

## **Perceção da Qualidade de Vida na Depressão: compreender o impacto da reabilitação psicossocial neste conceito**



**Figura 1:** Peça em Cerâmica elaborada por uma utente no Serviço de Reabilitação Psicossocial

Patrícia Maria Ferreira Amaral da Cruz

Vila Nova de Gaia, 2014

## **Agradecimentos**

À terapia ocupacional, profissão que escolhi por intuição mas que abracei e abraço com toda a minha convicção. Ajudou-me a ser quem sou, a conhecer pessoas que me abriram novos horizontes, a desenvolver e experimentar novos papeis, a aprender que quase tudo é possível com trabalho e dedicação, a não me permitir ficar parada sem querer ir espreitar o que está a seguir à curva...

## Índice

Resumo	5
Lista de siglas	6
Lista de quadros	7
Introdução	8
Fundamentação da escolha	12
Parte I – Estudo Conceptual	
1.1.Noção, causalidade e impacto da depressão na sociedade actual	16
1.2. Evolução do conceito de qualidade de vida e sua relação com a patologia depressiva	21
1.3.A terapia ocupacional na psiquiatria e saúde mental em Portugal	27
1.4. A reabilitação psicossocial como conceito e como medida de intervenção na pessoa com depressão	33
Parte II – Participantes e Métodos	
2.1.Tipo de estudo	40
2.2. Grupo de estudo	41
2.3.Instrumentos e procedimentos	42
2.4.Análise de conteúdo e sistema categorial	44
2.5.Tarefa descritiva	
2.5.1. A Instituição – Hospital de Magalhães Lemos	46
2.5.2. O serviço de reabilitação psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos, EPE	47
Parte III- Processo analítico	
3.1. O percurso da doença	
3.1.1. O início da doença: sintomas e auto conhecimento sobre a mesma	52
3.1.2. Encaminhamento para a psiquiatria e para o serviço de reabilitação psicossocial	56
3.2. Qualidade de vida	
3.2.1. Perceção de qualidade de vida	59
3.2.2. A qualidade de vida e a frequência no serviço de reabilitação psicossocial	62
3.2.3. Como melhorar a qualidade de vida	65

Conclusão	67
Bibliografia	70
Anexo	81

## RESUMO

O nosso estudo tem como objetivos entender o percurso da doença de pessoas com depressão desde o 1º contacto com a psiquiatria até ao encaminhamento para o serviço de reabilitação psicossocial; analisar a percepção da qualidade de vida em pessoas com depressão e compreender o impacto da reabilitação psicossocial na percepção da qualidade de vida. A depressão é uma doença com grande protagonismo na sociedade contemporânea e tem tido um grande impacto nos serviços que prestam cuidados psiquiátricos. A qualidade de vida é um conceito que tem potenciado a preocupação de cientistas e profissionais de saúde quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva dos pacientes.

Neste sentido foi utilizada a metodologia qualitativa cujas técnicas de investigação reúnem a observação participante, pesquisa documental e entrevista semi-estruturada. Foram realizadas 6 entrevistas (3 homens e 3 mulheres) a utentes que frequentam em regime de ambulatório do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos, EPE. A informação foi sujeita a análise de conteúdo após terem sido elaboradas categorias de análise. Algumas das conclusões retiradas do nosso estudo remetem para o seguinte: todos os nossos entrevistados foram encaminhados para a psiquiatria através do médico de família ou então deram entrada através serviço de urgência. Demonstram pouco conhecimento sobre a sua doença e escassa motivação para procurarem mais informação. O início da doença tem quase sempre sintomatologia física associada e pode ser episódica ou recorrente conduzindo à cronicidade. Relativamente ao conhecimento que tinham sobre o funcionamento do Serviço de Reabilitação Psicossocial antes de iniciarem a sua frequência, era praticamente nulo contudo manifestaram disponibilidade para iniciar esta nova etapa proposta pelo psiquiatra. A percepção que o grupo estudado tem sobre qualidade de vida é polissémica e pouco clara. Foi unânime que, todos os nossos entrevistados consideram que a sua frequência no SRP melhorou a sua qualidade de vida nomeadamente nas relações sociais e no desempenho das atividades de vida diária.

**PALAVRAS – CHAVE:** qualidade de vida, depressão, psiquiatria, saúde mental, reabilitação psicossocial

## Lista de siglas

CID – 10 – Classificação Internacional de Doenças

DSM - V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Entrev. – Entrevistado/a

HML - EPE – Hospital de Magalhães Lemos – Entidade Pública Empresarial

OMS – Organização Mundial de Saúde

SRP – Serviço de Reabilitação Psicossocial

WFOT – Federação Mundial de Terapia Ocupacional

## Índice de Quadros

Quadro n.º 1: Sintomas da depressão	pág. 17 e 18
Quadro n.º 2: Objetivos da Reabilitação Psicossocial	pág. 35
Quadro n.º 3: Valores e Princípios da Reabilitação Psicossocial	pág. 37
Quadro n.º 4: Caracterização do grupo de estudo	pág. 42
Quadro n.º 5: Descrição das categorias e subcategorias de análise	pág. 45

---

## INTRODUÇÃO

A depressão é sem sombra de dúvidas uma doença contemporânea, não só no seu aparecimento propriamente dito mas essencialmente na sua proliferação e mediatização. É uma doença aparentemente aceite e banalizada por quase todos, assunto trivial em diversos meios, sentida por qualquer um de nós, ou por alguém que nos é próximo mas, no entanto, tão difícil de ser compreendida.

É considerada pela OMS como a doença do século e um problema grave de saúde pública. Prevê-se que 121 milhões de pessoas em todo o mundo sofram desta doença mental. Em 2020 passará a ser a segunda causa de morte por doença em todo o mundo e cerca de 16% da população mundial já teve uma depressão pelo menos uma vez na vida. Nos últimos 30 anos o seu crescimento tem vindo a aumentar verificando-se uma maior incidência na população jovem (OMS, 2010)

A idade de início da doença oscila entre os 24 e os 35 anos para ambos os sexos. A depressão afeta em particular mulheres, tem início em pessoas cada vez mais jovens, tende para a cronicização e dura em média seis meses, resultando frequentemente em suicídio. Determina estilos de vida pouco saudáveis, ocorre frequentemente em comorbilidade com outras doenças e agrava o estado de saúde e o prognóstico dessas doenças, aumentando a mortalidade. É a principal causa de incapacidade a nível mundial, diminui a qualidade de vida e a produtividade laboral e aumenta o absentismo, daí resultando custos directos e indirectos pesados para a sociedade (Gusmão et al., 2005).

De acordo com o mais recente estudo sobre a prevalência das perturbações mentais em Portugal, as perturbações depressivas em 2013 afectavam 7,9% da população (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Alguns dos aspetos desta doença que causam maior impacto nas sociedades são: a elevada frequência na população; o caminho traçado para a cronicidade; a comorbilidade com outras problemáticas psiquiátricas; e a forte associação a problemas físicos. É comparada a outras doenças crónicas tais como a hipertensão, a diabetes, as doenças coronárias, no que diz respeito aos problemas físicos, papéis sociais, número de dias na cama, dor sentida e estado da doença em geral (Maia, 2001). É uma doença que existe em todas as culturas do mundo, variando a sua identificação de acordo com a forma como cada paciente a interpreta e a expõe ao clínico. As principais consequências desta doença fazem-se sentir em diferentes domínios da vida da pessoa, afetando claramente a sua qualidade de vida (Quartilho, 2001).

Cientistas e clínicos que atuam no campo da saúde mental, consideram que a qualidade de vida é uma medida de avaliação importante a nível da relação custo/eficácia do tratamento e também a nível do impacto que poderá ter na pessoa a nível pessoal, familiar, económico e/ou social (Sainfort et al., 1996). Alguns investigadores consideram que a perceção individual dos pacientes sobre as suas próprias circunstâncias deve ser a componente central deste conceito. Esta abordagem tem o mérito de reforçar o papel do paciente dando-lhe o lugar central no desenvolvimento do seu tratamento. Outras investigações apontam para a perspectiva de que a qualidade de vida e a estado de saúde são constructos distintos, uma vez que nas avaliações de qualidade de vida os pacientes parecem dar maior ênfase à saúde mental do que ao funcionamento físico, sendo este padrão inverso nas avaliações do estado de saúde, no qual o funcionamento físico parece ser mais importante que a saúde mental (Pyne et al., 2004).

A saúde mental não é unicamente a ausência de doença mental ou sintomas, mas também é um recurso que suporta o bem-estar e a produtividade (Bouras & Lykouras, 2011). É um elemento fundamental de resiliência, de ativos de saúde, de capacidade e adaptação positiva que permite à pessoa lidar com a adversidade e alcançar o seu total potencial e humanidade. Por outro lado, a saúde mental também é a chave para a compreensão do impacto das desigualdades na saúde e os seus resultados. (Friedli, 2009).

No âmbito da psiquiatria e saúde mental, a terapia ocupacional é uma profissão que tem ganho o seu lugar no que diz respeito ao tratamento de pessoas com doença mental estando comumente integrada em serviços de reabilitação psicossocial. Uma vez que o núcleo das preocupações da terapia ocupacional se centra no desempenho ocupacional, é relevante que se tenha em consideração a promoção do envolvimento dos indivíduos em atividades significativas, o desempenho objectivo, mas também as perceções que o indivíduo detém de ser capaz de desempenhar (Kielhofner, 2002).

É este envolvimento em ocupações significativas que confere à pessoa a sua identidade ocupacional. Será a satisfação que retiramos da forma como nos ocupamos que nos concede também a perceção que temos sobre qualidade de vida e de que como esta poderá ser afectada quando se inicia um percurso de doença.

De acordo com Kielhofner (2002), os terapeutas ocupacionais estão familiarizados com a narrativa das histórias de vida. Estas narrativas fornecem a

estrutura para o mapa de eventos históricos específicos, como a perda ou o aparecimento da doença, que podem ter impacto no funcionamento social e ocupacional ao longo da vida e afetar claramente a sua qualidade de vida.

O presente trabalho inicia-se com a fundamentação da escolha do nosso tema onde se pretende justificar e mostrar a relevância do mesmo. Em seguida está organizado em três partes, sendo a primeira dedicada ao estudo conceptual, explorando-se os conceitos teóricos que sustentam o nosso estudo. A segunda parte pretende expor de forma concisa e clara os aspetos inerentes aos participantes e métodos, assim como a forma como foi delineado, do ponto de vista metodológico, o nosso estudo. Por fim, a terceira parte corresponde ao processo analítico onde são apresentados e analisados os resultados obtidos com o nosso estudo, em paralelismo com a literatura.

Assim os objectivos do nosso estudo são:

- Entender o percurso da doença de pessoas com depressão, desde o 1º contacto com a psiquiatria até ao encaminhamento para o serviço de reabilitação psicossocial;
- Analisar a percepção da qualidade de vida em pessoas com depressão;
- Compreender o impacto da reabilitação psicossocial na percepção da qualidade de vida.

## Fundamentação da escolha

O nosso tema para este estudo reúne aspetos de teor profissional e pessoal mas sobretudo sentires e experiências nesta dialéctica. Desenvolvemos funções profissionais, como terapeuta ocupacional, em saúde mental e psiquiatria no Hospital de Magalhães Lemos há dezasseis anos, mais concretamente no Serviço de Reabilitação Psicossocial. Este percurso tem nos permitido contactar e intervir com diferentes pessoas portadoras de doença mental, e concomitantemente acompanhar o percurso das suas doenças.

