minutos para relaxar	Nunca	1	3,85	0	,0	,015
	Algumas vezes por ano	1	3,85	0	,0	
	Algumas vezes por mês	2	7,70	0	,0	
	Algumas vezes por semana	1	3,85	0	,0	
	Todos os dias	8	30,76	13	50,00	

Tabela 9 continua na página 62

Tabela 9 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio Actividade e Comportamento do Grupo II do questionário Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Domínio de Actividade e Comportamento					,837	
Procurar equilibrar o tempo dedicado ao trabalho e ao lazer	Nunca	1	3,85	10	38,45	<,001
	Algumas vezes por ano	0	,0	2	7,70	
	Algumas vezes por mês	1	7,70	0	,0	
	Algumas vezes por semana	3	11,54	0	,0	
	Todos os dias	8	30,76	1	3,85	
Acordar muito cedo	Nunca	6	23,07	0	,0	<,001
	Algumas vezes por ano	5	19,23	0	,0	
	Algumas vezes por mês	0	,0	0	,0	
	Algumas vezes por semana	1	3,85	3	11,54	
	Todos os dias	1	3,85	10	38,46	
Ingerir alimentos salgados	Nunca	0	,0	0	,0	,016
	Algumas vezes por ano	3	11,54	0	,0	
	Algumas vezes por mês	3	11,54	1	3,85	
	Algumas vezes por semana	4	15,40	3	11,54	
	Todos os dias	3	11,54	9	34,61	
Ingerir alimentos à base de açúcar	Nunca	0	,0	1	3,85	,002
	Algumas vezes por ano	4	15,40	11	42,30	
	Algumas vezes por mês	4	15,40	1	3,85	
	Algumas vezes por semana	5	19,20	0	,0	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	

Relativamente à alimentação, ao nível refeições todos os indivíduos da amostra realizam diariamente as refeições do pequeno-almoço, almoço e jantar. No entanto, como podemos observar na Tabela 10, no lanche da manhã é possível verificar que só 24 indivíduos (11 do Grupo I e 13 do Grupo II) responderam à questão. Dos quais, 18 indivíduos responderam “Em casa” (5 do Grupo I e 13 do Grupo II) e 6 indivíduos (Grupo I) responderam “fora de casa”.

No que refere ao lanche da tarde, todos os indivíduos da amostra responderam à questão. Dos quais, 21 indivíduos (80,2%) responderam “Em casa” (8 do Grupo I e 13 do Grupo II) e 5 indivíduos (Grupo I) responderam “Fora de casa”.

Tabela 10 - Tabela representativa dos resultados da frequência estatística referente às refeições do lanche da manhã e da tarde do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia

			Grupo		Total
			Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar	
Lanche da manhã	Em casa	n	5	13	18
		%	20,83	54,17	75,00
	Fora de casa	n	6	0	6
		%	25,00	,00	25,00
Lanche da tarde	Em casa	n	8	13	21
		%	30,80	50,00	80,80
	Fora de casa	n	5	0	5
		%	19,2	,00	19,20

No que respeita à saúde, 26 indivíduos (100% da amostra) responderam “Mantém as vacinas em dia”, e “Verifica da pressão arterial” como podemos observar na Tabela 11. Deste modo, também possível verificar que 25 indivíduos (96,15% da amostra) responderam “Sim” na questão “Vai ao Dentista”.

Tabela 11 - Tabela representativa dos resultados da frequência estatística das alíneas Manter as vacinas em dia, Verificar a pressão arterial e Vai ao dentista do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia

			Grupo		Total
			Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar	
Mantém as vacinas em dia	Sim	n	13	13	26
		%	50,00	50,00	100,00
Verifica a sua pressão arterial	Sim	n	13	13	26
		%	50,00	50,00	100,00
Vai ao dentista	Sim	n	12	13	25
		%	92,30	100,00	96,15
	Não	n	1	0	1
		%	7,70	,00	3,85

No que refere à variável “Vai ao médico fazer a «revisão geral»” só 25 indivíduos responderam á questão. Como é possível verificar na Tabela 12, 24 indivíduos (96,0% da amostra) responderam “Sim” que vão ao médico fazer a «revisão geral».

Quanto à variável “Já teve tentativa de suicídio” só 25 indivíduos responderam à questão. Deste modo, é possível observar que 8 indivíduos (32,0%) da amostra responderam “Sim”, já tentou pelo menos uma vez o suicídio, dos quais 2 indivíduos são do Grupo I e 6 do Grupo II (Tabela 12).

Tabela 12 - Tabela representativa dos resultados da frequência estatística das alíneas Ir ao médico e Já teve tentativas de suicídio do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo			Total
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar	
Vai ao médico fazer uma "revisão geral"	Sim	n	11	13	24
		%	44,00	52,00	96,00
	Não	n	1	0	1
		%	4,00	,00	4,00
Já teve tentativa de suicídio	Sim	n	2	6	8
		%	8,00	24,00	32,00
	Não	n	10	7	17
		%	40,00	28,00	68,00

Quando realizada a análise pormenorizada das variáveis do Domínio do Comportamento desajustado do questionário de Estilos de Vida na Esquizofrenia só a questão “Pragueja, usa calão em contexto de linguagem hostil, faz ameaças de forma moderada à integridade própria ou de outros” apresenta evidências estatisticamente significativas ($p = 0,015$), entre os grupos da amostra (Tabela 13). Deste modo, é possível observar que 11 indivíduos do Grupo I (42,3%) responderam “algumas vezes por semana”, no Grupo II, 6 indivíduos responderam “algumas vezes por semana” e 4 “algumas vezes por mês”.

Tabela 13 - Tabela representativa dos resultados da frequência e da análise estatística (Teste Mann-Whitney) do Domínio de Comportamento desajustado do Grupo II do questionário de Estilo de Vida na Esquizofrenia

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Domínio de Comportamento desajustado						,066
Pragueja, usa calão em contexto de linguagem hostil, ...	Nunca	0	,0	1	3,85	,015
	Algumas vezes por ano	0	,0	2	7,7	
	Algumas vezes por mês	2	7,7	4	15,4	
	Algumas vezes por semana	11	42,30	6	23,07	
	Todos os dias	0	,0	0	,0	

2.2. Qualidade de Vida

No que diz respeito à caracterização do nível de Qualidade de Vida em função do local de inserção onde estas pessoas com experiência de doença mental estão a residir (hospital psiquiátrico ou estruturas residenciais de reabilitação) foi utilizado o questionário World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL- Bref), adaptado por Vaz-Serra e colaboradores (2006). Este instrumento inclui 26 questões que se distribuem por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais, e meio ambiente.

A aplicação do teste Mann-Whitney forneceu resultados verificando-se que o Grupo I tem uma média de score superior à do Grupo II em todos os domínios do questionário, de acordo com o representado na Tabela 14.

Tabela 14 - Tabela representativa dos resultados da estatística descritiva das Médias dos Scores dos Domínios Whoqol-bref

Domínios do WHOQOL-bref	Grupo	
	Reabilitação Psicossocial	Internamento Hospitalar
	Média dos Scores	Média dos Scores
Domínio Físico	17,69	9,31
Domínio Relação Social	18,15	8,85
Domínio Psicológico	16,77	10,23
Domínio Meio Ambiente	19,54	7,46
Somatório Geral do Teste WHOQOL-bref	19,69	7,31

De acordo com a Tabela 15, é possível observar os resultados do Teste de Mann-Whitney, para os 5 Domínios do Teste WHOQOL-bref e do Somatório Geral do Teste Whoqol-bref entre os grupos da amostra.

No que respeita, ao Domínio Psicológico ($p = 0,027$), o Domínio de Relação Social ($p = 0,002$), o Domínio Físico ($p = 0,005$) e os Domínios do Meio Ambiente e do Somatório Geral do questionário ($p < 0,001$) do teste WHOQOL-bref, é possível verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos vários Domínios entre os dois Grupos da amostra, como se pode observar na Tabela 15. Apesar destes resultados e de acordo com a análise estatística anteriormente realizada para o

questionário de Estilo de Vida, foi desenvolvida também uma análise pormenorizada dos itens dos diferentes Domínios do questionário de Qualidade de Vida, com o objectivo de verificar as diferenças estatisticamente significativas nas diferentes variáveis em estudo.

Assim, quanto à questão 1 “Como avalia a sua qualidade de vida” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os grupos da amostra, como podemos observar na Tabela 15. No Grupo I, 3 indivíduos responderam que avaliam a sua qualidade de vida como “Muito Boa” e 9 (34,6%) como “Boa”, no Grupo II, 3 indivíduos responderam que avaliam a sua qualidade de vida como “Boa” e 9 (34,6%) como “Nem Boa Nem Má”.

No que refere, à questão 2 “Até que ponto está Satisfeito com a sua Saúde” é possível verificar que existem igualmente diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$) entre os grupos da amostra. Deste modo, 10 indivíduos do Grupo I (38,5% da amostra) responderam que a sua satisfação com a sua Saúde é “Boa”, quanto ao Grupo II, 4 indivíduos responderam como “Boa”, 5 como “Nem Boa Nem Má” e 3 como “Má” (Tabela 15).

Quanto ao Domínio Físico foi possível observar 2 variáveis em estudo com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos da amostra (Tabela 15).

Assim, relativamente à variável “Tem energia suficiente para a sua vida diária” é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,027$) entre os grupos da amostra. Desta forma, 7 indivíduos do Grupo I responderam que avaliam a sua energia como “Muito Boa” e 3 como “Boa”, no Grupo II, 5 indivíduos responderam “Boa” e 5 “Nem Boa Nem Má”.

No que respeita à variável “Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar actividades do seu dia-a-dia” é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,019$) entre os grupos da amostra. No Grupo I, 5 indivíduos responderam “Muito Boa” e 7 como “Boa”, no entanto, 10 indivíduos do Grupo II (38,5% da amostra) responderam “Boa”(Tabela 15).

No Domínio da Relação Social é possível observar 2 variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,002$) entre os grupos da amostra (Tabela 15). Quanto à variável “Até que ponto gosta da vida” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,002$) em estudo entre os grupos da amostra. No Grupo I, 8 indivíduos responderam “Muitíssimo” e 4 “Muito”, quanto ao Grupo II, 4 indivíduos responderam “Muito”, 4 “Nem muito Nem pouco” e 4 responderam gostar “Pouco” da sua vida (Tabela 15).

Na variável “Em que medida se sente que a sua vida tem sentido” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os grupos da amostra. No que refere, à questão “Em que medida sente que a sua vida tem sentido”, 9 indivíduos do Grupo I (34,6 % da amostra) responderam “Muito”, no Grupo II, 8 indivíduos responderam “Nem muito Nem pouco” e 3 responderam “Pouco” (Tabela 15).

No que respeita ao Domínio do Meio Ambiente, é possível observar 4 variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da amostra (Tabela 15).

Deste modo, observa-se que na variável “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades” (Tabela 15) existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,017$) entre os grupos da amostra. Assim, 8 indivíduos do Grupo I responderam “Moderadamente”, no Grupo II, 6 indivíduos responderam “Pouco” e 4 “Moderadamente”.

Quanto à variável “Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,015$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. Desta forma, 5 indivíduos do Grupo I responderam “Completamente” e 8 “Bastante”, os indivíduos do Grupo II, 5 responderam “Bastante” e 6 “Moderadamente” (Tabela 15). No que respeita à variável “Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,003$). Deste modo, 6 indivíduos do Grupo I responderam “Muito satisfeitos” e 7 “Satisfeitos” com o acesso aos serviços de saúde, quanto aos indivíduos do Grupo II, 10 indivíduos responderam “Satisfeitos” e 3 “Nem satisfeito Nem insatisfeito” (Tabela 15).

No que respeita à variável “Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,007$) entre os grupos da amostra. No Grupo I, 8 indivíduos responderam “Satisfeitos” e 3 “Nem satisfeitos Nem insatisfeitos” no Grupo II, 6 indivíduos responderam “Nem satisfeitos Nem insatisfeitos” e 4 “Muito Insatisfeitos”.

É possível verificar que no Domínio Psicológico, existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,023$) do domínio entre os grupos da amostra, o que não se verifica nas diferentes variáveis que constituem o domínio (“Até que ponto está satisfeito consigo próprio”, “Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual” e “Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos”).

Tabela 15 – Tabela representativa dos resultados da análise estatística (teste Mann-Whitney) e dos resultados da frequência referente aos Domínios do questionário de Whoqol-bref

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Somatório Geral Whoqol-Bref						<,001
Questão 1 Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito Má	0	,0	1	3,8	<,001
	Má	0	,0	0	,0	
	Nem Boa Nem Má	1	3,8	9	34,6	
	Boa	9	34,6	3	11,5	
	Muito Boa	3	11,5	0	,0	
Questão 2 Até que ponto está Satisfeito com a sua Saúde	Muito Má	0	,0	1	3,8	,001
	Má	0	,0	3	11,5	
	Nem Boa Nem Má	1	3,8	5	19,2	
	Boa	10	38,5	4	15,4	
	Muito Boa	2	7,7	0	,0	
Domínio Físico						,004
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	Muito Má	0	,0	0	,0	,027
	Má	1	3,8	2	7,7	
	Nem Boa Nem Má	2	7,7	5	19,2	
	Boa	3	11,5	5	19,2	
	Muito Boa	7	26,9	1	3,8	
Até que ponto está satisfeito ... capacidade para desempenhar AVD's	Muito Má	0	,0	0	,0	,019
	Má	0	,0	1	3,8	
	Nem Boa Nem Má	1	3,8	2	7,7	
	Boa	7	26,9	10	38,5	
	Muito Boa	5	19,2	0	,0	

Tabela 15 continua na página 69

Tabela 15 – Tabela representativa dos resultados da análise estatística (teste Mann-Whitney) e dos resultados da frequência referente aos Domínios do questionário de Whoqol-bref

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Domínio Relação Social					,002	
Até que ponto gosta da vida?	Nada	0	,0	0	,0	,002
	Pouco	1	3,8	4	15,4	
	Nem muito Nem pouco	0	,0	4	15,4	
	Muito	4	15,4	4	15,4	
	Muitíssimo	8	30,8	1	3,8	
Em que medida se sente que a sua vida tem sentido	Nada	0	,0	0	,0	<,001
	Pouco	0	,0	3	11,5	
	Nem muito Nem pouco	2	7,7	8	30,8	
	Muito	9	34,6	2	7,7	
	Muitíssimo	2	7,7	0	,0	
Domínio Psicológico					,023	
Domínio Meio Ambiente					<,001	
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Nada	0	,0	2	7,7	,017
	Pouco	2	7,7	6	23,1	
	Moderadamente	8	30,8	4	15,4	
	Bastante	2	7,7	1	3,8	
	Completamente	1	3,8	0	,0	
Até que ponto tem fácil acesso às informações... vida diária?	Nada	0	,0	0	,0	,015
	Pouco	0	,0	0	,0	
	Moderadamente	0	,0	6	23,1	
	Bastante	8	30,8	5	19,2	
	Completamente	5	19,2	2	7,7	
Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?	Muito Insatisfeito	0	,0	0	,0	,003
	Insatisfeito	0	,0	0	,0	
	Nem satisfeito Nem insatisfeito	0	,0	3	11,5	
	Satisfeito	7	26,9	10	38,5	
	Muito Satisfeito	6	23,1	0	,0	
Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	Muito Insatisfeito	0	,0	4	15,4	,007
	Insatisfeito	0	,0	0	,0	
	Nem satisfeito Nem insatisfeito	3	11,5	6	23,1	
	Satisfeito	8	30,8	2	7,7	
	Muito Satisfeito	2	7,7	1	3,8	

Analiseemos agora se existem diferenças na capacidade funcional destas pessoas resultantes do contexto onde se encontram a residir.

2.3. Capacidade Funcional

Por fim, e com o objectivo de avaliar as capacidades funcionais dos indivíduos em função do contexto residencial, é utilizado o Teste Life Skills Profile (LSP, de Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 1989), numa versão portuguesa autorizada (LSP-VP-39), desenvolvida por Rocha, Queirós, Aguiar, e Marques (2006). Este Teste permite avaliar a capacidade funcional em 5 escalas: a escala do Auto-cuidado, da Não-Perturbação, do Contacto Social, da Comunicação e da Responsabilidade. No final é possível ainda avaliar o score do Somatório do Teste Life Skills Profile, permitindo ter um indicador global da capacidade funcional de cada indivíduo.

Pela aplicação do teste do Mann-Whitney nas escalas do Teste, é possível verificar que o Grupo I tem uma média de score superior à do Grupo II nos scores das escalas do Auto-cuidado, da Não-perturbação, do Contacto Social, da Responsabilidade e no Somatório do Teste Life skills Profile. Contudo no score da escala da Comunicação o Grupo II tem uma média de score superior ao Grupo I, de acordo com a Tabela 16.

Tabela 16 - Resultados das Médias dos Scores das 5 Sub-escalas e do Somatório geral do Teste Life Skills Profile

Domínios do WHOQOL-bref	Grupo	
	Reabilitação Psicosocial	Internamento Hospitalar
	Média dos Scores	Média dos Scores
Escala do Auto-Cuidado	18,73	8,27
Escala de Não-Perturbação	15,50	11,50
Escala de Contacto Social	16,27	10,73
Escala da Comunicação	12,88	14,12
Escala da Responsabilidade	16,42	10,58
Somatório do Teste Life Skills Profile	17,35	9,65

Na Tabela 17 é possível observar os resultados do teste Mann-Whitney e o respectivo nível de significância bilateral nas 5 escalas e do Somatório Geral do Teste Life Skills Profile entre os grupos da amostra.

No que respeita, às escalas do Auto-cuidado ($p < 0,001$), da Responsabilidade ($p = 0,043$) e do Somatório Geral do Teste de Life skills Profile ($p = 0,01$) é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas escalas e no Somatório Geral do Teste Life Skills Profile entre os grupos da amostra. No que respeita às escalas de Não-Perturbação ($p = 0,179$), do Contacto Social ($p = 0,063$) e de Comunicação ($p = 0,068$), é possível observar que não existem evidências estatisticamente significativas nas escalas entre os grupos da amostra.

Contudo e de acordo com a análise estatística desenvolvida nos testes anteriores referidos (Estilo de Vida e Whoqol-bref), a aplicação desta análise considera-se pertinente pelo facto de existirem escalas do teste que não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas escalas entre os grupos da amostra.

No que respeita, à variável do Somatório Geral do Teste Life Skills Profile é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,01$) entre os grupos da amostra. Na análise em pormenor da escala do Auto-cuidado é possível observar 3 variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os grupos da amostra. Desta forma, a variável “Esta pessoa consegue geralmente preparar... alimentos/refeições?” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os grupos da amostra. Assim, 11 indivíduos do Grupo I (42,3% da amostra) responderam “É capaz de preparar alimentos/refeições”, no Grupo II 4 indivíduos responderam “Tem limitações moderadas” e 7 “É totalmente incapaz de preparar alimentos/refeições” (Tabela 17).

Na variável, “Esta pessoa consegue geralmente planear o seu orçamento... viver pelos seus próprios meios?” é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) na variável em estudo entre os grupos da amostra (Tabela 17). Deste modo, 7 indivíduos do Grupo I responderam “É capaz de fazer o orçamento” e 3 “Tem ligeiras dificuldades, no Grupo II 10 indivíduos (38,5% da amostra) responderam “É totalmente incapaz de fazer o orçamento” e 3 “Tem limitações moderadas”.

No que refere, à variável “Que tipo de trabalho esta pessoa é geralmente capaz de fazer” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,01$) entre os grupos da amostra. Assim, 8 indivíduos do Grupo I (30,8% da amostra) responderam “É capaz de trabalho a tempo inteiro” e 3 “É apenas capaz de trabalho protegido”, no Grupo II, 10 indivíduos (38,5% da amostra) responderam “È apenas capaz de desenvolver trabalho protegido” e 3 “É capaz de trabalho a tempo parcial”. Relativamente, à análise em pormenor da escala do Não-perturbação ($p > 0,05$) é possível observar 3 variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da amostra. Assim, na variável “Esta pessoa geralmente mostra-se zangada ou hostil em relação aos outros?” observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,008$) entre os grupos da amostra. Deste modo, 7 indivíduos do Grupo I, responderam “Nada zangada” e 5 “Ligeiramente zangada”, no Grupo II, 7 indivíduos responderam “Ligeiramente zangada” e 5 “Moderadamente zangada”.

No que respeita, à variável “Esta pessoa geralmente tem problemas ao viver com os outros em família ou na mesma casa?” é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,047$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. No Grupo I, 7 indivíduos responderam “Sem problemas óbvios” e 6 “Problemas ligeiros”, no Grupo II, 3 indivíduos responderam “Sem problemas óbvios”, 7 “Problemas ligeiros” e 3 “Problemas moderados” ao viver com os outros em família ou na mesma casa (Tabela 17).

Relativamente à variável “Esta pessoa comporta-se imprudentemente?” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,04$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. Assim, na Tabela 17 podemos ainda verificar que 4 indivíduos do Grupo I responderam “Nunca” e 8 “Raramente”, quanto ao Grupo II 10 indivíduos (38,5% da amostra) responderam “Nunca”.

Na análise em pormenor da escala do Contacto social é possível observar 3 variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,063$) entre os grupos da amostra. Deste modo, a variável “Esta pessoa está geralmente Inactiva?” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,011$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. Deste modo, 12 indivíduos do Grupo I (46,2% da

amostra) responderam “Apropriadamente activa”, no Grupo II, 6 indivíduos responderam “Apropriadamente activa” e 5 “Ligeiramente inactiva”.