Na ótica da terapia ocupacional e à luz do modelo de ocupação humana, paradigma de prática profissional desenvolvido por Kielhofner (2002), o ser humano auto-organiza através do seu comportamento ocupacional, este é uma entidade que emerge da interação cooperativa entre factores biológicos e psicológicos do indivíduo e o ambiente físico e sociocultural, formando-se dinamicamente e estando em constante mudança, tendo cada pessoa uma natureza ocupacional inata. Também nos faz sentido alguns dos pressupostos baseados no modelo humanista (Rogers, 1985) que postula que o ser humano deve ser aceite como sendo um organismo responsável e livre, que faz escolhas e que tem pensamentos e sentimentos. E do modelo psicodinâmico (Cole, 1998) que tem como premissas: (i) privilegiar manifestamente o sentido íntimo, em relação ao comportamento e à cognição, (ii) acentuar que o funcionamento mental e o desenrolar do processo terapêutico, se encontram vinculados por uma conflitualidade inerente ao ser Humano (habitada desde o seu nascimento e com forças de natureza opostas), (iii) não menosprezar as diferentes formas de relações humanas, nem as diferentes modalidades de comunicação linguística e afetiva entre os indivíduos e os grupos, (iv) valorizar a compreensão que o cliente pode ter de si próprio sob uma nova perspectiva de significados e símbolos pessoais. Em suma, acreditamos que a identidade ocupacional de cada pessoa é única e que deve ser contada na primeira pessoa Kielhofner (2002).

Paralelamente revelou-se fundamental para o nosso crescimento e enriquecimento profissional analisar e estudar as nossas práticas na visão e no sentir daqueles que usufruem desses serviços.

O interesse pela patologia depressiva deve-se à sua diversidade no que diz respeito à sua causalidade e à sua manifestação, que torna esta doença tão particular e individualizada no corpo de quem a sente. A evidência mostra que a depressão é a

doença mental mais comum em todo o mundo ao ponto de ser considerada um problema de saúde pública e de atualmente ocupar um lugar de destaque no que diz respeito à sua prevenção e tratamento. Vários são os estudos que lhe são dedicados (Rapaport et al., 2005; Garcia-Toro et. al 2007) onde indicam que a qualidade de vida em doentes com depressão é substancialmente mais baixa, bem como o seu nível de funcionalidade.

A preocupação com a avaliação da qualidade de vida em doentes psiquiátricos nem sempre foi valorizada, uma vez que as características nosológicas (sinais e sintomas) da doença eram a principal fonte de avaliação no que diz respeito à evolução e tratamento da mesma. A dificuldade de definir o próprio conceito e a forma como se poderia proceder à sua avaliação foi um entrave para a evolução do mesmo e para o início do seu percurso como instrumento de avaliação.

Assim a qualidade de vida é definida pelo indivíduo, pela percepção da sua posição na vida enquadrada com o seu contexto cultural e com o sistema de valores em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas, standards e preocupações (Whoqol Group, 1995 in Basu, 2004). Uma outra definição, mais simplista e informal é a de Lehman (1996) in Basu (2004: 37) descrita da seguinte forma: “ *é a perspetiva do doente sobre o que tem, como está e o que sente sobre as circunstâncias da sua vida*”.

A reabilitação psicossocial é uma abordagem na área da saúde mental que ganhou protagonismo, após a década de 60 do séc. XX, com o encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos. Este movimento conduziu à desinstitucionalização dos doentes mentais, à diminuição do número de doentes internados, a uma maior preocupação como os direitos dos doentes mentais, maior envolvimento no seu processo de reabilitação e consequentemente promoção da integração social. Para tal considera algumas das suas metas principais: a redução do estigma, a promoção da equidade e de iguais oportunidades, a formação profissional e integração no mercado de trabalho, apoio às famílias, melhoria da qualidade de serviços prestados e garantia de qualidade de vida, desenvolvimento de programas de psicoeducação, investigação, expansão de serviços, pesquisa e desenvolvimento dos sistemas existentes, entre outros (Hirdes et. al, 2004). A terapia ocupacional é uma profissão que tem sedimentado o seu papel na vertente da reabilitação psicossocial na medida em que através do uso de ocupações significativas envolve as pessoas em padrões de desempenho mais estruturados e saudáveis, permitindo-lhes manter ou desenvolver competências e papéis necessários

para o seu dia a dia, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida (Long, Cronin-Davis, 2006).

---

## **PARTE I – ESTUDO CONCEPTUAL**

## 1.1. Noção, causalidade e impacto da depressão na sociedade actual

Etimologicamente, a palavra depressão está relacionada com a palavra grega *melanochole*, que significa bÍlis negra. O termo depressão foi inicialmente usado em inglês para descrever o desânimo em 1660, e entrou para o uso comum em meados do século XIX (Gonçalves, Machado, 2007:298)

O conceito de depressão na nossa sociedade pode igualmente adotar vários significados referindo-se a um estado normativo transitório ou estado de humor, a um sintoma que pode estar relacionado com uma patologia crónica ou então a um síndrome ou uma desordem severa. No contexto psiquiátrico remete-nos para o que está definido e aceite a nível mundial, ou seja, é uma perturbação de humor caracterizada por sintomas como apatia, tristeza, irritabilidade, múltiplas queixas somáticas, ideias agressivas e perda de interesse por atividades satisfatórias (Wilkinson et al., 1999)

A depressão é uma doença silenciosa, mascarada por diversa patologia física e muitas vezes ignorada pela própria pessoa. O seu reconhecimento como uma doença da sociedade moderna e as suas comparações às alterações nos modos de vida tem sido feito por vários autores tais como: Giles Lipovetsky (1989) que designa a nossa modernidade como a “*era do vazio*” ou Alan Ehrenberg (1998) que alerta para o “*cansaço de ser eu*” (obra com o mesmo nome) que a maioria dos indivíduos sente e pela necessidade constante de se adaptarem, de se inovarem, de serem tudo menos eles próprios, podendo sucumbir com relativa facilidade à depressão típica da nossa sociedade.

É tema de debate em programas de televisão, artigos de revistas das mais variadas áreas. Potenciou a criação de associações de apoio a pessoas portadoras desta doença e a investigação científica alusiva ao tema é profusa e intensa. Tornou-se um meio privilegiado de comunicação entre o público, a psiquiatria e a sociedade e já é permitido admitir-se que se está deprimido, sem implicar vergonha ou fraqueza.

Vallejo- Nágera (2002) argumenta que dantes, a maioria dos deprimidos não chegava a ser diagnosticada e não era incluída nos números oficiais. Por outro lado, eram poucas as pessoas que recorriam a um psiquiatra por terem vergonha, por desconhecerem esta especialidade e por existirem poucos profissionais a exercerem funções nesta área, denotando-se ainda poucos conhecimentos sobre as entidades

nosológicas das doenças, apesar de nos últimos 30 anos ter sido realizada uma considerável evolução na medição dos sintomas da depressão (Vallejo- Nágera, 2002).

A sua nosologia tem sido explorada segundo duas organizações: a OMS através da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (1992), na sua décima revisão (CID-10, 1993), e a Associação Americana de Psiquiatria com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 1994 e DSM-V, 2013) existindo similaridade quanto ao agrupamento e definição de critérios.

No CID-10 as perturbações depressivas estão enquadradas nas perturbações de humor e subdividem-se em: episódio depressivo leve, moderado ou grave e ainda perturbação depressiva recorrente ou transtorno persistente de humor. No DSM – V (2013) o capítulo das perturbações depressivas inclui: humor disruptivo, perturbação de desregulação perturbação depressiva major (onde está incluído o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação pré-menstrual disfórica, perturbação depressiva induzida por substancias/medicação, perturbação depressiva devido a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação, perturbação depressiva sem outra especificação. Em ambas as classificações a sua duração pode ser episódica, recorrente ou crónica. Em qualquer um dos casos conduz a uma diminuição acentuada da capacidade funcional e uma marcada desmotivação e tristeza. De forma sucinta, o quadro n.º 1 identifica os componentes afectados e os sintomas a eles associados.

**Quadro n.º 1: Sintomas da depressão (Wilkinson et al., 1999)**

<b>Humor</b>	<b>Pensamento</b>	<b>Impulso</b>	<b>Físicos</b>	<b>Julgamento</b>
- Tristeza - Infelicidade - Melancolia - Desespero - Ansiedade e tensão - Falta de prazer - Falta de satisfação - Falta de afeto - Choro	- Perda de interesse - Perda de auto-estima - Sensibilidade excessiva - Sentimento de inadequação - Sensação de apatia - Sensação de futilidade - Incapacidade de	- Desejo de fuga - Evitamento - Sensação de rotina - As atividades parecem fastidiosas ou sem sentido - Desejo de refugiar -Rituais compulsivos	- Sensação de esgotamento - Cansaço - Dores contínuas - Dores agudas - Perda de apetite - Perda de peso - Perturbações do sono - Perda do desejo sexual	- Ideias delirantes: tipicamente de culpa, desvalorização ou niilismo e de hipocondria. -Alucinações: tipicamente auditivas, de alguém que fala ao doente, de conteúdo

- Humor débil	adaptação	- Obstipação	- Fadiga	negativo.
- Mau feitio	- Dificuldade em tomar decisões		- Incapacidade para se relaxar	
- Irritabilidade	- Vergonha		- Sintomas autonómicos	
- Desvalorização	- Desespero		- Agitação	
- Défice de memória	- Auto censura			
	- Lentificação motora e incapacidade para se concentrar			

Muitos casos são ligeiros, mas cerca de uma pessoa em cada vinte terá um episódio moderado ou grave. A depressão, regra geral, tende a ser um problema episódico, em que o risco de recaída e recorrência (início de um episódio novo) é elevado, mesmo após um tratamento eficaz. É uma doença bastante comum na prática clínica. Todavia o seu diagnóstico precoce e o tratamento apresentam inúmeras falhas que comprometem o seu controle e tratamento, conduzindo a que apenas um quinto das pessoas com depressão recebam tratamento adequado (Wilkinson et al, 1999:17).

Numa perspetiva psicodinâmica Bowlby (1985:258) distingue tristeza de depressão, onde considera a primeira uma reação normal e saudável perante qualquer infortúnio e a segunda como um estado de espírito ocasionalmente experimentado pela maioria das pessoas, em que há desorganização de comportamento contudo esta é potencialmente adaptativa. Por outro lado e na ótica sociológica a depressão é: “o resultado de uma estrutura social que priva o indivíduo, com certos papéis na vida, do controlo do seu destino. Esta conceção atende a processos como a urbanização, a influência da classe social, o grupo racial, o ambiente étnico e forças políticas e económicas na causalidade da depressão e que fornece uma explicação para o aumento das taxas de perturbações mentais em certas populações como o das mulheres da classe trabalhadora”. (Wilkinson et al. 1999:131)

Esta conceptualização enquadra-se na abordagem da rotulação social sugerida por Helman (2003:229), e defendida pelos sociólogos relativamente ao aparecimento das doenças mentais, ou seja, é a sociedade que decide quais os sintomas ou padrões de comportamentos desviantes ou como aquele tipo de desvio pode ser designado de doença mental. Também a vertente cultural deve ser incluída. O investigador Kleinman

é referência obrigatória nesta temática pois estudou de forma intensiva o enquadramento cultural de noção de doença. O focus da sua pesquisa era compreender a doença na perspectiva das características culturais de cada população e mais concretamente como eram manifestados e expressos os sintomas. Foi identificado como denominador comum a tendência para a somatização perante conflitos psicossociais. Outros factores tais como, a capacidade de expressão verbal, a literacia, a comunicação não-verbal, o vocabulário, mais ou menos rico em terminologia, são reconhecidos como extremamente influentes na descrição das doenças e na elaboração de um diagnóstico correto. Também contribuiu de forma significativa para a investigação sobre a depressão ao concluir que esta reúne características, tanto universais como específicas, de uma dada cultura. Para tal socorre-se da cultura Chinesa (país onde desenvolveu alguns dos seus estudos na década de 80) como meio de comparação entre diferentes culturas. Por exemplo neste país o diagnóstico de depressão raramente é utilizado, a doença mental representa um estigma profundo para o indivíduo e para a sua família. Contrariamente à cultura norte americana que intitula de depressão ao mesmo conjunto de sintomas (sentimento de tristeza, exaltação, ansiedade e medo).