Quanto à variável “Esta pessoa tem geralmente interesses definidos nos quais está envolvida regularmente?” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$) na variável em estudo entre os grupos da amostra. No Grupo I, 4 indivíduos responderam “Tem um envolvimento considerável”, 3 “Tem um envolvimento moderado” e 6 “Tem algum envolvimento”, no que respeita ao Grupo II, 9 indivíduos (34,6% da amostra) responderam “Tem algum envolvimento” e 4 “Não tem nenhum envolvimento” em interesses (Tabela 17).

Na variável “Esta pessoa geralmente faz e/ou mantém amizades?” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,021$) entre os grupos da amostra. Desta forma, 3 indivíduos do Grupo I, responderam “As amizades são feitas ou mantidas facilmente” e 10 “As amizades são feitas ou mantidas com ligeira dificuldade”, no Grupo II, 9 indivíduos responderam “As amizades são feitas ou mantidas facilmente” e 4 “As amizades são feitas ou mantidas com ligeira dificuldade”.

No que respeita, à análise em pormenor da escala Responsabilidade é possível observar 2 variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,043$) entre os grupos da amostra (Tabela 17). Quanto à variável “Esta pessoa geralmente está atenta e toma a medicação prescrita sem ser preciso lembrar-lhe?” é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,004$) entre os grupos da amostra. Assim, 12 indivíduos do Grupo I (46,2% da amostra) responderam “É confiável com a medicação”, no Grupo II, 5 indivíduos responderam “É confiável com a medicação” e 5 “É ligeiramente não confiável” (Tabela 17). Por outro lado relativamente à variável, “Esta pessoa perde bens pessoais?” ($p = 0,039$) é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na variável em estudo entre os grupos da amostra. No Grupo I, 11 indivíduos (42,3% da amostra) responderam “Nunca”, no Grupo II, 6 indivíduos responderam “Nunca” e 6 responderam “Raramente” (tabela 17).

No que respeita à Escala Comunicação é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,067$) na escala entre os grupos da amostra (Tabela 17). Contudo, após a realização da análise estatística pormenorizada,

também não foram observadas evidências estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis da Escala de Comunicação entre os grupos da amostra, (“Esta pessoa geralmente tem dificuldade em iniciar ou responder a uma conversa?”; “Esta pessoa geralmente interrompe ou intromete-se na conversa dos outros?”; “Esta pessoa geralmente estabelece contacto ocular com os outros quando está em conversa?”; “É geralmente difícil entender esta pessoa por causa da forma como ela fala?”; “Esta pessoa geralmente fala sobre ideias bizarras ou estranhas?”; “ A aparência desta pessoa é geralmente apropriada para o meio a que pertence ou em que se movimenta?”).

Tabela 17 – Tabela representativa dos resultados da análise estatística (teste Mann-Whitney) e dos resultados da frequência referente às Escalas do questionário Life Skills Profile

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Somatório Geral do questionário Life Skills Profile						,010
Escala do Auto-cuidado						<,001
Esta pessoa consegue geralmente preparar... alimentos/refeições ?	É capaz de preparar alimentos/refeições	11	42,3	2	7,7	<,001
	Tem ligeiras limitações	2	7,7	0	,0	
	Tem limitações moderadas	0	,0	4	15,4	
	É totalmente incapaz de preparar alimentos/refeições	0	,0	7	26,9	
Esta pessoa consegue geralmente planear o seu orçamento... viver pelos seus próprios meios?	É capaz de fazer o orçamento	7	26,9	0	,0	<,001
	Tem ligeiras limitações	3	11,5	0	,0	
	Tem limitações moderadas	2	7,7	3	11,5	
	É totalmente incapaz de fazer o orçamento	1	3,8	10	38,5	
Que tipo de trabalho esta pessoa é geralmente capaz de fazer?	É capaz de trabalho a tempo inteiro	8	30,8	0	,0	,010
	É capaz de trabalho a tempo parcial	1	3,8	3	11,5	
	É apenas capaz de trabalho protegido	3	11,5	10	38,5	
	É totalmente incapaz de trabalhar	1	3,8	0	,0	
Escala de Não-perturbação						,179
Esta pessoa geralmente mostra-se zangada ou hostil em relação aos outros?	Nada zangada	7	26,9	1	3,8	,008
	Ligeiramente zangada	5	19,2	7	26,9	
	Moderadamente zangada	1	3,8	5	19,2	
	Extremamente zangada	0	,0	0	,0	

Tabela ...continua na página 75

Tabela 17 – Tabela representativa dos resultados da análise estatística (teste Mann-Whitney) e dos resultados da frequência referente às Escalas do questionário Life Skills Profile

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Escala de Não-perturbação					,179	
Esta pessoa geralmente tem problemas ao viver com os outros em família ou na mesma casa?	Sem problemas óbvios	7	26,9	3	11,5	,047
	Problemas ligeiros	6	23,1	7	26,9	
	Problemas moderados	0	,0	3	11,5	
	Problemas extremos	0	,0	0	,0	
Esta pessoa comporta-se imprudentemente?	Nunca	4	15,4	10	38,5	,040
	Raramente	8	30,8	2	7,7	
	Ocasionalmente	1	3,8	0	,0	
	Frequentemente	0	,0	1	3,8	
Escala do Contacto Social					,063	
Esta pessoa está geralmente Inactiva?	Apropriadamente Activa	12	46,2	6	23,1	,011
	Ligeiramente inactiva	1	3,8	5	19,2	
	Moderadamente inactiva	0	,0	2	7,7	
	Extremamente inactiva	0	,0	0	,0	
Esta pessoa tem geralmente interesses definidos nos quais está envolvida regularmente?	Tem um envolvimento considerável	4	15,4	0	,0	,001
	Tem um envolvimento moderado	3	11,5	0	,0	
	Tem algum envolvimento	6	23,1	9	34,6	
	Não tem nenhum envolvimento	0	,0	4	15,4	
Esta pessoa geralmente faz e/ou mantém amizades?	As amizades são feitas ou mantidas facilmente	3	11,5	9	34,6	,021
	As amizades são feitas ou mantidas com ligeira dificuldade	10	38,5	4	15,4	
	As amizades são feitas ou mantidas com dificuldade considerável	0	,0	0	,0	
	Não mantém nem faz amizades	0	,0	0	,0	
Escala da Comunicação					,068	

Tabela ... continua na página 76

Tabela 17 – Tabela representativa dos resultados da análise estatística (teste Mann-Whitney) e dos resultados da frequência referente às Escalas do questionário Life Skills Profile

		Grupo				Teste Mann-Whitney (p)
		Reabilitação Psicossocial		Internamento Hospitalar		
		n	%	n	%	
Escala da Responsabilidade						,043
Esta pessoa geralmente está atenta e toma a medicação prescrita sem ser preciso lembrar-lhe?	É confiável com a medicação	12	46,2	5	19,2	,004
	É ligeiramente não confiável	1	3,8	5	19,2	
	É moderadamente não confiável	0	,0	2	7,7	
	Não é totalmente confiável	0	,0	1	3,8	
Esta pessoa perde bens pessoais?	Nunca	11	42,3	6	23,1	,039
	Raramente	2	7,7	6	23,1	
	Ocasionalmente	0	,0	1	3,8	
	Frequentemente	0	,0	0	,0	

No ponto seguinte iremos discutir os resultados encontrados.

3. Discussão dos Resultados

Este trabalho foi realizado numa tentativa de perceber a importância de programas de reabilitação psicossocial nos estilos de vida, qualidade de vida e capacidade funcional das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

A esquizofrenia sendo uma doença grave e de evolução prolongada que atinge cerca de 1% da população mundial (Lieberman, 2006), contribui para a alteração do padrão da qualidade de vida. Tendo em conta as características da própria doença, verificam-se variações ao nível da capacidade funcional, frequente co-morbilidade com abuso de substâncias e diminuição da longevidade, com consequentes alterações nos estilos de vida (Tandon, 2009).

Na análise descritiva do questionário de Avaliação de Estilos de Vida verificou-se a existência de diferenças poucas significativas entre os dois grupos com programas de reabilitação e contextos residenciais distintos.

Relativamente ao Índice de Massa Corporal, 9 pessoas apresentam excesso de Peso e 3 (11,5%) ostentam obesidade. A epidemia de obesidade na população constitui, por si só, uma grande preocupação na área de saúde pública, contudo a prevalência descrita de obesidade na população de pessoas com esquizofrenia, variam entre 40% e 60% (Wirshing, 2004). Estes indicadores revelam que a amostra do nosso estudo apresenta níveis inferiores de obesidade em relação à população geral de pessoas com esquizofrenia. De qualquer forma, Meyer (2005) afirma que pessoas com esquizofrenia apresentam um maior risco de obesidade quando comparados a outros indivíduos sem doença mental, devido a factores como estilo de vida sedentário, escolhas dietéticas inadequadas e efeitos colaterais das medicações psicoativas.

O facto de todas as pessoas da amostra já terem estado inseridas no contexto de internamento hospitalar no mínimo durante dois anos pode promover alterações nos hábitos e rotinas que são sistemática e rigorosamente controlados por alguns elementos da equipa multidisciplinar que actua em cada unidade hospitalar. Deste modo, no internamento hospitalar adopta-se impreterivelmente a inibição por completo a quase todos os indivíduos, de consumo de substâncias como o tabaco, as bebidas alcoólicas, as drogas, e onde se inclui ainda um controlo de questões como os hábitos de sono, tomas

de medicação, a alimentação, entre outras. Este facto poderá ter contribuído para os resultados encontrados, para a inexistência de diferenças entre os dois grupos no que reporta ao padrão de consumo destas substâncias e ao consumo esporádico verificado. Estatísticas americanas demonstram que 50% dos doentes psiquiátricos fumam, em contraste com os 25% da população geral (Grant, 2004). A prevalência de tabagismo em pessoas com esquizofrenia é três vezes maior do que a população geral (Leon, 2002). No entanto, 96,2% da nossa amostra é não fumadora, só um indivíduo a residir em contexto de internamento hospitalar é fumador, fumando menos de 10 cigarros por dia.

As pessoas com esquizofrenia têm, quase todas, uma concludente vocação a tomarem muito café. Na nossa amostra, 57,7% consome café todos os dias, dos quais 69,2% pertencem ao Grupo I e 46,2% ao Grupo II. Estes dados podem estar relacionado com o metabolismo da dopamina ou dos receptores dopaminérgicos, pelo facto de existir semelhança bioquímica entre a intoxicação por cafeína e a esquizofrenia (em que ambos casos a dopamina está aumentada) (Mikkelsen, 1978).

Relativamente ao consumo de chá 46,2% dos indivíduos da amostra consomem chá todos os dias dos quais 84,6% pertencem ao Grupo II. Esta circunstância é explicável pelo facto de ser servido Chá, todos os dias ao Almoço e ao Lanche da Tarde.

No que respeita a alínea do “Desporto que faz transpirar” os indivíduos do Grupo I possuem classes de educação física reservadas todas as semanas por outro lado, nem todos os indivíduos do Grupo II frequentam as classes no horário estabelecido para internamento hospitalar, o que pensamos que por si só possa promover alguma discrepância entre os grupos.

No que respeita a “Andar a pé ou de Bicicleta” as evidências estatísticas demonstram que os indivíduos do Grupo I possuem uma maior prevalência neste tipo de actividades. Os indivíduos do Grupo I residem na comunidade a mais ou menos 15 minutos da Casa de Saúde e têm que executar esse caminho pelo menos 4 vezes por dia, par além das habituais deslocações ao supermercado e a outros serviços da comunidade (padaria, cabeleireiro, café, pagar as contas da água, luz, gás e telefone) e das caminhadas promovidas pelos técnicos, realizadas todos os dias ao final da tarde. Os indivíduos do Grupo II executam 20 a 30 minutos de caminhada algumas vezes por semana nos corredores ou pela quinta envolvente à Casa de Saúde. Desta forma

conseguimos compreender a supremacia do Grupo I em relação ao Grupo II que é directamente proporcional à diferença entre o número de actividades desta tipologia desenvolvidas ao longo do dia ou da semana, resultantes das necessidades impostas pelo contexto onde residem. Vários estudos indicam os efeitos benéficos da actividade física sobre a saúde em geral. Nos últimos 20 anos, diversos trabalhos científicos têm avaliado o papel da actividade física em pessoas com doença mental, indicando um efeito positivo do exercício físico tanto no tratamento como na melhoria da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos (Penedo, 2005). Alguns estudos referem que actividade física provoca efeitos psicológicos como a melhoria do auto-conceito, da auto-estima, da imagem corporal, a diminuição do stress, da ansiedade, da tensão muscular, da insónia e do consumo de medicamentos e favorece o relaxamento, reduz ou evita o estado de depressão, melhora o estado de humor, o bem-estar geral, a saúde mental, a função cognitiva, o controlo motor, a confiança e satisfação pela vida e proporciona novas aprendizagens, independentemente da idade (Matsudo, 1997 e Llano, 2002).

Este padrão também se pode verificar relativamente à alínea “Fazer jardinagem ou trabalhos domésticos” pelo facto dos indivíduos do Grupo I terem de realizar os trabalhos domésticos (fazer comer, lavar roupa, passar a ferro, aspirar, limpar e lavar a casa todos os dias) e têm pelo menos uma manhã por semana de jardinagem e horticultura o que não acontece com a totalidade dos indivíduos do Grupo II. Alguns indivíduos do Grupo II também colaboram nas actividades de vida diária na unidade de internamento hospitalar mas só durante um pequeno período da manhã tendo posteriormente muito tempo livre como vamos evidenciar posteriormente.

No que se refere á alínea “Procurar ser activo na sua comunidade” é relevante referir que todos os indivíduos do Grupo I têm de desenvolver actividades ocupacionais úteis, produtivas e recompensadas monetariamente na Casa de Saúde o que não acontece com a maioria dos indivíduos do Grupo II. Para além das actividades referidas anteriormente as equipas multidisciplinares envolvidas nos projectos de reabilitação psicossocial tentam estimular que as pessoas do Grupo I desenvolvam e participem em todas as actividades existentes na comunidade para a população geral.

Na procura do equilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer pensa-se ser importante referir que os indivíduos do Grupo II têm

poucos momentos de lazer, na sua maioria das vezes são as festas comemorativas do Santo Patrono das Unidades de internamento hospitalar, dos aniversários e outras datas significativas como o Natal, o Carnaval, a Páscoa e as Marchas dos santos populares que proporcionam estes momentos de lazer. Por outro lado, os indivíduos do Grupo I podem desfrutar de todas as oportunidades anteriormente referidas mais as que se realizarem na comunidade ou outras que estes queiram participar, tais como Passeio de três dias ou as férias na praia organizados pela Casa de Saúde onde estes indivíduos têm alguma prioridade em relação às pessoas inseridas no internamento hospitalar. É importante ainda mencionar que as pessoas em reabilitação psicossocial têm dois dias de folga por semana o que lhes permite realizarem as actividades que desejarem, o que evidencia por parte das pessoas do Grupo I um número maior de oportunidades que podem tornar evidentes e compreensíveis as evidências estatísticas existentes.

No que respeita à alimentação, parece-nos bastante evidente também que as diferenças estatísticas apresentadas possam estar directamente relacionadas com o contexto em que as pessoas estão inseridas (reabilitação psicossocial e internamento hospitalar). Assim, os indivíduos do Grupo II realizam todas as actividades diárias incluindo as refeições dentro da sua unidade hospitalar na Casa de saúde. Os indivíduos do Grupo I vivem na comunidade e executam as refeições do pequeno-almoço, almoço, jantar e ceia nas suas residências, ainda que as refeições do lanche ocorram na Casa de Saúde, onde todos os dias vão desenvolver actividades ocupacionais úteis e remuneradas.

Roberts e colaboradores (2006) referem que as pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia têm menos probabilidades de fazer exames médicos gerais completos. No entanto, relativamente à saúde, nomeadamente às vacinas, todos os indivíduos da amostra mencionam que têm as vacinas em dia, verificam a pressão arterial, fazem regularmente a “revisão geral” no médico e vão regularmente ao dentista. Isto deve-se ao facto de todos os indivíduos da amostra são acompanhados por uma equipa multidisciplinar que assegura todos os cuidados necessários de rotina ou sempre que solicitados.

No entanto, no que respeita à medicação tanto no “Esquecer-se de tomar a medicação” ou “Tomar a medicação quando se lembra ou tomar fora de horas” as

evidências estatísticas demonstram que o Grupo II tem um comportamento mais adaptado que o Grupo I. Esta situação só se deve ao facto da toma da medicação ser totalmente elaborada e controlada pelos enfermeiros das unidades de internamento hospitalar que dão a medicação á hora da refeição, existindo deste modo poucas ocorrências de negligência na toma de medicação por parte dos indivíduos no internamento hospitalar, o que não acontece com os utentes integrados nas residências. Os indivíduos do Grupo II, apesar de terem sido treinados para gerirem a sua medicação apresentam alguns episodios pontuais de esquecimento ou de toma fora de horas da medicação.

As evidências estatísticas demonstram que o Grupo II desfruta de um maior número de momentos para relaxar que o Grupo I. Este acontecimento pode incidir no facto dos elementos do Grupo I executarem todas as suas actividades de vida diária e ainda desenvolverem pelo menos uma actividade ocupacional útil e remunerada o que lhes preenche grande parte do dia. Os indivíduos do Grupo II também colaboram nas actividades de vida diária na unidade de internamento hospitalar mas a maioria dos indivíduos só realiza actividades estruturadas durante o período da manhã tendo posteriormente muito tempo durante o resto do dia susceptível de poder relaxar.

As pessoas em internamento hospitalar têm que acordar muito cedo, o facto de viverem muitas pessoas numa unidade de internamento hospitalar (± 50), implica que todos os dias às 7:30 da manhã acordem para realizarem a sua higiene pessoal supervisionados ou auxiliados pelos enfermeiros e auxiliares da acção médica numa única infra-estrutura (casa de banho colectiva), o que exige começar cedo para que á hora do pequeno-almoço as pessoas possam realizar a refeição todas juntas. No Grupo II são 5 indivíduos em cada residência que possui duas casas de banho cada, podem executar a sua higiene de manhã ou à noite como preferirem o que obviamente lhes permite acordar mais tarde.

No que refere a Praguejar, usar calão em contexto de linguagem hostil, fazer ameaças de forma moderada à integridade própria ou de outros do Domínio dos Comportamento Desajustado do Grupo II, são os indivíduos do Grupo II que apresentam significativamente mais evidências do comportamento desajustado que os indivíduos do Grupo I o que se pode compreender por vários aspectos. Vivem numa

unidade de internamento hospitalar com ± 50 pessoas o que por si só promove mais oportunidades de bons e maus relacionamentos entre os pares, que são geralmente comentados e explorados pelos pares consoante a conveniência dos mesmos. O comportamento agressivo é um problema significativo em pessoas com esquizofrenia e que tem consequências negativas graves para a pessoa, para os familiares e para os cuidadores (Arango, 2005) Contudo, os indivíduos do Grupo I tiveram inicialmente treino de competências sociais que permitiu ter alguma preparação e experiência na melhor forma de gerir conflitos, no entanto, semanalmente têm reuniões com a equipa técnica do Projecto de Reabilitação Psicossocial para gerir os conflitos possam surgir e cada indivíduo também tem um Terapeuta de Referência com quem pode falar ou questionar sobre qualquer assunto ou problema que achar pertinente.

Assim, no que respeita aos comportamentos agressivos pensamos que a toma ininterrupta da medicação ajuda a controlar esse tipo de sintomatologia. Citrome e colaboradores (2001) referem que a medicação antipsicótica tem sido utilizada para controlar a impulsividade e a agressividade em pessoas com esquizofrenia nas quais esta tem uma dupla função: o tratamento do transtorno e controlo do comportamento.

Esta descrição pormenorizada parece evidenciar que os estilos de vida de ambos os grupos são fortemente condicionados pelo controle e rotinas institucionais, daí não se terem verificado existências significativas. De qualquer forma o contexto comunitário, onde se inserem as residências comunitárias, parece ser mais potenciador de autonomia, de liberdade de escolha e responsabilização, preparando portanto melhor as pessoas com doença mental para o controlo do seu estilo de vida, o que neste caso, pelo padrão saudável e adaptativo que parecem apresentar, se constitui claramente como uma mais valia para estas pessoas lá inseridas.

Relativamente aos resultados do questionário de Qualidade de Vida como já referimos anteriormente na apresentação dos resultados, verificou-se a existência de diferenças significativas em todos Domínios e no Somatório Geral do questionário entre os dois grupos da amostra.

Deste modo, foi possível constatar que os indivíduos da amostra inseridos no programa de reabilitação psicossocial apresentam um maior nível de qualidade de Vida em geral e em cada um dos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais, e

meio ambiente, comparativamente com os indivíduos da amostra inseridos no internamento hospitalar.

No que respeita à avaliação qualidade de vida” os indivíduos do Grupo I avaliam a sua qualidade de vida como “Muito Boa” ou “Boa”, enquanto a maioria do Grupo II (9 indivíduos) avaliam como “Nem Boa Nem Má”, o que evidencia uma melhor percepção de qualidade de vida por parte dos indivíduos inseridos em reabilitação psicossocial. No que refere á satisfação com a sua Saúde, 10 indivíduos do Grupo I classificam-na como “Boa”, enquanto no Grupo II só 4 indivíduos classificam-na de igual forma e 3 classificam-na como Má, o que demonstra mais uma vez uma melhor percepção de qualidade de vida por parte dos indivíduos inseridos em reabilitação psicossocial.