A psiquiatria americana baseia-se fundamentalmente na abordagem biológica na justificação da depressão. Contudo, e pela evidência da impossibilidade de dissecar o cruzamento entre o biológico e o cultural, na mais recente edição do DSM – V (2013) é dado um destaque considerável ao aspecto cultural das doenças e são desenvolvidas em várias páginas considerações e orientações que devem ser tidas em linha de conta quando se elabora um diagnóstico de doença mental.

Presentemente, a base de explicação causal da depressão, sustenta-se em dois pólos, o neurobiológico e o psicossocial. Dificilmente estes poderão ser dissociados, uma vez que ambos estão quase sempre interligados. O vector neurobiológico confere a suscetibilidade, genética ou adquirida, para a pessoa contrair a doença e o vector psicossocial reúne a conjectura entre as características da personalidade da pessoa (mecanismos de defesa, capacidades cognitivas, ressonância emocional, traços de personalidade) enquadradas em determinados contextos sociais (Ainsworth, 2000).

Os fenómenos sociais são, de todo, determinantes no aparecimento desta doença nomeadamente, o ritmo de vida acelerado, exigente, competitivo e individualista, a precariedade sentida a nível de suporte familiar e social, as famílias de hoje estão a maior parte do tempo ausentes, dispersas e cansadas. Para além destas carências, os

contextos socioeconómicos desfavorecidos, cada vez mais segregadores e diferenciados primam pela falta de oportunidades sociais e laborais, refletindo-se negativamente na realização pessoal de cada indivíduo (Gonçalves, 2006).

Como tal, é particularmente complexo definir a depressão sustentada única e exclusivamente na vertente biológica, uma vez não ser possível classificar e quantificar o sofrimento humano da mesma forma em todas as partes do mundo (Helman, 2003)

Algo inerente à depressão e com uma forte associação é o suicídio. Uma em cada dez pessoas irá cometê-lo, devido a um episódio depressivo grave (Gusmão, 2005).

As circunstâncias que aumentam o risco de suicídio em doentes depressivos são, a idade avançada, o sexo masculino, residir sozinho, doença crónica, perda recente, abuso de substâncias, ataques de pânico, sintomas psicóticos, episódios anteriores de depressão, tentativas anteriores de suicídio e história familiar de depressão (Ainsworth, 2000). Ironicamente, o risco de suicídio aumenta quando o episódio mais severo é superado e se inicia a recuperação. As razões para este facto ainda não são claras mas perspetiva-se que quando o humor melhora a pessoa sente-se com mais energia para planear o desejado suicídio.

Todavia, o suicídio pode não estar diretamente relacionado com uma doença mental grave. Ou seja, as pressões sociais e económicas a que certos indivíduos possam estar sujeitos podem ter um peso enorme nesta escolha.

Drulhe (1996), considera que em diversas sociedades as mutações a que as pessoas estão sujeitas propiciam esta tomada de decisão (suicídio) pois colocam os indivíduos sobre pressão, exigindo deles uso de capacidades físicas e mentais acima das que possuem. Maia (2001:45) refere que a probabilidade de ocorrerem comportamentos auto-mutiladores e suicidas é bastante elevada na população deprimida, como forma de atenuar ou eliminar a dor sentida. O próprio ato suicida ainda consegue ser mais estigmatizado que a depressão.

Dados da OMS (2001) revelam que apenas ¼ dos países à escala mundial fornecem estatísticas sobre o suicídio. As mulheres continuam a apresentar duas a três vezes mais propensão e tentativas para cometer suicídio, porém têm menos sucesso do que os homens pois os métodos que utilizam são menos eficazes.

Para além do suicídio poder ser uma consequência terminal de uma depressão grave, as repercussões desta doença fazem-se sentir a nível pessoal, no sentido em que o indivíduo deixa de realizar o seu dia-a-dia de forma funcional, produtiva e

principalmente prazerosa no seio familiar; profissionalmente resulta em absentismo e em muitos casos perda de emprego; socialmente com redução acentuada de contacto com outras pessoas, e numa última instância economicamente pois as pessoas que padecem desta doença acarretam custos ao sistema de saúde, à própria economia do país e à família.

Em suma, as repercussões que a doença depressiva pode desenvolver constituem uma fonte de preocupação para a comunidade política, existindo por este motivo uma crescente necessidade de prevenir e tratar esta doença (Gusmão, 2005)

Apesar do alargamento dos meios terapêuticos e da evolução positiva registada no domínio dos cuidados psiquiátricos, os indivíduos com diagnóstico de doença mental continuam a ser alvo de exclusão social, estigmatização, discriminação e desrespeito pelos seus direitos fundamentais. Em 2010, a OMS reconheceu as barreiras desproporcionadas no acesso à educação e emprego e conseqüente privação social e económica, assim como uma maior suscetibilidade no desenvolvimento de incapacidade permanente e morte precoce, em comparação com a população geral. A ignorância, medo ou falta de informação podem modelar o comportamento das sociedades (Pratt et al., 2007).

Nesse sentido, a Comissão das Comunidades Europeias (2005), reforçou a necessidade de uma ação conjunta na criação de políticas para a promoção da integração dos indivíduos com doença mental na vida ativa como forma de contribuir para uma maior aceitação e compreensão na sociedade. A alteração do paradigma da institucionalização e a criação de serviços de proximidade, quer ao nível dos cuidados primários, quer pela implementação de centros comunitários, deve permitir uma melhor adequação às necessidades dos indivíduos e das respetivas famílias.

## **1.2. Evolução do conceito de qualidade de vida e sua relação com a patologia depressiva.**

A problemática da saúde e da doença tem sofrido profundas alterações desde a segunda metade do século XX, não só pelos enormes avanços realizados a nível da medicina e da tecnologia, mas também pela própria dinâmica socioeconómica e política, que produziu mudanças nas mentalidades, nos valores e nas crenças. Nos países mais

desenvolvidos estes aspetos verificaram-se a partir de 1960 e intensificaram-se nos anos 80 com a intitulada globalização mundial.

O conceito de qualidade de vida tem tido ao longo dos anos um interesse lento mas gradual dentro das ciências médicas e biológicas no sentido de serem valorizados todos os parâmetros do estado e da condição da doença no que diz respeito ao controlo dos sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida.

Apesar de este conceito já aparecer na literatura especializada a partir da década de 30 o termo só começou a ser tratado de forma mais objetiva na primeira metade do século XX, no contexto de uma abordagem economicista, baseada em indicadores sociais (rendimentos *per capita*; níveis de consumo; sinais exteriores de riqueza, etc). A ligação do termo qualidade de vida ao estado de saúde decorreu da clássica definição de saúde de 1948, pela OMS como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença*”. Esta definição implicou que as iniciativas de promoção de saúde deixassem de ser apenas dirigidas à determinação de aspetos relacionados com a doença, mas igualmente ao bem-estar e à qualidade de vida. Assim, ter qualidade de vida não é apenas ter uma boa saúde física ou psicológica, mas é sentir-se bem consigo mesmo, com o local onde vive, com a família, amigos e outras pessoas significativas que o rodeiam. Passa também por ter estilos de vida saudáveis, cuidar de si, ter capacidade para realizar as atividades do dia a dia, ter tempo para atividades de lazer e para outros hábitos que o façam sentir bem e realizado (Canavarro et al., 2008).

A importância do conceito qualidade de vida relativo aos pacientes surgiu historicamente como uma necessidade de compensar, ou pelo menos complementar, os sucessos da medicina moderna para aumentar o tempo de vida em caso de doenças graves, crónicas, debilitantes ou fatais. Por outras palavras, era algo similar a uma "formação reativa" contra a ciência médica moderna, que se temia tornar indevidamente mecânica, orientada para a tecnologia, e de certa forma, desumanizadora. Nesta trilha prefaciamos Sir Robert Platt no Palestra Linacre, na década de 60, que diz o seguinte: “... *Quantas vezes, na verdade, nós médicos omitimos de inquirir sobre a felicidade e infelicidade na vida dos nossos pacientes? (...) Lamento que a tendência da ciência clínica seja direcionada para o divórcio da apreciação dos valores humanos na prática da medicina...*” (Basu, 2004).

Em seguimento destas palavras, um editorial publicado no *Annuals of Internal Medicine* (Elkinton, 1966, citado por Basu, 2004), afirma que *"isso não é nada menos do que biologia humanista que se preocupa não apenas com os mecanismos materiais, mas com a totalidade da vida humana e sua qualidade que é única para o homem"*.

Apesar destas palavras, este mesmo editorial reconheceu com grande clarividência a dificuldade na operacionalização deste conceito como pode ser observado na seguinte citação: *"O que constitui essa qualidade de vida para um determinado paciente, e os caminhos terapêuticos para ele, é, muitas vezes, extremamente difícil de julgar e conciliar com a consciência médica"* (Elkinton, 1966:713 in Basu, 2004). Também na década de 60 nos Estados Unidos da América através do relatório da *Commission on National Goals* da responsabilidade do Presidente Eisenhower existia uma preocupação com o desenvolvimento do bem estar da população e conseqüentemente da qualidade de vida.

No decorrer dos anos 70 foi-se tornado cada vez mais claro, que avaliar a compreensão da doença por parte do doente teria que ir para além da medida dos sintomas e da longevidade desta. Foi algo que foi acontecendo gradualmente bem como a constatação da inexistência de instrumentos de avaliação que a medissem.

A década de 80 marcou o início de uma era de mudança com respeito ao conhecimento e à formulação de muitos instrumentos para avaliar a qualidade de vida (Spitzer et al., 1981; McEwen, 1988; Bergner, 1988, citado por Basu, 2004) e a aplicação do conceito de qualidade de vida em perturbações mentais graves e crónicas.

Até então, com raras exceções os estudos de qualidade de vida eram limitados apenas às doenças físicas (Lebensohn, 1972, citado por Basu, 2004). No entanto, esta foi uma época em que os hospitais psiquiátricos estavam a iniciar a desinstitucionalização dos doentes, encaminhando-os para a comunidade. Desta situação resultou uma compreensível preocupação com a qualidade de vida na comunidade. Os primeiros estudos realizados foram originários dos EUA (Lehman et al., 1982; Baker, Intagliata, 1982, citado por Basu, 2004) e da Suécia (Malm et al., 1981; Skantze et al., 1992, citado por Basu, 2004), bem como os primeiros instrumentos de avaliação para o quadro específico da qualidade de vida em pacientes com doença mental crónica.

A partir do início da década de 90, parece existir um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes neste conceito: a subjetividade e a multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a

percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não médicos do seu contexto de vida. Por outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (OMS, 1998, citado por Basu, 2004). Estudos enfatizam, então, que a qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais onde esta era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde.

Neste sentido, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde. O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas (Bowling, 1995; Leplège, 1995; Slevin, 1988; Smith et al., 1999, citado por McIntyre et al., 2002). Profissionais clínicos e investigadores no campo da saúde mental, reconheceram que a qualidade de vida é uma medida importante de ensaios clínicos, avaliações de custo/eficácia de tratamentos, de estudos dos efeitos de um determinado tratamento ou de impacto pessoal e/ou social de patologias (Sainfort et al., 1996). Admitindo que um dos objetivos primordiais da intervenção terapêutica é o de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, esta poderá ser uma forma de análise para avaliar, por um lado, o impacto que determinada condição provoca nos doentes e, por outro lado, analisar os resultados terapêuticos obtidos após a aplicação de uma estratégia de intervenção nessa perturbação. No entanto, existem ainda algumas controvérsias em torno da questão da qualidade de vida ser ou não um fenómeno mensurável e em relação à aceitação incontestável dos questionários que visam a sua medição. As argumentações surgem em relação ao de não existir nenhuma definição universalmente aceite permanecendo assim em aberto qual a abordagem mais eficaz na sua avaliação (Becker, 1998, Lauer, 1999, citado por Basu, 2002).