No domínio físico a diferença com significado estatístico entre os dois grupos pode ser explicada pelas componentes que englobam o domínio (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividades da vida diária, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho) que são parte do treino de aptidões na reabilitação psicossocial para as pessoas adquiriram a autonomia e possam integrar este tipo de projectos (Andressen, 2003 e Carneiro, 2007). Deste modo podemos perceber as diferenças estatisticamente significativas apresentadas quer em relação à energia suficiente para a vida diária como, com a satisfação com a capacidade em desempenhar actividades do seu dia-a-dia. Os indivíduos do Grupo I apresentam melhor classificação destas variáveis, com 7 indivíduos a classificarem como “Muito Boa” a energia suficiente para a vida diária e 5 a satisfação com a capacidade em desempenhar actividades do seu dia-a-dia.

No que respeita ao domínio da relação social (relações pessoais e apoio social) será importante referir que as diferenças com significado estatístico podem estar relacionadas com as diferentes dimensões estruturais de apoio, a multiplicidade e número de funções de apoio prestado pelos membros da equipa multidisciplinar nos diferentes contextos de inserção. Esta relação é particularmente importante pois a multiplicidade tem sido considerada uma dimensão estrutural com maior influência sobre a satisfação com o suporte social (Rosa, 2007). Assim, 8 indivíduos inseridos na reabilitação psicossocial gostam “Muitíssimo” da sua vida e 4 gostam “Muito”, quanto

ao Grupo II 4 indivíduos gostam “Muito” da sua vida mas 4 indivíduos também declaram que gostam “Pouco”. No que respeita ao sentir que a sua vida tem sentido mais uma vez surge uma clara supremacia de satisfação por parte dos indivíduos do Grupo I com 9 indivíduos referirem que as suas vidas fazem “Muito” sentido, enquanto que 8 indivíduos do Grupo II, referem que as sua vida faz “Nem muito Nem pouco” sentido. Deste modo, ao ser abordada a vida social das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, a participação em actividades comunitárias e de lazer e a interacção interpessoal deve ser direccionada com familiares e amigos. Acreditamos que esses aspectos são essenciais para a qualidade de vida e para a reinserção dessas pessoas, o que vai de encontro com as premissas da reabilitação psicossocial. Segundo Louzã Neto e Elkis (2007), as abordagens psicossociais compreendem um conjunto de acções capazes de proporcionar às pessoas com esquizofrenia uma melhor integração social, profissional e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

No que respeita ao domínio psicológico (sentimentos positivos e negativos, auto-estima e imagem corporal) é possível evidenciar a auto-imagem assim como a imagem corporal pelo facto das pessoas do Grupo I da amostra terem a oportunidade de escolherem a sua roupa todos os dias, sem qualquer tipo de controlo, comprarem todo o vestuário ao seu gosto para além de poderem cuidar da sua imagem indo ao cabeleireiro ao esteticista onde e quando querem. Para o ser humano, a imagem corporal desempenha um papel importante na consciência de si, se a percepção do corpo é positiva a auto-imagem será positiva, e se há satisfação com a imagem do seu corpo, a auto-estima será melhor (Benedetti, Petroski e Gonçalves, 2004).

No que respeita ao domínio do Meio Ambiente (segurança, recursos financeiros, cuidados de saúde e oportunidade de lazer), relativamente aos recursos financeiros, 8 indivíduos do Grupo I referem ter “Moderadamente” dinheiro para satisfazer as suas necessidades, enquanto no Grupo II, 6 indivíduos declararam estar “pouco” satisfeitos. As diferenças demonstradas podem estar relacionadas com o facto dos indivíduos do Grupo I recebem um valor monetário mais elevado pelas tarefas desempenhadas quando comparados com os indivíduos do Grupo II. No entanto têm de pagar todas as despesas de água, luz, gás e telefone das suas residências desse fundo de maneio. Os indivíduos do Grupo I gerem autonomamente o dinheiro proveniente dos trabalhos que desenvolvem na Casa de Saúde assim como parte da reforma ou da pensão de invalidez,

a gestão é realizada através de uma “Folha de Gestão de Contas” que é revista pelo seu Terapeuta de Referência de acordo com as necessidades da própria pessoa, no que refere aos indivíduos do Grupo II poucos são os que tem uma gestão autónoma de dinheiro.

Ao nível dos cuidados de saúde as pessoas do Grupo I comparativamente com as pessoas do Grupo II, tem os cuidados de saúde mais personalizados, pelo facto de existirem três equipas multidisciplinares para 35 pessoas nos projectos de reabilitação psicossocial em contrapartida existe uma equipa multidisciplinar para cada unidade de internamento hospitalar (± 50 pessoas). As pessoas inseridas em reabilitação psicossocial têm um elemento da Equipa Multidisciplinar como seu Terapeuta de Referência, no entanto, no entanto apesar de terem conceitos e funções diferentes, está a decorrer na Casa de Saúde a implementação de um Técnico de Referência para cada indivíduo em internamento hospitalar assim como a constituição de um Plano Individual Intervenção pelo qual o técnico de referência é responsável. Este facto parece fornecer aos indivíduos do Grupo I uma maior sensação de confiança, segurança e envolvimento com os Técnicos da Equipa Multidisciplinar comparativamente aos indivíduos do Grupo II.

Deste modo, parece conseqüente as diferenças observadas entre a percepção dos indivíduos dos grupos onde do Grupo I 5 indivíduos declaram ter acesso Completo e 8 “Bastante” às informações necessárias, no que respeita aos indivíduos do Grupo II, 5 indivíduos declaram ter Bastante acesso à informação e 6 Moderado. Desta forma também podemos aferir que a maioria dos indivíduos da amostra está muito satisfeitos ou satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao Somatório Geral do questionário de Qualidade de Vida, podemos declarar que os resultados demonstram que as pessoas com esquizofrenia em reabilitação psicossocial têm a percepção clara de uma melhor qualidade de vida, em relação às pessoas com esquizofrenia no internamento hospitalar. Desta forma, podemos afirmar que a reabilitação psicossocial é o campo da saúde mental que visa promover melhor qualidade de vida por meio de uma assistência adequada ao indivíduo com sofrimento psíquico (Kovacs, 2008).

Assim, podemos concluir que a reabilitação psicossocial privilegia a permanência da pessoa com esquizofrenia junto à família e à rede social, e tem como

características marcantes o acolhimento, a escuta, a responsabilidade, a qualidade de vida, a solidariedade e a inclusão, percebendo o doente na sua forma singular de ser e adoecer (Kovacs, 2008).

Na análise descritiva do Life skills Profile, questionário referente à capacidade funcional, verificou-se a existência de diferenças significativas na escala do auto-cuidado, da responsabilidade e no somatório do teste de Life skills Profile. Foi possível constatar que os indivíduos da amostra inseridos no programa de reabilitação psicossocial apresentam maior capacidade funcional ao nível do auto-cuidado, da responsabilidade e a da capacidade funcional no geral comparativamente com os indivíduos da amostra inseridos no internamento hospitalar (Grupo II).

Em relação à escala do Auto-cuidado será importante afirmar que as diferenças com significado estatístico estão relacionadas com o programa de desenvolvimento de competências (pessoais e sociais) essenciais ao processo de autonomia, principalmente os treinos de actividades de vida diária dos indivíduos da amostra inseridos no programa de reabilitação psicossocial. Deste modo, os indivíduos da amostra inseridos no programa de reabilitação psicossocial puderam adquirir ou readquirir capacidades funcionais para serem inseridos em residências autónomas ou protegidas (CNRSSM, 2007).

Deste modo, podemos entender claramente as diferenças entre os grupos, no que se refere aos indivíduos inseridos na reabilitação psicossocial que são capazes de preparar alimentos/refeições e os inseridos no internamento hospitalar têm limitações moderadas ou são mesmo incapazes de preparar alimentos/refeições.

Os prejuízos cognitivos e funcionais são observados na esquizofrenia como um impacto significativo sobre as actividades de vida diária. Assim, o comprometimento funcional decorrente da evolução de esquizofrenia representa um imenso desafio para o doente e cuidadores (Monteiro e Louzã, 2007).

Desta forma, os indivíduos do Grupo I apresentam competências para fazer o orçamento enquanto no Grupo II a sua maioria (38,5% da amostra) é totalmente incapaz de fazer o orçamento.

No que se refere, ao trabalho, 8 indivíduos do Grupo I (30,8% da amostra) desenvolvem trabalho a tempo inteiro e 3 trabalho protegido, enquanto no Grupo II 10 indivíduos (38,5% da amostra) são capazes de desenvolver trabalho protegido e 3 indivíduos de desenvolver trabalho a tempo parcial.

No que respeita à escala da Responsabilidade, foi possível constatar que os indivíduos da amostra inseridos no programa de reabilitação psicossocial apresentam competências para perceberem as suas responsabilidades em viver na comunidade.

Assim, evidenciamos que 12 indivíduos do Grupo I são confiáveis com a medicação e no Grupo II 5 indivíduos são confiáveis e 5 são ligeiramente não confiáveis. Revelando deste modo a importância da reabilitação psicossocial na formação para desenvolvimento desta capacidade.

Na verdade, o “insight”, a liberdade, a responsabilidade e a capacidade civil de uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia estão, nestes estados, frequentemente mais preservadas do que a psiquiatria clássica assume (Teixeira, 2009).

A esquizofrenia simples caracteriza-se pela incapacidade de atender às exigências da sociedade e um declínio no desempenho total, isolamento com perda de interesse e de iniciativa (Teixeira, 2009). No entanto, não podemos deixar de referir que ao longo de todo o processo de reabilitação está implícito o desenvolvimento do “empowerment” viável aos indivíduos da amostra inseridos na reabilitação psicossocial e proporcionar todas as sinergias para que os indivíduos atinjam deste modo o nível máximo de “recovery”. Desta forma, promovemos a responsabilidade perante as suas ações, quer na partilha de deveres na sociedade quer no processo de reabilitação (Ornelas, 2005).

No que respeita à capacidade funcional no geral podemos afirmar que os resultados demonstram que as pessoas com esquizofrenia em reabilitação psicossocial têm uma maior capacidade funcional em relação às pessoas com esquizofrenia em internamento hospitalar. A capacidade funcional remete para o modo como conseguimos responder às nossas necessidades quotidianas (WHO, 1986). Deste modo, conseguimos afirmar que as pessoas com esquizofrenia inseridas no programa de reabilitação psicossocial vivem de forma autónoma o que envolve necessariamente um

conjunto maior de aptidões para fazer face às necessidades quotidianas quando comparadas com as pessoas com esquizofrenia no contexto de internamento hospitalar.