Outros autores, desiludidos com a falta de correspondência entre informações subjetivas e objetivas, abandonam a avaliação subjetiva dando a primazia à verificação de resultados objetivos (Atkinson et al., 1997).

Investigações recentes sugerem que ambas as avaliações devem ser tidas em análise, apontando, por um lado, a dimensão subjetiva como sendo essencial para examinar o quadro de vida da pessoa, para explicar padrões de comportamento e em

providenciar as interpretações dos sujeitos sobre o impacto pessoal das circunstâncias objetivas. Por outro lado, as medidas objetivas parecem ser as mais indicadas para a análise dos efeitos de intervenções terapêuticas. (Rugeri et al. 2001; Muldoon et al., 1998, citado por McIntyre et al., 2002)

A qualidade de vida poderá então ser conceptualizada como um constructo multidimensional, que inclui dimensões subjectivas (perceções do paciente) e/ou objetivas (componentes externos observáveis). É actualmente aceite que o impacto de uma doença não pode ser descrito de forma plena só através de indicadores de avaliação médica. Fatores psicossociais como dor, restrição na mobilidade e outros impedimentos funcionais ou a atividade cognitiva diminuída, devem ser alvo de acompanhamento e de avaliação cuidadosa (Muldoon et al., 1998, citado por McIntyre et al., 2002).

A área de investigação que resulta deste reconhecimento é denominada de “qualidade de vida relacionada com a saúde”, que se move das manifestações diretas da enfermidade para o estudo das consequências pessoais dessa condição no paciente, ou seja, os vários efeitos que a doença e os seus tratamentos possuem na sua vida diária e na sua satisfação com esta (Basu, 2004).

Alguns domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde foram já identificados, incluindo a saúde física, saúde emocional, funcionamento cognitivo, funcionamento sexual, qualidade dos relacionamentos pessoais e produtividade no trabalho (Ware, 1992, citado por McIntyre et al., 2002). No entanto, alguns estudos recentes salientam que as pessoas valorizam mais alguns aspectos práticos da vida diária como a possibilidade de desempenharem as atividades do dia a dia de forma autónoma e sem moléstias físicas, a possibilidade de ver ou ouvir bem, de ter energia e ser capaz de se mover, não havendo grande relevância para a imagem corporal ou para a satisfação com a vida sexual (Marques-Teixeira, 2000).

Dadas as decisões ao nível social, político ou dos cuidados de saúde que estes resultados poderão implicar, é importante que seja atribuída uma grande consideração aos instrumentos de medida escolhidos para a análise da qualidade de vida. Como indica Bowling (1999), citado por McIntyre et al., (2002), tradicionalmente as medidas de condições de saúde e de qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas com patologias médicas, colocaram o foco no nível de funcionamento físico e na capacidade de execução de actividades de vida diárias, seguindo uma abordagem centrada no modelo funcionalista.

As medidas de perfil genérico podem ser consideradas partidárias deste modelo, ao evidenciarem o funcionamento físico, mobilidade e capacidade de atividades sociais, recreativas e domésticas podendo ser usadas para avaliações em doenças físicas e mentais (Pyke et al, 1997). Outras medidas de doenças específicas podem ser usadas em simultâneo ou independentemente (Mcgee 1999, citado por McIntyre et al., 2002).

A investigação actual sobre o impacto de patologias na qualidade de vida dos doentes, procura ter em atenção as especificidades das próprias condições. De forma a não haver confusões nas análises estatísticas resultantes das observações, os investigadores procuram justificar contidamente os dados obtidos entre os índices de qualidade de vida e as características inerentes à própria doença (Pyne et al., 2004).

Por exemplo, pacientes com perturbações de humor ou com desordens psicossomáticas tendem a indicar o seu bem-estar, funcionamento ou o estado de saúde em geral, de forma significativamente pior que doentes com outras patologias (Morgado et al., 1991, citado por McIntyre et al., 2002). Estas verificações indicam que as desordens de humor e psicossomáticas reduzem mais a percepção do estado de saúde, que desordens médicas como artrite, diabetes ou desordens pulmonares (Barge-Schaapveld et al., 1999; Muldoon et al., 1998, citado por McIntyre et al., 2002), sugerindo algumas investigações que os fatores de personalidade poderão ter um papel importante nas diferentes predisposições de resposta dos vários grupos de diagnóstico (Burgess et al., 2000; Kool et al., 2000, citado por McIntyre et al., 2002).

No entanto, independentemente de alguns fatores, os indivíduos com perturbações mentais apresentam défices na qualidade de vida, havendo estudos que sugerem que os pacientes psiquiátricos parecem demonstrar menor satisfação com a vida que a população em geral ou que outros doentes com enfermidades não mentais (Becker et al., 1996; Leval, 1999; Pyne et al., 2001, citado por McIntyre et al., 2002). Dada a morbilidade existente de desordens do foro mental, é importante, por um lado, a avaliação do seu impacto de forma a mobilizar o maior número de recursos na prestação de cuidados a estes doentes e, por outro obter informações pertinentes para uma intervenção terapêutica mais eficaz.

A evidência mostra que indivíduos que sofrem de doenças do foro ansioso e afetivo apresentam um nível de qualidade de vida e funcionamento pobre, sendo em muitos casos esses comprometimentos similares aos que apresentam doenças crónicas. Jenkins (1992), citado por Atkinson et al. (1997), faz notar que as respostas que os

doentes mentais dão aos instrumentos de qualidade de vida estão obstruídas pelas expectativas, desejos e estados mentais de quem as responde, assinalando a título de exemplo que as pessoas com depressão relatam mais frequentemente vivências de pobre ajustamento social, *life events* negativos bem como insatisfação com os papéis sociais. Também as situações de pobreza e de reduzida saúde física estão associadas ao aparecimento desta doença.

Em suma as consequências da depressão reflectem-se a vários níveis, especialmente na funcionalidade da pessoa, na vida familiar, no contexto social, laboral e económico. Esta incapacidade tem variadíssimas razões, alguns dos seus sintomas como a falta de concentração e a baixa motivação para realizar as tarefas do dia a dia combinado com a irritabilidade pode trazer efeitos desastrosos nas relações familiares e de trabalho (Patel et al. 2001). É notório que tanto a nível micro como macro social as repercussões são notórias. Daí as preocupações constantes dos governantes no que diz respeito à saúde da sua população. Num estudo realizado nos Estados Unidos, envolvendo a década de 1990 a 2000, o impacto económico da depressão manteve-se estável apesar de mais 50% de doentes terem tido acesso a tratamento. De facto, houve um aumento de apenas 7% nos custos, de \$77.4 biliões de dólares em 1990 (ajustado à inflação) para \$83.1 biliões em 2000; neste ano, 31% deste montante correspondeu a custos médicos directos, 7% a custos relacionados com mortalidade prematura por suicídio e 62% a custos indirectos relacionados com perda de produtividade<sup>129</sup>. Assim, parece que o maior acesso a tratamento diminui francamente os custos indirectos e aumenta ligeiramente os directos, ou seja, o gasto de dinheiro no tratamento de pessoas deprimidas tem retorno para o conjunto da sociedade (Gusmão, 2005: 137).

### **1.3. Breve resenha histórica da terapia ocupacional na psiquiatria e saúde mental em Portugal**

As origens da terapia ocupacional estão amplamente relacionadas com o conceito de que, a ocupação promove a saúde, a qualidade de vida e é um meio de tratamento. Apesar de existirem documentos que remontam a Era antes de Cristo em que relatam o uso da ocupação como por exemplo: Hipócrates, o pai da medicina, recomendava, a luta livre, a leitura e o trabalho para manter ou melhorar o estado de saúde, ou então, Cornélio Celso que recomendava ocupações ajustadas ao

temperamento do doente, o reconhecimento e implementação desta profissão teve que esperar até ao séc. XX para se começarem a operar marcos significativos para a história da terapia ocupacional na saúde mental, que acompanhou a própria história da psiquiatria no mundo.

Assim e no que diz respeito à criação dos grandes instituições psiquiátricas asilares o ano de 1409 é uma referencia na medida em que é fundado o primeiro Hospital do Ocidente destinado a doentes mentais, onde se efetuavam atividades de manutenção na instituição. Em 1752, no Hospital da Pensilvânia, desenvolve-se a ocupação como tratamento para doentes mentais. Tissot classifica o exercício ocupacional em 1780. Em 1800 Pinel, figura notória na Revolução Francesa com a sua iniciativa de “libertar” os doentes mentais e devolvê-los à sociedade, prescreve exercícios físicos e ocupações manuais. Acredita que o trabalho manual feito de forma rigorosa é o melhor método de assegurar uma boa moral e disciplina. Tuke, 1813, refere os efeitos benéficos do exercício e a vantagem da trabalho regular. Salienta a importância de algumas atividades como forma de estimular a atenção e a concentração. Dois anos mais tarde propõe-se a introdução do trabalho terapêutico em vários hospitais psiquiátricos. Esquirol, 1836, defende que o trabalho é um estimulante geral, com ele distraímos a atenção do doente da sua moléstia, fixamos a sua atenção em coisas razoáveis tornamos a dar-lhe hábitos de ordem, estimulamos a sua inteligência e com isso recuperamos muitos desses desafortunados.

Em 1848, Mayor elabora uma nova lei sobre a assistência psiquiátrica proporcionando aos doentes uma ocupação regular e uma vida social. São introduzidas em várias instituições psiquiátricas diversas atividades estereotipadas e artesanais. Tracy, em 1905, nota benefícios da ocupação no alívio da tensão nervosa e valoriza as relações interpessoais.

Meyer, médico psiquiatra suíço, em 1892, emigrado nesse mesmo ano para os Estados Unidos da América, edita o primeiro trabalho médico em que expõe as suas ideias sobre o uso da ocupação da seguinte forma: “ *o uso apropriado do tempo numa atividade útil e gratificante parece ser uma questão fundamental no tratamento dos doentes psiquiátricos*”.

Em 1915, Eleanor Clarke Slagle, terapeuta ocupacional pioneira que trabalhou com Meyer organiza, em Chicago, a primeira escola profissional para terapeutas ocupacionais, sendo diretora da mesma entre de 1918 e 1922. No ano de 1917 é fundada

a Associação Nacional para a promoção da Terapia Ocupacional, passando a designar-se, a partir de 1923, de Associação Americana de Terapia Ocupacional. Em 1921, Partisson define terapia ocupacional como sendo qualquer atividade mental ou física, especificamente prescrita e guiada com o objetivo determinado de contribuir para a recuperação de uma doença ou traumatismo, ou de apressar essa recuperação. Neste mesmo ano Meyer apresenta na 5ª Reunião anual da Sociedade Nacional de Terapia Ocupacional o trabalho “ *Filosofia da Terapia Ocupacional*” que mais tarde foi publicado na 5ª edição dos arquivos de Terapia Ocupacional.

O termo Terapia Ocupacional surge na segunda década do séc. XX através de Barton, que assim a define: “ *é a ciência de estimular o doente em trabalhos de tal maneira que envolverá as suas energias e atividade, produzindo um efeito benéfico*”. Por esta mesma altura Eddy, do Hospital de Nova Iorque, selecciona diferentes atividades, conforme os doentes eram maníacos ou depressivos. Prescreve a ocupação com objetivos mais definidos, tendo em conta a personalidade, habilitações literárias e a doença do doente.

Em 1930 é criada a primeira escola europeia de terapia ocupacional, em Inglaterra.

Com a segunda Guerra Mundial veio o reconhecimento crescente do valor e da necessidade da intervenção da Terapia Ocupacional. Novos cursos foram rapidamente promovidos para colmatar a falta de profissionais na área, assim como o aparecimento de associações profissionais. Os terapeutas ocupacionais eram considerados parte integrante da equipa interdisciplinar especializada no tratamento e reabilitação de lesões dos nervos periféricos e amputações. A sua prática clínica incluía também o desenvolvimento do desempenho funcional nas atividades da vida diária e no trabalho, assim como o treino de próteses (Reed, 1997, citado por Sousa, 2005).

Por outro lado, o apoio para a saúde mental quase não existia e a profissão investia a sua energia no desenvolvimento de mais abordagens científicas de tratamento, bem como na expansão e melhoria dos serviços disponíveis para os “fisicamente incapacitados” (Tiffany, 1993, citado por Sousa, 2005). Alguma controvérsia foi gerada em volta deste assunto e foram muitos os que acusaram a profissão de estar a fugir da sua filosofia humanista de base, em detrimento do novo “movimento científico” (Friedland, 1998, citado por Sousa, 2005). Em 1954 realiza-se o 1º Congresso Mundial

de Terapia Ocupacional em Edimburgo e em 1957 é criada a Federação Mundial de Terapia Ocupacional, que muito contribuiu para o desenvolvimento da profissão.

Durante os anos sessenta, a implementação da psiquiatria comunitária e do movimento de saúde mental contribuiu para o crescimento e desenvolvimento da prática de saúde mental e, conseqüentemente, da terapia ocupacional. Progressivamente, a profissão apresenta um carácter mais dirigido e objetivo, com programas de intervenção bem definidos, com resultados visíveis quer a curto, quer a longo prazo e utilizando a relação terapeuta – utente como um instrumento para promover a mudança.

Porém, já após os anos setenta os terapeutas ocupacionais alcançaram uma posição para refletir, investigar e criar técnicas específicas da terapia ocupacional, de forma independente (Benetton, 1996, citado por Sousa, 2005).

Em Portugal, desde as origens do Hospital Júlio de Matos que se evidenciava a necessidade de se criar uma especialização em torno da atividade ocupacional e da ocupação terapêutica. Nessa altura, as equipas médica e de enfermagem colocavam em prática o que noutros países já se assumia como responsabilidade dos terapeutas ocupacionais.

Em Paris, Barahona Fernandes e Seabra Dinis publicavam, em 1954, o primeiro texto português conhecido sobre esta matéria, intitulado “Terapêutica Ocupacional em Psiquiatria”. Foram estes vultos da psiquiatria que apresentaram pela primeira vez, em Portugal, a base teórica e a sua relação com a prática da terapia ocupacional no contexto psiquiátrico (Fernandes, 1984, citado por Sousa, 2005). Ambos procuravam integrar as técnicas da ergoterapia, praxiterapia, ludoterapia, terapia pela arte, etc., nas novas terapêuticas farmacológicas e biológicas e nas psicoterapias individuais e coletivas vigentes na época. Efetivamente, distinguiam vários sistemas funcionais, sendo alguns mais sensíveis à atividade ocupacional e às suas conseqüentes componentes de interação pessoal. A atividade influenciava a personalidade do doente “...pela estimulação somática e da vigilância e do fundo endotímico-vital, pela aprendizagem de novas técnicas, hábitos e atitudes, pela modelação de novas relações interpessoais e muitos outros «mecanismos» bio-psico-sociodinâmicos (sublimação da agressividade, baixa de tensão ansiosa, projeção simbólica sobre os objetos produzidos, extravasão sobre o real, reforço do Proprium, formação do espírito de grupo, constituição de novos valores realistas, reeducação da conduta e sua socialização, etc.).” (Fernandes, 1984:296, citado por Sousa, 2005). O conjunto de todos estes efeitos integrados de

modo abrangente na personalidade do doente transporta as aquisições adquiridas em contexto terapêutico, para a situação da sua vida real e para o seu contexto social.

Na altura, Barahona Fernandes e Seabra Dinis referiram-se também à influência da ocupação e do processo volitivo na reestruturação do Eu, relacionando todos os contextos envolventes do doente: “...a ocupação terapêutica e as motivações correlativas agindo sobre o doente em risco de «alienação» faziam emergir de novo o homem – na sua vida e existências próprias, mais adequadas ao ambiente sócio-histórico-cultural e, quanto possível, apto à nova realização criativa de si próprio, como pessoa cultural” (Fernandes, 1984:296, citado por Sousa, 2005).

O primeiro curso de terapia ocupacional, em Portugal, iniciou-se em Janeiro de 1957 em Lisboa, e em 1966 foi criada a Escola de Reabilitação de Alcoitão, onde a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sob a tutela do Ministério da Saúde e Assistência Social, passou a formar com carácter regular, Terapeutas Ocupacionais. Esta escola encontrava-se, na altura, integrada no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (Nobre, 2004, citado por Sousa, 2005).

Em 1962 a Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais é reconhecida pela Federação Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) e a partir de 1986 é membro do Committee of Occupational Therapy for the European Community.

No Porto o primeiro curso abre em 1983 na Escola Superior de Tecnologias de Saúde do Porto.

No que concerne à prática clínica, a primeira terapeuta ocupacional formada em Portugal a exercer num serviço de Psiquiatria foi Maria Etelvina Brito, que depois de contribuir para a formação das primeiras terapeutas ocupacionais portuguesas, como docente na então Escola de Reabilitação de Alcoitão, integrou em 1970, o quadro do Hospital Miguel Bombarda em Lisboa (Sousa, 2005).

Nos anos 80, assiste-se ao florescimento da profissão no contexto psiquiátrico português, tanto a norte como a sul.

Em 1993 o Ministério da Saúde, definiu a profissão da seguinte forma: “Avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social e outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades seleccionadas, consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/ utente; prevenção da incapacidade, através de estratégias adequadas, com vista a proporcionar o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais,

*sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respectivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para a melhoria da qualidade de vida.*” (D.L. nº. 261/93, de 24 de Julho).

Tal definição caracteriza a profissão, enquadrando a especificidade dos seus processos de intervenção, numa lógica de complementaridade com as restantes profissões de saúde. Os terapeutas ocupacionais acreditam que existe uma relação estreita entre ocupação, saúde, bem-estar e qualidade de vida (Wilcock, 1998).

Neste sentido, a intervenção deve fomentar a esperança de que é possível o *recovery* (num sentido lato), sendo através do fazer que as pessoas com problemas de saúde mental poderão ser confrontadas com a evidência da sua capacidade para funcionar e para tomar controlo das suas vidas, desenvolvendo um sentido de dignidade pessoal e confiança (Duarte, 2007).

A terapia ocupacional caracteriza-se por fornecer serviços individualizados, centrados no cliente, focalizando-se nos problemas de desempenho nas diversas ocupações (Townsend, Polatajko, 2007, citado por Egan, 2010). A ocupação dá sentido de identidade, de prazer e ajuda a preservar a dignidade. A motivação é um dos fatores que pode estar em défice nestas pessoas. Mesmo que o indivíduo apresente capacidades para realizar as suas atividades, se o contexto real não estiver preparado para ele, a pessoa com incapacidade psiquiátrica pode isolar-se, diminuindo a sua participação social, devido à frustração e ao estigma (Kielhofner, 2002).

A sua prática baseia-se em enquadramentos inspirados por modelos, entre os quais o Modelo de Ocupação Humana (Kielhofner, 2002) ou o Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional (Resende, 2009). De acordo com estes modelos, o objetivo da terapia ocupacional é melhorar a participação nas ocupações com significado para o cliente e na sociedade em que se insere. Nesse sentido, o processo de terapia ocupacional envolve a identificação dos problemas de desempenho recorrendo a diversos instrumentos de avaliação, possibilitando a elaboração de um plano de intervenção conjunto, em concomitância com os objetivos do cliente, com vista a atingir os resultados esperados (Egan, 2010).

A convergência dos objetivos do cliente com os da equipa, a remoção de barreiras relativas aos recursos externos disponíveis ou o *empowerment* do cliente são algumas contribuições fundamentais que o terapeuta ocupacional pode oferecer como membro da equipa (Spindel, Nugent, 1999, citado por Kubina, 2000). Por outro lado,

um estudo conduzido pela Universidade de Queens relata que os terapeutas ocupacionais se encontram, por isso, numa posição ideal para facilitar o envolvimento em atividades significativas que promovam o bem estar e qualidade de vida do indivíduo.

Vários autores referem a importância da motivação e da avaliação subjetiva das competências para a participação em ocupações significativas e para o envolvimento em todas as atividades implicadas no processo de intervenção. Na perspectiva de Kielhofner (2002) é através da volição (constituída por três dimensões, causalidade pessoal, interesses e valores) que se antecipa, escolhe, experimenta e interpreta o comportamento ocupacional, uma vez que nela se constitui o armazém as emoções, pensamentos e decisões acerca da participação do homem em ocupações. A causalidade pessoal, perceção adequada das capacidades pessoais e o sentido de auto-eficácia, está positivamente associada ao envolvimento do indivíduo em ocupações, sendo, por isso, uma dimensão importante para a reabilitação. A escolha das ocupações pode ser determinada pelas convicções e pelo significado que cada um deposita no que faz (valores), resulta da interação do homem com o seu meio. Os interesses reflectem a satisfação e o prazer obtido pelo desempenho ocupacional, sendo portanto, um factor determinante para predizer e facilitar o futuro ou atual envolvimento ocupacional dos indivíduos (Kielhofner, 2002).

Durante o processo de recovery, são utilizadas uma série de técnicas que visam aprender ou reaprender competências em diversas áreas que, no seu conjunto, constituem a reabilitação psicossocial. Estas incluem a reabilitação habitacional, educacional, laboral e atividades de lazer e cultura. É indispensável que a elaboração de programas de reabilitação psicossocial proporcionem não só o desenvolvimento e ensino de competências de vida, mas que procurem potenciar o fornecimento de suporte, que desenvolvam a perceção no indivíduo de que a reabilitação é possível e que fortaleçam o sentimento de eficácia pessoal (Duarte, 2007).

#### **1.4. A reabilitação psicossocial como conceito e como medida de intervenção na pessoa com depressão**

A reabilitação psicossocial é definida pela Organização Mundial de Saúde (2001), como um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados e/ou

incapacitados, devido a uma perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível óptimo de funcionamento na comunidade. Os principais objetivos são a emancipação do cliente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

A reabilitação psicossocial baseia-se na premissa de que é possível auxiliar o indivíduo com doença mental a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença de forma a atingir um nível elevado de independência e uma melhor qualidade de vida (Pratt et al., 2007).

Engloba um conjunto de serviços dirigidos a pessoas com doenças mentais e défices funcionais graves sendo estes colaborativos, direcionados para a pessoa e individualizados. O objetivo é ajudar as pessoas a desenvolverem competências e acederem a recursos de suporte necessários para aumentar a sua funcionalidade, e a sua capacidade de terem sucesso e satisfação nos seus ambientes de escolha (Hirdes, 2004).

Considera a reabilitação como um processo abrangente e não simplesmente como uma técnica, variando de acordo com as necessidades da pessoa, do contexto no qual é promovida (comunidade ou hospital) e das condições culturais e socioeconómicas do país onde é implementada (Hirdes, 2004).

Cnaan et al., citado por Marques (2001), defendem que a reabilitação psicossocial é um processo que facilita a restauração individual de um nível ótimo de funcionamento independente na comunidade. Para Farkas et al. (1989), o objetivo da reabilitação psicossocial é ajudar as pessoas com doença mental a melhorar o seu funcionamento, de modo a serem independentes e integrados nos contextos por si escolhidos.

A necessidade de inserir na comunidade pessoas que há muitos anos residiam dentro de hospitais psiquiátricos veio impulsionar a implementação de programas de reabilitação psiquiátrica como forma de restabelecer a funcionalidade dessas pessoas nos vários domínios de vida e de promover a sua qualidade de vida. Isto indica que o significado atribuído ao doente e à doença mental foi progressivamente modificado, começando a ser dada importância ao facto de a doença mental não causar apenas comprometimento mental ou sintomas, mas também causar graves limitações no funcionamento social (Marques, 2001). Nos EUA, o fenómeno da desinstitucionalização iniciou-se no final da década de 60 tendo 90% da população psiquiátrica sido “devolvida” para a comunidade até aos dias de hoje. Tornou-se, por

isso, necessária a criação de respostas locais para a integração dos indivíduos com doença mental. Diversos modelos foram desenvolvidos, tendo sido dado grande ênfase à formação e investigação por parte dos profissionais de saúde mental (Pratt et al., 2007).