Estudos realizados em doentes institucionalizados e em reabilitação psicossocial, concluíram que a avaliação da capacidade funcional e cognitiva pode detectar deficiências importantes no desempenho funcional e que durante a hospitalização, a avaliação funcional fornece dados importantes no prognóstico e proporcionam estratégias de intervenção entre os profissionais da saúde (Canonici e colaboradores, 2008). Deste modo, é possível aferir a eficiência, a eficácia e o impacto da reabilitação psicossocial na qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que é extremamente positivo e demonstrativo de uma grande mudança. Desta forma é possível constatar evolução ao nível das competências pessoais e sociais, na gestão de medicação e do dinheiro, na utilização dos recursos comunitários disponíveis no contexto e principalmente na autonomia nas actividades da vida diária e, nas actividades ocupacionais e recreativas, actividades que a equipa multidisciplinar do programa de reabilitação psicossocial acompanha o seu treino e evolução no adquirir e readquirir de novas competências, assim como também promove a sua manutenção por meio de um acompanhamento individual com o Terapeuta de Referência.

Conclusões

Com base na interpretação dos resultados obtidos no presente estudo é possível concluir que as pessoas com esquizofrenia institucionalizadas são beneficiadas quando submetidas a um programa de reabilitação psicossocial. Desta forma, é perceptível o quanto eficaz é esta abordagem na promoção e educação para a Saúde, no treino de competências pessoais e sociais promovendo aquisição ou reaquisição de melhores performances na capacidade funcional das pessoas com esquizofrenia e naturalmente uma evolução na autonomia, promovendo-se claramente níveis superiores de qualidade de vida.

Todos os estudos realizados quer na Europa, quer nos Estados Unidos mostram que os actuais programas de reabilitação psicossocial são mais eficazes do que o internamento em hospital psiquiátrico e são preteridos pelos doentes e pelas famílias. Os estudos mostram também que as pessoas que participam em programas de reabilitação psicossocial têm maior probabilidade de integrar o mercado normal de trabalho, isto quando estabelecida a comparação com pessoas que estão em reabilitação psicossocial e pessoas que não estão em reabilitação psicossocial (Teixeira, 2009).

Deste e doutros estudos que têm vindo a ser realizados, ressalta a existência de uma relação entre estas variáveis, apesar de os dados serem mais imprecisos quando se trata de estabelecer esta relação com domínios específicos do funcionamento psicossocial e de qualidade de vida, nomeadamente da capacidade de realizar diferentes tipologias de actividades da vida diária, das competências necessárias para desempenhar um trabalho, das competências sociais exigidas para viver de forma adequada na sociedade e dos comportamentos desajustados/agressivos, entre outros (Teixeira, 2009).

Neste projecto de reabilitação psicossocial na Casa de Saúde, o apoio e o treino de competências são disponibilizados de forma personalizada, ajustados às necessidades globais e solicitações de cada utente e implementados nas suas próprias residências. As necessidades de flexibilidade e de contínuo ajustamento e procura de melhores soluções para que cada indivíduo possa viver de forma autónoma na sua própria residência, ajuda a criar e a fortalecer as relações interpessoais entre os indivíduos e os profissionais.

Serviços permanentes e personalizados, nos quais os cuidados são fornecidos por um terapeuta de referência podem ajudar a manter uma pessoa com doença mental severa e crónica na comunidade (Farkas, 2001).

Assim é imperativo acabar com mitos e, quer as medidas mais estratégicas que se tomem, quer as intervenções mais práticas, no terreno, todas elas devem ser baseadas na evidência. A existência de canais de comunicação e informação entre a ciência e investigação e os decisores políticos e profissionais é necessária, para que sejam tomadas as deliberações mais adequadas e efectuadas as melhores abordagens na prática do dia-a-dia (CNSM, 2008). Os profissionais têm de estar preparados e dispor de tecnologias, quer biológicas, quer psicossociais, para fornecer as respostas com melhor custo-efectividade e, simultaneamente, dar espaço e permitir processos como os de empowerment e de recovery (Zimmerman, 1995; Farkas, 2001).

Todas as pesquisas possuem limitações ligadas ao contexto em que são realizadas, sejam elas teóricas, metodológicas ou práticas. Uma das limitações deste estudo é o número reduzido de utentes avaliadas (n=26). Uma vez que a proposta inicial para este estudo era observar pessoas com esquizofrenia inseridas em projectos de reabilitação psicossocial (residências apoiadas ou protegidas) e em regime de internamento hospitalar em outras Casas de saúde, o que permitiria atingir um n>60 indivíduos, promovendo-se uma maior robustez ao estudo. No entanto, estas limitações prendem-se com questões burocráticas como a não autorização por parte das direcções clínicas e concelhos de ética das outras entidades para a realização do estudo.

Assim, pensa-se que em estudos futuros poderia ser realizada uma reavaliação do grupo amostral em mais um ou dois momentos (após 1 e 2 anos da integração na comunidade), e alargar o estudo a todos os projectos de reabilitação psicossocial das Casas de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras.

Em conclusão, e pelo facto do resultado do estudo ter demonstrado que a reabilitação psicossocial provoca melhorias significativas na qualidade de vida, na capacidade funcional, no aumento da autonomia, da satisfação pessoal, do bem-estar, permanecendo clinicamente estáveis e mantendo a sua identidade na comunidade com os recursos adequados comunitários, é uma necessidade a aposta neste tipo de abordagens de reabilitação psicossocial.

A integração social pode ser cada vez mais promovida através do aumento das ligações sociais. Não só dentro do grupo (“família”), como com as pessoas da comunidade, utilizando recursos como o comércio, os serviços, os transportes e a cultura. Para essa promoção, é também importante a educação pública com uma maior participação das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia na comunidade, promovendo assim uma diminuição do estigma em relação à doença mental. Desta forma, as pessoas que estão em reabilitação psicossocial apresentam uma maior qualidade de vida, uma maior auto-estima, um funcionamento global social e ocupacional superior, e também uma maior adesão à terapêutica, e um melhor desempenho de papéis familiares e sociais (Teixeira, 2009).

Bibliografia

- Agree, M. (1999). The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. *Soc Sci Med.*, 48(4):427-43.
- Albus, M., Scherer, J., Hueber, S., Lechleuthner, T., Kraus, G., Zausinger, S., et al. (1994). The impact of familial loading on gender differences in age at onset of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 89:132-4.
- Allebeck, P. (1989) *Schizophrenia: a life-shortening disease*. *Schizophr.Bull.*, 15, 81-89.
- Allison, B., Fontaine, R., Heo, M., et al. (1999). The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60:220
- Alverson, H., Alverson, M., & Drake, E. (2000). An Ethnographic Study of the Longitudinal Course of Substance Abuse Among People with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*. 36: 557-569.
- Andreasen, N., Nasrallah, H., Dunn, V. et al. (1986). *Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study*. *Arch Gen Psychiatry*; 43: 136-144.
- Andressen, M., Catlin, K., Wyrwich, W., & Jackson-Thompson J. (2003). Retest reliability of surveillance questions on health related quality of life. *Journal Epidemiology Community Health*, 57: 339-343
- Andersen, B., Harro, M., Sardinha, B., Froberg, K., Ekelund, U., Brage, S., et al. (2006) Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (*The European Youth Heart Study*), 368(9532): 299-304.
- Arango, C., Bernardo, M. (2005). The effect of quetiapine on aggression and hostility in patients with schizophrenia. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 20, 4: 237-241
- Awad, G., & Voruganti, L. (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull*, (vol.26) p.557-564.
- Barta, P. et al. (1990) Auditory hallucinations and smaller superior temporal gyral volume in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 147: 1457 - 1662
- Benedetti, B., Petrosky, L., & Gonçalves, T. (2004). Perfil do Idoso do Município de Florianópolis. Relatório Final de Pesquisa. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos e Centro de Ciências da Saúde.
- Benes, F., McSparren, J., Bird, D. et al. (1991). *Deficits in small interneurons in prefrontal and cingulate cortices of schizophrenia and schizoaffective patients*. *Arch Gen Psychiatry*; 48: 996-1001.
- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. 25(4):249-52.
- Blair, N., Horton, E., Leon, S., Drinkwater, L., Dishman, K., et al. (1996). Physical activity, nutrition, and chronic disease. *Med Sci Sports Exerc*. 28 (3): 335-49.
- Bloom, E. (2009). The Effectiveness of Community Support Systems and Psychosocial Rehabilitation Services for Mentally Ill Children and their Families. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Vol 14,(1). 4-20
- Bone, R., Bebbington, C., & Nicolaas, G. (1998). Policy applications of health expectancy. *J Aging Health*. 10(2):136-53.
- Breier, A., Buchanan, R., Elkashef, A. et al. (1992). *Brain morphology and schizophrenia: a magnetic resonance imaging study of limbic, prefrontal cortex, and caudate structures*. *Arch Gen Psychiatry*; 49: 921-926.
- Brown, D., et al. (2003). Associations between physical activity dose and health-related quality of life. *Medicine & Science in Sports & Exercise* December: 890-896
- Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. A metaanalysis. *British Journal of Psychiatry*. 171, 502-508.
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med*. 29: 697-701.

- Byrne, E., & Byrne, G. (1993). The effect of exercise on depression, anxiety, and other mood states: a review. *Journal of Psychosomatic Research* 37, 565–574.
- Bushe, C., Haddad, P., Peveler, R., & Pendlebury, J., (2005). The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia. *J Psychopharmacol.* Nov. 19 (6 Suppl):28-35. Review. PubMed PMID: 16280335.
- Buss, M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Colectiva.* 5 (1):163-177
- Caldas de Almeida, J. (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. ed. Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Retirado 15/01/2010 de http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/11/2009-1104wonca_final.pdf
- Caeiro, M., & Gomes e Silva, M. (2008) Factores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *EssFisiOnline*, vol 4, n.º 1, p. 15-34.
- Canonici, A. Tanaka, K. Ferreira, F. Stella, F. & Gobbi, S. (2008). Análise comparativa da capacidade funcional de idosos esquizofrénicos institucionalizados. *Revista Movimento.* V.1, n.1, p.11-15.
- Cardoso S., et al. (2006). Qualidade de Vida e Dimensão Ocupacional na Esquizofrenia *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 22(6):1303-1314.
- Cardoso, S., Caiaffa, T., Bandeira, M., Siqueira, L., Abreu, A., & Fonseca, O. (2005). Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. *Cad Saúde Pública.* 21:1338-48.
- Carneiro, G., Ribeiro, F., Togeiro, M., Tufik, S., & Zanella, T. (2007). Interações entre síndrome da apnéia obstrutiva do sono e resistência à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 51(7): 1035-1040.
- Carvalho, J., & Mota, J. (2002). *Actividade física no idoso: Justificação e prática.* Câmara Municipal de Oeiras Divisão do Desporto; p. 7-41
- Casey, E., Haupt, W., Newcomer, W., Henderson, C., Sernyak, J., et al., (2004). Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 65 (Suppl 7): 4–18.
- Castle, D., Mcgrth, J., & Kulkarni, J. (2000). *Women and Schizophrenia.* Cambridge University Press.
- Cesari, L., & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 59(4): 293-301.
- Citrome, L., Volavka, J., Czobor, P., Sheitman, B., Lindenmayer, P., McEvoy, J., Cooper, B., Chacos, M., & Lieberman, A. (2001). Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 52 (11):1510-4.
- Chamberlin, J. (1997). *A Working Definition of Empowerment* *Psychiatric - Rehabilitation Journal.* Spring Vol. 20 Number 4.
- Coffey, E., Sullivan, L., & Rice, R. (1983). Tlymphocytes in schizophrenia. *Biol posychiatry.* 18:113-119.
- Cohen, J., Van Putten, T., Marder, S., Berger, P., Stahl, S. (1987). The efficacy of piquindone, a new atypical neuroleptic, in the treatment of the positive and negative symptoms of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* Oct;7(5):324-9.
- Coldham, L., Addington, J., Addington, D. (2002). Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106: 286–290
- Conte, T., & Lopes, S. (2005). Qualidade de Vida e Actividade Física em mulheres Idosas. *Revista Brasileira de Ciência do envelhecimento Humano.* 61-75.
- Cordeiro, J., (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica.* 2 ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Costa R. (2000). *Terceiro seminário internacional sobre actividades físicas para terceira idade: Aspectos psicológicos do envelhecimento e as actividades físicas.* Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 21 a 23 de Novembro de. p.119-126.
- Chumlea, W., Roche, A., Mukherjee, C. (1984). *Nutritional assessment in the elderly through anthropometry.* 2nd ed. Columbus, OH: Ross Laboratories.

- CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços Saúde Mental (2007). *Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*. Ed. Coordenação Nacional para a Saúde Mental
- CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016*. <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>
- Craft, L., & Landers, M. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 20:339-357.
- Crow, J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Br Med J*;280:66-8.
- CSEF - Canadian Society for Exercise Physiology, (2003). *The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living*. 2nd ed. Ottawa: CSEF.
- Dias, R., et al., (2003). *Gestão de Marketing*. Professores da FGV – São Paulo, SP: LTC – Saraiva.
- Dohrenwend, P., Dohrenwend, B., Gould, M., Link, B., & Wunsch-Hitzig, R. (1980). *Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates*. Nova York: Prager Publishers.
- Dosil, J. (2004). *Psicologia de la Actividade Fisica Y del Desporte*. Madrid, McGrawhill.
- DSM-IV-TR - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2000). American Psychiatric Pub. ISBN 9780890420256. p. 299-314
- Durão, A., & Souza, M. (2006). Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. *Rev Latino-am Enfermagem*. 14(4):586-92.
- Engel, F., Blackwell, D., & Miniard, W. (1995). *Comportamento do Consumidor*. Rio de Janeiro, RJ: LTC – Livros Técnicos e Científicos S.A., 2000.
- Farkas, M. et al (2001). *Recovery and Rehabilitation: A paradigm for the new millennium. La rehabilitacion psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, 1 (7/8), 13-16.
- Farias, N., & Buchalla, M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 8(2):187-93.
- Fazenda, I. (2006). *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania* Lisboa, Folhetos SNR, N.º 56, p. 6-26.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(1), 19-28.
- Fleck, A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública Abril*. 34(2): 178-83
- Finotti, A. (2004). *Estilos de vida: uma contribuição ao estudo da segmentação de mercado*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Administração, Economia e Contabilidade da Universidade de São Paulo.
- FNERDM - Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (2006). *Recomendações das entidades de reabilitação psicossocial para a comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental - I Encontro Nacional da FNERDM*, 11 de Outubro.
- Frese, F., Stanley, J., Kress, K., & Vogel-Scibilia, S. (2001). *Integrating evidence-based practices and the recovery model*. *Psychiatric Services*, 52, 1462-1468.
- Frith, D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Lawrence Erlbaum, Hove
- Galera, F., & Teixeira, B. (1997). Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, vol 5, número especial, p. 69-75, Maio.

- Garrabé, J. (2003). *La Schizophrenia. Un Siècle pour comprendre – Les Empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil*, Paris.
- Georgieff, N. (1998). *A esquizofrenia – Coleção-Biblioteca Básica de Ciência e Cultura*; Editor: Instituto Piaget; 144p.
- George, P., et al. (2000). Nicotine Transdermal Patch and Atypical Antipsychotic Medications for Smoking Cessation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 157: 1835-1842.
- George, T., Vessicchio, J., Termine, A., Gregartner, T., Feingold, A., Rounsaville, B., & Kosten, T. (2002) A Placebo Controlled Trial of Bupropion for Smoking Cessation in Schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 52, pp.53-61.
- Gill, T., & Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*. 272(8), 619-926.
- Graff, L., et al. (2003). Occupational Therapy at Home for Older Individuals With Mild to Moderate Cognitive Impairments and Their Primary Caregivers: A Pilot Study. *The Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health*. Fall. 23(4): 155-63
- Grant, B., Hasin, D., Chou, S., Stinson, F., & Dawson, D. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*. 61,pp.1107-15
- Green, A., Patel, J., Goisman, R., et al., (2000). Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. *General Hospital Psychiatry* 22:224 – 235
- Haddad, P. (2005). Weight change with atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *J Psychopharm* 19(6) (Suppl): 16–27
- Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 173: 11–53
- Henry, Ey., Bernard, P., & Brisset, C. (1998). *Trad. Paulo César Geraldês, Ulysses Vianna Filho. Manual de psiquiatria*. 5.ed., rev. e atual. Local: s.l., Masson, Atheneu.
- Hilger, E., Quiner, S., Ginzler, I., et al. (2002). The effects of orlistat on plasma levels of psychotropic drugs in patients with long-term psychopharmacotherapy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 22, 68–70.
- Holt, G. (2005). Metabolic and lifestyle issues and severe mental illness - new connections to well-being. *Journal of Psychopharmacology*. 19(suppl. 6),118-122.
- Homel, P., Casey, D., Allison, B. (2002). Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987–1996. *Schizophr Res* 55: 277–284
- Hopper, k. Harrison, G. Janca, A. Sartorius, N. (2007). Recovery from Schizophrenia: Na International Perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 2.,
- Hu, B., Stampfer, J., Solomon, C., et al., (2001). Physical activity and risk for cardiovascular events in diabetic women. *Annals of Internal Medicine* 134:96–105.
- Jablensky, A. (1986). *Epidemiology of schizophrenia: A European perspective*. Schizophrenia Bull 12:52.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Emberg, G., et al. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A WHO ten country study. *Psychol Med Monogr Suppl*. 20:1-97
- Jair, M., & Leitão, R. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia; *Revista Brasileira Psiquiatria*; 22 (Suplemento I): 15-7
- Jette, A. (2005). *III STEP Symposium on Translating Evidence Into Practice: Linking Movement Science and Intervention*; July 15–21,; Salt Lake City, Utah.
- Jinnett, K., Alexander, J., & Ullman, E. (2001). Case management and quality of life: Assessing treatment and outcomes for clients with chronic and persistent mental illness. *Health Services Research*. 36, 61-91
- Johnson, G. (1997). *Dicionário de Sociologia. Guia Prático da Linguagem Sociológica*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Jonsson, J., & Malm, U. (2002). The Social Network Resource Group in Sweden: A major ingredient for recovery in severe mental illness. In H.P. Lefley & D.L. Johnson, (Eds.), *Family interventions in mental illness: International perspectives*. Westport, CT: Praeger.

- Joukamaa, M., Heliovaara, M., Knekt, P., et al., (2001). Mental disorders and cause specific mortality. *British Journal of Psychiatry*. 179, 498–502.
- Kaplan, I. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica / Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock e Jack A. Grebb ; Trad. Dayse Batista. – 7 ed. – Porto Alegre: Artes Médicas.*
- Kaplan R. (1995). *Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-carecrisis*. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; p. 3-30.
- Kaur, D., Yantiri, F., Rajagopalan, S., Kumar, J., Mo, J., Boonplueang, R., Viswanath, V., Jacobs, R., Yang, L., Beal, M., DiMonte, D. et al. (2003). Genetic or pharmacological iron chelation prevents MPTPinduced neurotoxicity in vivo: a novel therapy for Parkinson's disease. *37:899-909*.
- Katschnig, H. (2000). *Schizophrenia and quality of life*. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*;407:33-7.
- Kay, J., Tasman, A., & Lieberman, J. (2002). *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos, Traduzido por Eliseanne*. Nopper Editora Manole;621
- Kelly, C. & McCreadie, R. (2000). Cigarette smoking and schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 327–331.
- Kety, S. (1987). The significance of genetic factors in the etiology of schizophrenia: Results from the national study of adoptees in Denmark. *J Psychiatr Res.* 21:423-429.
- Knowler, C., Barrett-Connor, E., Fowler, E., et al. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*. Numbre 6, Volume 346:393-403
- Kotler, P. (1997). *Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas, 1998.
- Koller, E., Schneider, B., Bennett, K., et al. (2001). Clozapine-associated diabetes. *American Journal of Medicine*. 111: 716–723,
- Kovacs, M., Franco, M., & Carvalho, V. (2008). *Temas em Psico-oncologia*. Editora Grupo Editorial Summus, 648 páginas
- Laforge, G., et al. (1999). *Stage of regular exercise and health-related quality of life: Preventive medicine*. 28: 349-360
- Lalonde, M., (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare.
- Leal, C., (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Retirado a 20 de Abril, 2011 de <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>
- Lehman, F. (1996). In: Oliver J, Huxley P, Bridges K, Mohamed H, editors. *Quality of life and mental health services*. London: Routledge;
- Leon, J., Becona, E., Gurpegui, M., Gonzalez-pinto, A., & Diaz, F. (2002). The Association between High Nicotine Dependence and Several Mental Illnesses May Be Consistent across Countries. *J Clin Psych.* 63, pp.812-816
- Lichtermann, D., et al. (2001). Incidence of Câncer Among Persons with Schizophrenia and Their Relatives. *Arch Gen Psychiatry*. 58: 573- 578.
- Lieberman, A., Stroup, S., & Perkins, O. (2006). *Textbook of Schizophrenia*. Washington, DC London, England: *American Psychiatric Publishing*.
- Llano, M., Manz, M., & Oliveira, S. (2002). *Guia prática de actividade física na terceira idade*. A. Manz Produções;. p.1-34.
- Link, B., Phelan, J.(2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, v.27, p. 363-385
- Louzã Neto, R., & Elkis, H. (2007). *Psiquiatria básica*. 2.ed Porto Alegre: Artmed.
- Maia, L. (2002). *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora, 2002.
- Manson, E., Greenland, P., LaCroix A., et al. (2002). Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*. 347:716–725.