Os programas de reabilitação foram deixando de ser implementados apenas como resposta à desinstitucionalização, para passarem a ser enquadrados numa lógica multidimensional. Começaram a englobar um conjunto de aspetos pessoais, sociais e ambientais, como a prevenção das recaídas, diminuição do número de hospitalizações, diminuição do número de doentes institucionalizados, melhoria das aptidões sociais das pessoas com doença mental, desenvolvimento da sua autonomia, ajuda na recuperação dos papéis sociais perdidos, melhoria da motivação dos “cuidadores”, desenvolvimento dos recursos ambientais, e desenvolvimento do trabalho terapêutico e pedagógico com a família (Marques, 2001).

Para que seja possível operacionalizar e orientar a aplicabilidade da reabilitação psicossocial esta adopta alguns objetivos, valores e princípios que são importantes assinalar e que passamos a explorar nos quadros n.º 2 e n.º 3.

**Quadro n.º 2 - Objetivos da Reabilitação Psicossocial (Farkas et al., 2001; Duarte 2007)**

<p><b>Promover a recuperação</b></p>	<p>Os serviços de reabilitação psicossocial têm como principal objetivo ajudar as pessoas com doença mental a alcançarem o <i>recovery</i>. Em termos semânticos, a palavra <i>recovery</i> significa “recuperação”, “readquirir” ou “voltar a um estado normal” (Ralph; 2000 in Monteiro; 2007). Uma vez que este processo é único para cada pessoa, as linhas de orientação para alcançar os objetivos podem variar. Como o <i>recovery</i> é uma ideia abstrata definida para cada indivíduo, é algo que cada pessoa deve alcançar por si próprio em vez de algo que nós podemos fazer pelo outro</p> <p>Contudo, o <i>recovery</i> não corresponde a uma remissão dos sintomas, nem é entendido como um produto final ou um resultado estático.</p>
<p><b>Promover o empowerment</b></p>	<p>A reabilitação é feita em conjunto, do ponto de vista da pessoa com perturbação psiquiátrica, em direção à emancipação. É transmitido ao indivíduo que pode acreditar e sentir que podem recuperar e agir de acordo com os seus interesses.</p> <p>Ocorre um fortalecimento interno e a assunção do controlo pela sua própria vida combinado com actividades de ajuda mútua, <i>advocacy</i> e de participação comunitária.</p>
	<p>As pessoas têm o direito de fazer as suas escolhas, bem como, assumir a responsabilidade pelas consequências das suas opções. Apesar do</p>

<b>Valorizar a escolha pessoal</b>	conhecimento técnico dos profissionais de saúde, estes não podem assumir que sabem conduzir melhor a vida de alguém do que a própria pessoa. Esta mantém o direito de fazer suas próprias decisões, sobre como usar o conhecimento e competências do profissional de reabilitação.
<b>Fomentar o envolvimento activo</b>	É essencial que as pessoas participem ativamente na sua recuperação. Por vezes, é necessário que o profissional de reabilitação ajude a pessoa a sentir-se confiante e seguro o suficiente para participar.
<b>Centrar-se na integração social</b>	As pessoas com incapacidades psiquiátricas são muitas vezes limitadas aos recursos fornecidos pelo sistema de saúde mental pelo que eles não se sentem integrados na sociedade. Por outro lado, quando os profissionais de reabilitação auxiliam a pessoa a participar na comunidade, estas passam a ter acesso a diversos recursos. Integrar as pessoas na sociedade, nomeadamente, em escolas, postos de trabalho, habitação, relacionamentos e lazer ajudará a encontrar o seu lugar na comunidade. Esta integração permite-lhes identificarem-se, para além da doença, como pessoas, estudantes, trabalhadores, vizinhos, amigos e pessoas que apreciam qualidade de vida
<b>Valorizar os pontos fortes</b>	A importância que o profissional de reabilitação dá aos pontos fortes da pessoa, significa que o indivíduo pode construir uma vida em comunidade, enfatizando as suas competências. Isto não significa que devemos ignorar a doença, mas sim que não deverá ser o foco principal. O foco principal da reabilitação psiquiátrica é a melhoria dos conhecimentos, habilidades e suporte da pessoa.
<b>Melhorar as relações interpessoais</b>	Muitas pessoas com incapacidade psiquiátrica experienciam frequentes períodos intensos de solidão, podendo, facilmente, perder o sentido de relação que têm com os outros e com o que o rodeia. Esta perda de conexão leva, muitas vezes, a uma perda de contacto com os objetivos de vida, valores e sentimentos. O profissional de saúde deve ajudar estes indivíduos a reconstruir as ligações consigo mesmos e com os outros, retribuindo o significado e o propósito da vida.
<b>Promover a integração na comunidade</b>	Os serviços de Reabilitação Psicossocial devem ajudar as pessoas com doença mental a alcançarem uma melhor integração na comunidade. Este objetivo, para que o indivíduo seja capaz de viver com um grau de independência numa comunidade à sua escolha, é um dos propósitos mais aceites a nível nacional e internacional. Este foi o ponto a partir do qual todos os outros valores e objetivos emergiram. Residir numa comunidade em vez de viver numa instituição, oferece oportunidades para auto-determinação, reabilitação e <i>recovery</i> .
	Os serviços da Reabilitação Psicossocial devem ajudar as pessoas a alcançarem uma melhor qualidade de vida. Os profissionais destes serviços

<b>Melhorar a qualidade de vida</b>	acreditam na importância de atingir um bom nível de qualidade de vida para cada indivíduo, apesar da sua doença ou da severidade dos seus sintomas. A presença de sintomas não deve subvalorizar a importância dos aspetos que permitem alcançar uma qualidade de vida razoável, como o suporte social, o apoio familiar, o emprego, o lazer, a alimentação, o abrigo, o conforto e uma vida sexual ativa. Para o profissional de Reabilitação Psicossocial, a qualidade de vida é o objetivo principal, apesar do estágio da doença em que o indivíduo se encontra.
-------------------------------------	--

De acordo com Pratt et al. (2007), os valores da reabilitação psicossocial compreendem atitudes gerais que influenciam o comportamento profissional de diferentes maneiras. Apontam para a necessidade dos profissionais de reabilitação psiquiátrica terem esses valores articulados, pois estes estão embutidos nos modelos (projectos) dos programas e nas estratégias dos serviços.

Os princípios orientadores da reabilitação psicossocial compreendem um conjunto de normas que podem ser aplicadas em situações específicas, para atingir os objetivos, e refletem os valores nesse campo. Essas normas podem orientar os profissionais de reabilitação perante situações que envolvam decisões importantes.

Estes princípios são instrumentos importantes para providenciar orientação no dia a dia, em situações clínicas e para a sistematização da prática de reabilitação psicossocial (Pratt et al, 2007).

**Quadro n.º 3: Valores e Princípios da Reabilitação Psicossocial (Pratt, 2007)**

<b>Valores</b>	<b>Princípios</b>
Orientação do processo para a pessoa	Personalização de todos os serviços
Desenvolvimento da funcionalidade	Máximo envolvimento, preferência e escolha do cliente
Apoio continuado	Parceria entre o cliente e o profissional de reabilitação
Contexto específico de inserção	Serviços normalizados e baseados na comunidade
Envolvimento ativo	Salientar os pontos fortes
Opção de escolha	Avaliação num contexto específico
Orientação para os resultados	Tratamento e reabilitação, uma abordagem integrada e holística

Crença no potencial de recuperação	Orientação Vocacional
-----	Desenvolvimento de recursos de suporte
-----	Desenvolvimento de competências
-----	Envolvimento ativo das famílias
-----	Avaliação contínua

O fortalecimento interno e a assunção do controlo da sua própria vida, combinados com a esperança em relação ao futuro, e a auto-determinação relativamente ao comprometimento com o processo de recuperação, são determinantes para vencer o estigma, estabelecer e diversificar as ligações e as relações sociais, e readquirir papéis socialmente valorizados; adotando assim estilos de vida satisfatórios e saudáveis (Duarte, 2007).

A promoção de saúde consiste na melhoria da qualidade de vida e do potencial de saúde do indivíduo, em vez de se focar apenas na melhoria dos sintomas e défices. Baseia-se em ações para promover o bem estar dos indivíduos, famílias, organizações e comunidades (Creek & Lougher, 2008). As doenças mentais crónicas requerem tratamento integrado e serviços de suporte para reduzir a incapacidade, aumentar o funcionamento e melhorar a qualidade de vida (Katschnig et al, 1997, citado por Left, 2001).

---

## **PARTE II – PARTICIPANTES E MÉTODOS**

## 2.1. Tipo de estudo

O nosso estudo é de cariz qualitativo uma vez que se pretende compreender na primeira pessoa a noção que determinado grupo de indivíduos têm sobre uma realidade, qual a sua representatividade social e o significado do fenómeno em causa. Na perspetiva do investigador “...a abordagem qualitativa é aquela onde o investigador obtém conhecimento baseado em primeiro lugar na perspetiva construtivista, ou seja, múltiplos significados históricos com o objetivo de desenvolver uma teoria ou padrão, na perspetiva participativa ou em ambas” (Creswell, 2003:18).

Na vertente psiquiátrica o estabelecimento da relação terapêutica é algo que é primordial. Esta só pode ser iniciada e mantida através de um contato face a face e no desenvolvimento do diálogo e do narrar. Na ótica de Duarte (2007), a melhor forma de compreender o *recovery* é partir das narrativas<sup>1</sup> das pessoas com experiência de doença mental e das suas experiências vividas e pessoais de *recovery*. Estas narrativas são de uma riqueza imensa, apresentando uma diversidade de definições de *recovery* e de descrições das estratégias, suportes e atividades que facilitaram e promoveram esse processo.

Por outro lado, também nos baseamos nas práticas do SRP do Hospital de Magalhães Lemos EPE, sustentadas pelo modelo biopsicossocial, que incluíram a observação participante (uma vez que a investigadora do estudo exerce as suas funções profissionais neste local), a consulta de documentos nomeadamente processos clínicos. Em todo este processo tivemos sempre a preocupação de adotar uma visão holística da pessoa com doença mental e neste sentido valorizar a sua perspetiva subjetiva e principalmente as suas perceções.

---

<sup>1</sup>\_\_\_\_\_

Neste estudo quando nos referimos ao termo *narrativas* referimo-nos ao ato das pessoas relatarem algo e não à técnica metodológica.

## 2.2. Grupo de estudo

O grupo estudado pertence ao universo do SRP do HML- EPE, recorreremos a caso múltiplo sendo o tipo de amostragem por contraste/saturação. A saturação é definida por Guerra (2006:42) como *“um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador – ou a equipa – têm a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto da pesquisa.”*

Na metodologia qualitativa nem sempre o número de elementos que constituem o grupo em estudo é grande. Pretendemos que seja constituída por *“...uma pequena dimensão de sujeitos «socialmente significativo» reportando-os à diversidade das culturas, opiniões, expectativas e à unidade do género humano”* (Guerra, 2006: 20).

Neste seguimento consideraremos os seguintes critérios de inclusão, como base para a seleção do nosso grupo de estudo:

- (i) Elementos com faixa etária correspondente a 18-65 anos, quando iniciaram a frequência no SRP (3 elementos do género feminino e 3 do género masculino);
- (ii) Com diagnóstico enquadrado nas perturbações de humor e especificamente nos episódios depressivos;
- (iii) Seguimento em psiquiatria superior a 6 meses<sup>2</sup>;
- (iv) Estabilizados sob o ponto de vista clínico e sem internamentos completos<sup>3</sup> nos últimos 6 meses.

---

2

De acordo com Gusmão et al. (2005) a duração média de uma perturbação depressiva equivale a 27 semanas.

3

O internamento completo corresponde ao internamento em serviço de agudos por descompensação clínica, existindo necessidade de cuidados especializados permanentes.

Quadro n.º 4: Caracterização do grupo de estudo

	Idade	Habilitações literárias	Estado civil	N.º de Filhos	Profissão	Situação Profissional Atual	Naturalidade	Tempo de doença
<b>Entrevistado 1</b>	52 anos	9º ano	Viúvo	1	Instalador de redes	Desempregado	Porto	2 anos
<b>Entrevistada 2</b>	41 anos	5º ano	Casada	0	Costureira	Reformada por invalidez	Porto	6 anos
<b>Entrevistada 3</b>	49 anos	4º ano	Casada	1	Empregada doméstica	Desempregada	Castro d' Aire	2 anos
<b>Entrevistado 4</b>	49 anos	9º ano	Casado	2	Empregado da construção civil - pintor	Desempregado	Porto	4 anos
<b>Entrevistada 5</b>	51 anos	4º ano	Divorciada	2	Empregada de limpezas	Desempregada	Porto	5 anos
<b>Entrevistado 6</b>	62 anos	9º ano	Divorciado	1	Vendedor comercial	Baixa médica	Porto	3 anos

### 2.3. Instrumentos e Procedimentos

Numa investigação a recolha de dados constitui uma etapa que deve implicar rigor científico no que diz respeito à seleção e aplicação de métodos porque são estes que nos vão fornecer a informação necessária para realizamos uma pesquisa integral (Bell, 2004).

Como técnica principal da nossa investigação optamos pela entrevista semi-estruturada. Para Minayo (1994), citado por Lima et al. (1999) a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos. Esta técnica enquadra-se no nosso objetivo de estudo na medida em que pretendemos recolher as perceções e as vivências de pessoas que sofrem de depressão relativamente à sua perceção de qualidade de vida e de que forma a frequência num serviço de reabilitação psicossocial poderá ter influência na (re) construção deste conceito. São ainda especialmente úteis na recordação de eventos passados que só são passíveis de serem revividos através das memórias.

Maia (2001:202) justifica que as entrevistas semi-estruturadas, são consideradas mais válidas quando se pretende avaliar a presença ou ausência de depressão clínica, ou seja, *“utilizando uma metodologia qualitativa é possível aceder às construções de*

*significado da população deprimida, dando assim origem a uma forma de conhecimento baseada na própria experiência de ser deprimido”.*

Para operacionalizarmos a nossa entrevista foi necessário a elaboração de um guião de entrevista. Este passou por três passos até alcançarmos a versão final. O primeiro implicou uma revisão bibliográfica que resultou na primeira versão da entrevista, o segundo foi a análise o guião por painel de peritos constituído por especialistas na área e em último lugar foram realizadas entrevistas exploratórias a duas pessoas, que cumpriam os critérios de inclusão mas que não constituíram o grupo estudado.

Em todas as entrevistas foram aplicados alguns princípios éticos fundamentais para quem utiliza este método que é informar correctamente o entrevistado acerca dos objetivos da investigação, garantir a confidencialidade dos dados recolhidos e passar o termo de consentimento informado utilizado no Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

Do ponto de vista relacional *“a entrevista exige que seja estabelecida uma relação de confiança entre entrevistador e entrevistado e neste sentido deve se mantida a neutralidade, o controlo de juízos de valores, a escuta ativa, a clareza, a exposição de ideias e a devolução de resultados”* (Guerra, 2006: 22).

Todas as entrevistas foram marcadas previamente, através de contacto pessoal dentro do horário de funcionamento do SRP, e foram conduzidas no gabinete de terapia ocupacional do referido serviço que reuniu as características consideradas indispensáveis para a sua aplicação, ou seja, local livre de ruídos perturbadores e de interrupções, espaço que fomente a imparcialidade mas que promova a confiança. A duração média das entrevistas foi de 18 minutos, foram gravadas no telemóvel da investigadora, que esteve sempre visível, no decorrer do mês de janeiro deste ano.

Como complemento à nossa recolha de dados utilizamos a observação participante. Esta tem *“(...) tem origem na antropologia e na sociologia e é geralmente utilizada na pesquisa qualitativa para coleta de dados em situações em que as pessoas se encontram desenvolvendo atividades em seus cenários naturais, permitindo examinar a realidade social* “(Holloway ,Wheeler, 1996, citado por Lima 1999: 131-132).

Considerou-se esta opção pelo facto da investigadora exercer a sua prática profissional no local onde se realizou o estudo permitindo-lhe desta forma estabelecer relações de maior ou menor proximidade com os elementos do grupo, observar outro

tipo de interações e situações que não são possíveis aquando da aplicação da entrevista, nomeadamente a participação nas actividades de terapia ocupacional e a frequência nos ateliers terapêuticos.

Também se revelou fundamental a pesquisa bibliográfica, documental e a consulta de processos clínicos pois ajudou-nos a definir e enquadrar o objeto de estudo, bem como forneceu importantes dados sobre os procedimentos metodológicos e consequente interpretação e interligação dos resultados obtidos com a literatura.

#### **2.4. Análise de conteúdo e sistema categorial**

Para interpretação dos dados recolhidos utilizamos a análise de conteúdo na função heurística na medida em que se enquadrava melhor com a tipologia da nossa investigação. Bardin (1977: 38) define-a como um *“conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.”*

Guerra (2006:62) considera a análise de conteúdo como uma técnica que *“(…) tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teóricos-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência.”*

A elaboração da categorização constituiu o passo seguinte nos procedimentos de análise. De acordo com Bardin (1977: 119) *“A análise de conteúdo assenta implicitamente na crença de que a categorização não introduz desvios no material mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados brutos”*.

Para que o sistema categorial seja válido as categorias devem obedecer a determinados critérios. Bardin (1977:36) propõe que estas devem ser: homogéneas, sem misturas de conteúdos; exaustivas, esgotar a totalidade da informação; exclusivas, ou seja, um mesmo elemento de conteúdo não pode ser classificado em duas categorias diferentes; objetivas, no que diz respeito aos resultados que se quer obter; adequadas ou pertinentes em relação ao conteúdo e objectivo do estudo.

As entrevistas foram transcritas integralmente para papel, constituindo o *corpus* do trabalho.

Foram construídas duas categorias de análise, elaboradas *à posteriori*, que se subdividiram em subcategorias e que podem ser observadas no quadro n.º 5, abaixo exposto. De forma a garantir maior fiabilidade, recorreremos a revisão por pares, em que o *corpus* do trabalho foi analisado pela autora e por duas peritas nos temas abordados (Creswell, 2003).

**Quadro n.º 5: Descrição das categorias e subcategorias de análise**

Categoria	Subcategorias
1- O percurso da doença	1.1.O início da doença: sintomas e auto conhecimento sobre a mesma  1.2. Encaminhamento para a psiquiatria e para o serviço de reabilitação psicossocial
2- Qualidade de vida	2.1. Perceção de qualidade de vida  2.2. A qualidade de vida e a frequência no SRP  2.3. Como melhorar a qualidade de vida

Na busca “*de atribuir maior rigor à análise dos dados recolhidos, mesmo tendo sido opção pautar esta pesquisa pelo nosso olhar pessoal, recorreremos às estratégias da triangulação teórica e da triangulação metodológica*” (Burgess, 2001 citado por Portugal, 2010).

De acordo com Carmo e Ferreira (1998:219), citado por Portugal (2010) a observação participante consiste “num trabalho de campo prolongado” na medida em que o investigador fica “imerso na cultura em estudo”. Tal como no estudo desenvolvido por Portugal (2010:34), ao longo do presente trabalho “cruzamo-nos com algumas dificuldades na decisão a tomar, mas quando tal acontecia, voltávamos ao ponto de partida e refletíamos sobre os objetivos ajustando os procedimentos metodológicos Ainda como sucedeu com a anterior autora, “*mantivemo-nos atentos e alertas para a possibilidade de incluir mais informação que se tornasse útil para um conhecimento mais largado e consistente*” sendo claramente esta uma das vantagens de se ser observador participante.

Na análise documental revelou-se fundamental recolher informações junto de: (i) relatórios da OMS e o Livro Verde da Comissão das Comunidades Europeias na busca de dados atualizados sobre o impacto que a patologia depressiva tem a nível mundial e europeu e quais são as medidas que estão a ser implementadas para combater esta doença que atinge milhões; (ii) Plano Nacional de Saúde Mental no sentido de compreender e tomar conhecimento das políticas que futuramente irão ser aplicadas às instituições e departamentos que prestam serviços de saúde mental em Portugal; (iii) documento referente à rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal para obter um maior esclarecimento sobre como se processa o encaminhamento de pessoas com doença mental para os serviços especializados; (iv) história da constituição e início de atividade do Hospital de Magalhães Lemos e sua atual organização; (v) regulamento interno do SRP para realizar uma descrição concisa e precisa sobre o funcionamento deste serviço na tarefa descritiva que se segue; (vi) Decreto-lei que regulamenta e define a profissão do terapeuta ocupacional em Portugal.

## **2.5. Tarefa Descritiva**

### **2.5.1. A Instituição - Hospital de Magalhães Lemos**

O Hospital de Magalhães Lemos nasceu institucionalmente em 1953, com a publicação do Decreto-Lei nº39 306, de 10 de Agosto do mesmo ano, que autoriza o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte a instalar um hospital psiquiátrico, ao qual é dado o nome de Magalhães Lemos, em homenagem a um psiquiatra de destaque na época. Em Outubro de 1962, é inaugurado pelo Ministro da Saúde e Assistência, o primeiro edifício do Hospital, onde fica instalado o Dispensário do Centro de Saúde Mental do Porto, que integra o atendimento de urgência e o Hospital de Dia (HML, 2002)<sup>4</sup>.

---

4

Esta referência bibliográfica refere-se a um documento editado pelo Hospital de Magalhães Lemos pela altura da comemoração dos seus 40 anos de existência.

No primeiro mês do ano de 1970, em consequência de um incêndio, que deflagrou numa das enfermarias do Hospital de Conde Ferreira ocupadas pelos serviços do Estado, são internados os primeiros doentes no Hospital de Magalhães Lemos. Em 1976, na sequência da intervenção do Estado no Hospital de Conde Ferreira, integrado na rede hospitalar pública, o HML passa a designar-se Centro de Saúde Mental Ocidental do Porto, tendo-se igualmente emancipado da sua estrutura os Centros de Saúde Mental de Vila Nova de Gaia, de Penafiel, de Vila Real e Infantil e Juvenil do Porto. Em 1988 é criado, a partir da estrutura do Serviço de Alcoologia do Hospital, o Centro Regional de Alcoologia do Porto, com inteira autonomia (HML, 2002).

Como resultado da publicação do Decreto-Lei nº 127/92, de 3 de Julho de 1992, o Hospital volta a ser considerado Hospital Central Especializado, com a designação original.

Em 1994 inicia-se um processo profundo de beneficiação/remodelação e modernização das instalações e equipamentos do Hospital. Culminando um longo processo negocial e legislativo, é publicado o Decreto-Lei nº 131/98, de 13 de Maio de 1998, que atribui ao Hospital a responsabilidade de assumir parte das funções assistenciais até aí atribuídas ao Hospital de Conde Ferreira, tendo em vista a devolução da sua gestão à Santa Casa da Misericórdia do Porto. A partir de 1 Janeiro de 2002, o HML assume por inteiro essas responsabilidades assistenciais, tornando-se no único hospital especializado em psiquiatria na zona norte (HML, 2002).