- Marder, S., Essock, S., Miller, A., Buchanan, R., Davis, J., Kane, J., Lieberman, J., Schooler, N. (2002) The Mount Sinai Conference on the Pharmacotherapy of Schizophrenia. *Schizophr Bull*; 28:5–16
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual de avaliação da disfunção cognitiva na esquizofrenia*. Vale & Vale Editora.
- Marques, A. (2007). *Modelo integrado de desenvolvimento pessoal: Um modelo de reabilitação psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas*. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Matos, M., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. *Psic., Saúde & Doenças*, jul. 2004, vol.5, no.1, p.75-85. ISSN 1645-0086.
- Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (1999). *Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar*. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade Física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH /PPES.
- Matsudo, S. (1997). *Actividades físicas para a terceira idade*. Brasília:sesi DN. p.23-34.
- Matza, L., Buchanan, R., Purdon, S., Brewster-Jordan, J., et al. (2006). - Measuring Changes in Functional Status Among Patients with Schizophrenia: The Link with Cognitive Impairment. *Schizophrenia Bull* 32(4):666-678.
- Mazza, M., Pomponi, M., Janiri, L., Bria, P., Mazza, S. (2007). Omega-3 fatty acids and antioxidants in neurological and psychiatric diseases: an overview. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psych*. 31:12-26.
- McCreadie, R., Scottish Schizophrenia Lifestyle Group, (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *British Journal of Psychiatry*. 183:534–539.
- McCreadie, R., MacDonald, E., Blackcock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, D., Halliday, J., & Paterson, J. (1998). *Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: Case-Control study*. *BMJ* 317: 784–785.
- McIntyre, D. et al.(2006) Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435–446.
- Merck Sharp & Dohme Portugal, (2006). *Manual Merck: Edição de Saúde para a Família*. Biblioteca online.
- Meyer, M. (2005) - Schizophrenia and the metabolic syndrome. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. 8(1):
- Miyayama, K., Machiyama, T., & Juji, T. (1984). Schizophrenic disorders and HLA-DR antigens. *Biol Psychiatry*;19:121-129.
- Mikkelsen, E. (1978) Caffeine and schizophrenia. *In Journal of Clinical Psychiatry*. 39. 1978 Sep; 732-736
- Mowen, C., & Minor, M. (1998). *Consumer Behavior*. Upper Saddle River, New Jersey.
- Morris, J., Perez, D., & McNoe, B., (1998). The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res*. 7 : 8 5 - 9 1 .
- Monterio, C., & Louzã, R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: conseqüências funcionais e abordagens terapêuticas. *Rev Psiq Clin*. 34(Supl 2):179-183.
- Murray, L., & Lopez, D. (1996). *The global burden of disease*. Harvard School of Public Health.
- Nagi, S.(1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q*. 54(4): 493-467.
- Neri, L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Editora Alínea., pág. 29-32
- Neri, L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo, Papirus.
- Newman, C., & Bland, C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry*. 36: 239–245.

- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., Mohamed, H. (1996). *Quality of life and mental health services*. London: Routledge.
- Ornelas, J., Monteiro, F., Moniz M., Duarte, T., (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. AEIPS Edições.
- Osswald, W., et al. (2009). *Prontuário Terapêutico – Inframed, I.P.* 8ª Edição. Retirado a 29 de Janeiro de 2010 de <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>
- Owens, F., Matthews, A., Raikkonen, K., et al. (2003). It is never too late: change in physical activity fosters change in cardiovascular risk factors in middle-aged women. *Preventive Cardiology* 6:22–28.
- Pahl, J., Swayze, W., & Andreasen, C. (1990). *Diagnostic advances in anatomical and functional brain imaging in schizophrenia*. In Kales A, Stefanis CN, Talbott J (eds): *Recent Advances in Schizophrenia*. New York:Springer- Verlag, 163-189.
- Pan, X., Li, G., Hu, Y., et al. (1997). *Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: the Da Qing IGT and Diabetes Study*. *Diabetes Care* 20:537–544.
- Paschoal, P. (2002). *Qualidade de vida na velhice : Tratado de geriatria e gerontologia*. Editora Guanabara Koogan S.A.. p.79-84.
- Penedo, F., & Dahn, J. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry*. 18(2):189-93.
- Pereira, O. (2006). *Actividade Física, Saúde e Lazer : A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa : Lidel Edições Técnicas Lda. ISBN 972-757-423-8. p. 19-37.
- Peters, C. (1991). *Concepts of schizophrenia after Kraepelin and Bleuler*. In: Howells JG, editor. *The concept of schizophrenia: historical perspectives*. Washington (DC): American Psychiatric Press; p. 93-107.
- Phillips, P., & Johnson, S. (2001). *How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review*. *Soc Psychiatr Epidemiol* 36: 269–276.
- Pinto, C. (1998). Empowerment: uma prática de Serviço Social . *In Política Social 1998*, 245 - 277. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Pires, C. (2003) – *Manual de Psicopatologia: uma abordagem biopsicossocial*. Editorial Diferença, Leiria.
- Rabinowitz, J., Levine, S., Haim, R., & Häfner, H. (2007). *The course of schizophrenia: Progressive deterioration, amelioration or both?* *Schizophrenia Research* 91(1-3):254-258.
- Ratzoni, G., Gothelf, D., Brand-Gothelf, A., Reidman, J., Kikinzon, L., Gal, G. et al. (2002) Weight gain associated with olanzapine and risperidone in adolescent patients: a comparative prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 41:337-43.
- Rapley, M. (2003) *Quality of Life Research: a critical introduction*. London: SAGE Publications.
- Regier, D., Boyd, J., Burke, J., Era, D., Myers, J., & Kramer, M. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*;45:977-86.
- Ryan, C., Collins, P., & Thakore, H. (2003). Impaired fasting glucose tolerance in first episode, drug-naive patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 160:284–289.
- Roberts, L. Roalfe, A. Wilson, S. & Lester, H. (2006). Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Family Practice—an International Journal*. Published by Oxford University Press .doi:10.1093/fampra/cml054
- Rocha, N. (2007). *Funcionamento psicossocial e qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia : estudo de preditores neurocognitivos*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto: [Edição do Autor]. - 138 p.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., & Marques, A. (2008). *Implicações da Neurocognição e da Auto-eficácia na Predição do Funcionamento Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia* *Análise Psicológica*, 4 (XXVI): 587-600
- Rocher, G. (1989). *Sociologia Geral. Acção social*. Lisboa: Editorial Presença.

- Rosa, B., Antonio M., & Raquel, J. (2007). Habilidades Sociales y Apoyo Social en Esquizofrenia (Social Skills and Social Support in Schizophrenia) - *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol 7 Num. 1 ; 61-71
- Royal College of Psychiatrists, (2008). Schizophrenia: Key Facts. Retirado 20 Dezembro 2009 de
- Sanmartí, L. (1985) *Educacion Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sartorius, N. Jablensky, A. Korten, A. Ernberg, G. Anker, M. Cooper, J., & Day, R. (1986). Manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med*. 16:909-28.
- Salokangas, R., Honkonen, T., Stegard, E., & Koivisto, M. (2001). To be or not to be married – that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 36:381-90.
- Siqueira, B., Cordeiro, C., Perracini, R., & Ramos, R. (2004) Functional impact of hospitalization among elderly patients. *Rev Saúde Pública*. 38(5):687-94.
- Schneier, F., Siris, S. (1987). A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis*. 175: 641–652
- Schuttinga, A. (1995). *Quality of life from a federal regulatory perspective*. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; p. 31-42.
- Serge, S., et al. (2001). *Correlates of Substance Misuse in Patients with First-Episode Schizophrenia and Schizoaffective Disorder*. *Acta Psychiatr Scand*; 104: 365-374.
- Sernyak, M., Leslie, D., Losonczy, M., et al., (2003). Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 159: 561–566.
- Sobel, M., (1981). *Life style and Social Structure*. New York: Academic Press.
- Stiggelbout, M., et al. (2004). Once a week is not enough: effects of a widely implemented group based exercise programme for older adults; a randomised controlled trial. *Jouenal of Epidemiology Community Health*. 58: 83-88
- Stefan, M., Travis, M., & Murray, R., (2002). *An Atlas of Schizophrenia*. Parthenon, London.
- Strassnig, M., Brar, J., & Ganguli, R. (2003). Nutritional assessment of patients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophr Bull* 29: 393–397
- Susce, M., Villanueva, N., Diaz, F., & Leon, J. (2005). Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: a cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry*. 66: 167–173.
- Tandon, R., Nasrallah, A., & Keshavan, S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*. 110(1-3):1-23
- Teixeira, C., Santos, E., Abreu, V., & Gonçalves, P. (2009). *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia: Estudo de Caso*, *Psychologica*, Vol 50
- Theisen, M., Linden, A., Geller, F., Schafer, H., Martin, M., et al. (2001). Prevalence of obesity in adolescent and young adult patients with and without schizophrenia and in relationship to antipsychotic medication. *J Psychiatr Res*. 35: 339–345.
- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, G., et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 344:1343–1350.
- Ukkola, O. & Bouchard, C. (2001) *Clustering of metabolic abnormalities in obese individuals: the role of genetic factors*. *Annals of Medicine*, 33, 79 -80.
- Van Tol, H., Bunzow, J., Guan, H. et al. (1991). *Cloning of the gene for a human dopamine D4 receptor with a high affinity for the antipsychotic clozapine*. *Nature* 350:610.
- Vaz-Serra, A., et al, (2010). *Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia*, *Acta Med Port.*; 23(6):1043-1058
- Vila Nova, S. (2004). *Introdução à sociologia*. São Paulo: Atlas.
- Wallace, B., & Tennant, C. (1998). Nutrition and obesity in the chronically mentally ill. *Aust N Z J Psychiatry*. 32: 82–85.

- Williams, T. (2001). Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a metaanalysis. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 33:754-761.
- Wirshing, D. (2004). - Esquizofrenia e obesidade: impacto dos medicamentos antipsicóticos. *J Clin Psychiatry* 65 (Suppl 18).
- Wyatt, J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 17:325-351.
- WHO (1986). *Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.*
- WHO (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.
- WHO (2001). *O peso dos transtornos mentais e comportamentais. In: Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança.* Genebra: Organização Mundial de Saúde. p. 61-3.
- WHO (2003). *O papel da actividade física no envelhecimento saudável.* NuPAF/CDS/UFSC. p.11-31.
- WHO (2003) CIF: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla); S. Paulo: Editora da Universidade de S. Paulo.
- Whokowitz, o., & Pickar, D. (1991). Benzodiazepines in the treatment of shizophrenia: A Review and Reappraisal. *Am J. Psychiatry.* 148: 714-726
- Xavier, F., Ferraz M., Marc, N., Escosteguy N., & Moriguchi E. (2003). Elderly people's definition of quality of life; *Rev Brás Psiquiatr.* 25(1): 31-9
- Ziedonis, D., Steinberg, M., Smelson, D., & Wyatt, S. (2009). *Co-occurring addiction and psychotic disorders.* In R. Ries, D. Fiellin, S. Miller, & R. Saitz (Eds.), *Principles of addiction medicine* (4th ed.). (pp. 1193e1209) New York, NY: American Society of Addiction Medicine.
- Zimmerman, M.A. (1995). *Psychological Empowerment: Issues and ilustrtions.* American Journal of Community Psychology, 23 (5), 581-599.