### **2.5.2. O Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos, EPE**

Historicamente, a reabilitação surge da necessidade de responder aos reptos da reforma psiquiátrica e em particular da desinstitucionalização. A reabilitação psiquiátrica foi fundamentalmente uma prática profissional que foi inventando caminhos, criando soluções e produzindo um discurso teórico e ideológico, que orienta a sua acção e prática.

Segundo Rodriguez (1996), citado no Regulamento Interno SRP (2010), os principais fatores de aparecimento da reabilitação foram:

- (i) Desinstitucionalização psiquiátrica marcada por um processo de reinserção comunitária dos doentes;

- (ii) Conceção comunitária da Saúde Mental e assistência psiquiátrica que promove a manutenção e integração do doente no meio social da sua escolha;
- (iii) Aparição dos termos “incapacidade” e “desvantagem” no funcionamento psicossocial;
- (iv) Constatação de que a cronicidade não é um curso obrigatório e necessário em todos os casos;
- (v) Limitações dos tratamentos psicofarmacológicos e das terapias tradicionais;
- (vi) Aplicação de novas técnicas de intervenção procedentes da psicologia da aprendizagem social, modificação do comportamento e dos recursos humanos.

Para além doutras vantagens, o processo de reabilitação do doente psiquiátrico, dá aos utentes a ideia dos seus direitos constitucionais e civis, tanto no sentido de não tornar o portador de doença mental objeto de atentados contra o direito, mas também a possibilidade de realizar um tratamento suficiente, racional e adequado, de ter uma casa para viver e de obter alguma inclusão social minimizando a estigmatização (Regulamento Interno SRP, 2010).

O Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos está integrado, conjuntamente com o Laboratório de Patologia Clínica, na Unidade de Electroconvulsivoterapia e a Unidade de Electrofisiologia, no *Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica*, assegurando ainda a prestação de cuidados de reabilitação e reinserção aos doentes de evolução prolongada, internados na Unidade de Apoio (unidade destinada a utentes sem retaguarda familiar e que residem no hospital). Este Serviço dirige a sua intervenção aos utentes pertencentes à área de influência do HML, ou seja, o grande Porto, Matosinhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde, Valongo e Santo Tirso, portadores de doença mental grave e crónica com dificuldades no funcionamento psicossocial e na sua integração comunitária. Tem como principais objetivos:

- a) Favorecer a recuperação ou aquisição de um conjunto de competências pessoais e sociais necessárias ao funcionamento na comunidade, nas melhores condições possíveis de autonomia, normalização e qualidade de vida.
- b) Potenciar a apoiar a sua integração social, facilitando o desempenho de papéis sociais valiosos e normalizados.

c) Oferecer o seguimento, apoio e suporte social de que cada pessoa necessite para assegurar a sua manutenção na comunidade da forma mais autónoma e normalizada possível.

d) Oferecer apoio, orientação e formação às famílias.

e) Apoiar, colaborar e coordenar-se com os serviços de saúde mental de referência, rede social de apoio e outros recursos comunitários, para favorecer e articular uma prestação de cuidado integral e que possibilite processos de reabilitação ajustados às necessidades de cada utente.

f) Favorecer a recuperação ou aquisição do conjunto de conhecimentos, hábitos de trabalho e competências sócio laborais necessárias para aceder e manter-se de forma adequada no mercado de trabalho.

g) Promover e apoiar a sua inserção laboral.

h) Garantir a articulação entre os serviços de saúde e os serviços dependentes da Segurança Social no cumprimento do estipulado no Despacho Conjunto 407/98 (Regulamento Interno SRP, 2010).

Para colocar em prática os objetivos supracitados o SRP dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída pelo director de serviço (médico psiquiatra), enfermeiro chefe, duas enfermeiras especialistas, uma enfermeira graduada, uma psicóloga clínica, uma terapeuta ocupacional, uma técnica do serviço social, uma administrativa, uma assistente operacional e diversos monitores/professores especializados que asseguram os ateliers de: culinária, labores, pintura, natação, educação física, futebol, informática, trabalhos manuais, carpintaria, artes gráficas, cerâmica e expressão cénica.

Do ponto de vista funcional o Serviço de Reabilitação Psicossocial funciona todos os dias úteis, entre as 8 e as 16 horas, de forma contínua, salvaguardando as especificidades decorrentes do funcionamento dos diferentes ateliers/oficinas e dos diferentes grupos profissionais.

Os utentes podem frequentar o Serviço de Reabilitação Psicossocial (nas vertentes ocupacional e de lazer) como complemento do seu processo de tratamento em Internamento Completo nas diferentes Unidades. Quando provenientes da Consulta Externa podem frequentar o Serviço em regime de Hospitalização Parcial segundo duas modalidades: centro de dia e clube terapêutico

O Centro de Dia é uma modalidade de Internamento Parcial que implica a frequência diária dos diferentes programas colocados à disposição dos utentes,

coincidente com o horário do Serviço (8 horas às 16 horas) e reservado a doentes portadores de anomalia psíquica grave com necessidades particulares atendendo ao seu estado clínico, à incapacidade e desvantagem apresentadas. São regularmente seguidos pelo seu médico psiquiatra assistente no que respeita aos tratamentos farmacológicos que demanda (os fármacos são fornecidos pelo Hospital), bem como ao seu processo de alta após articulação com a Equipa do SRP (Regulamento Interno SRP, 2010).

O Clube Terapêutico é igualmente uma modalidade de Internamento Parcial que permite a frequência de algumas actividades (duas ou três vezes por semana em actividades específicas), com o propósito de o utente readquirir competências perdidas, ou adquirir competências julgadas importantes para uma efectiva diminuição da desvantagem, com conseqüente melhoria na sua reintegração socioprofissional. Proposta a sua admissão no Serviço, pelos seus médicos psiquiatras assistentes que os continuam a seguir em consulta externa, são integrados, após avaliação da Equipa e elaboração de Plano Individual de Cuidados, nas actividades e programas que melhor sirvam o utente, no sentido de promover a sua reinserção na vida activa (Regulamento Interno SRP, 2010).

---

## **PARTE III – PROCESSO ANALÍTICO**

Nesta parte foi nosso objetivo analisar e interpretar a informação recolhida no sentido de obter o mais aprofundado conhecimento da realidade escolhida, principalmente através das percepções e narrativas dos nossos entrevistados.

### **3.1 O percurso da doença**

Ao analisarmos as entrevistas pareceu-nos relevante, para melhor compreendermos o percurso da doença de cada pessoa, conhecermos quer o início quer o sentido da doença, assim como o encaminhamento para os serviços especializados. Isto porque estes dois momentos revelaram-se cruciais para o entendimento desse mesmo percurso.

#### **3.1.1. O início da doença: sintomas e auto conhecimento sobre a mesma**

Todos os entrevistados associaram o início da sua doença a um determinado acontecimento e a uma data em concreto, como se pode perceber através dos seguintes discursos: “ *Ora bem parece que foi em 2006, eu fui fazer o exame da mama e acusou um nódulo e fiquei muito em baixo mas depois também foi lá na fábrica*” (Entrev. 2); “ *Já foi há muito tempo, ora (...) fui operada à cabeça em 2004 a um tumor, mas antes já sentia tonturas...qualquer coisinha que acontecia bastava o meu marido ou o meu filho me dizerem alguma coisa que eu começava logo a chorar.*” (Entrev.3)

Nestas duas entrevistadas foram as doenças do foro físico, neste caso doença cancerígena, que desencadearam a sintomatologia depressiva o que vem no enlace do proferido por Gusmão et al. (2005) quando assinala que a depressão ocorre frequentemente em co-morbilidade com outras doenças, agrava a saúde física do paciente e aumenta a incidência de queixas somáticas.

Os restantes entrevistados relataram da seguinte forma como se sentiram relativamente ao aparecimento da sua doença: (...) *eu sempre fui assim, não era uma pessoa divertida ao máximo mas era uma pessoa normalíssima e sinto-me isolado, ou seja, a minha vida particular é esta, do hospital para o cemitério, não posso falhar um dia, e do cemitério para casa e depois não saio mais*” (Entrev. 1); “ *Foi assim de repente mas mais quando fiquei desempregado, estou desempregado há mais ou menos 4-5- anos e não tinha onde me ocupar passava muito tempo em casa e aquilo veio de repente*” (Entrev. 4); “ *Já desde muito nova que tinha problemas, depressões (...) mas*

*prontos durante muitos anos não fiz nada, depois os problemas que tive com o meu primeiro marido, os maus tratos, fui aguentando mas com o 2º marido é que piorei bastante, deixei de trabalhar e ele começou a ser agressivo comigo e depois deixou-me e eu tomei medicação excessiva e estive aqui 15 dias internada”* (Entrev. 5); *“Foi quando as coisas na empresa começaram a ter um rumo um bocado pior, começou haver mau ambiente entre os sócios e eu nessa altura era gerente e aquilo acabou por mexer muito comigo e acabou por ser a maior razão de eu ter chegado onde cheguei”* (Entrev. 6). O relatado vai ao encontro do referido na literatura quanto aos fatores que despoletam a doença depressiva e no que diz respeito à sua múltipla causalidade. O que constatamos no nosso grupo é que os fatores predisponentes relacionam-se na sua maioria com os intitulados *life events*, ou seja, situações de vida traumáticas e/ou stressantes, nomeadamente, falecimento de entes queridos, perda do emprego, problemas laborais, sociais e familiares. Também Baldwin et al. (2002) apontam os fatores psicossociais como os potenciadores de depressão e aqui incluiu-se passar por experiências de infância adversas, dificuldades crónicas sérias, eventos de vida indesejáveis, rede social limitada e baixa auto-estima.

Algo que também está explícito nestes discursos é a forma como os nossos entrevistados sentiram o aparecimento da doença, uns como algo lento e progressivo e outros como episódico e repentino. Também foi notório a maior expressividade e teor descritivo nos entrevistados do género feminino, contrastando com a componente mais diretiva, curta e vaga do género masculino quando expõem as suas condições de saúde/doença e os seus sentires.

Contudo, e segundo Fisher (2001), existe pouca evidência para suportar a perspectiva de que as mulheres são mais expressivas e emocionais que os homens. Estudos desta antropóloga americana que remontam à análise da época da pré-história, referem que o simples facto de existir divisão de tarefas (os homens iam à caça e as mulheres ficavam a tomar conta dos filhos) permitiu desenvolver capacidades e identidades que distinguem o ser masculino do feminino e que ainda hoje são passíveis de ser observadas.

Nas mulheres esta zona proliferou criando uma conexão entre os hemisférios cerebrais mais estreita e eficaz, especialmente na zona do corpo caloso. Esta interligação confere-lhes entre outras capacidades, o pensamento em rede, melhor lateralidade, a capacidade de realizarem várias atividades ao mesmo tempo, visão

holística das situações em que está envolvida, necessidade de estabelecer relações afetivas com as pessoas com quem lidam mais de perto, emotividade e facilidade em exporem os seus sentimentos, os sentidos mais apurados (visão, cheiro, tacto), serem o elo de ligação nos laços familiares e uma visão mais ampla e diversificada perante um problema (Fisher, 2001).

Também foi do nosso interesse compreender qual o conhecimento que os nossos entrevistados tinham sobre a sua doença e se sabiam o que tinham. As respostas obtidas foram as que se seguem:

*“Tenho uma depressão neurótica, não sei o que é mas vi numa carta, numa declaração, eu não sei o que é. Podia ter perguntado mas estou tão pouco com ela (médica)”* (Entrev. 5); *“...nunca me dei há ideia de que era depressão sei que naquela altura bastava o meu marido ou o meu filho me dizerem qualquer coisa que eu começava logo a chorar, se calhar já era depressão na altura não é? Sei que depois de ser operada em 2004, passado algum tempo, talvez seis meses passei a tomar medicação para a depressão”* (Entrev. 3); *“Ora bem...a dra...ora bem...eu não sei muito bem aquilo que tenho, sei que é uma depressão nervosa crónica do sistema nervoso central, soube quando a dra. passou uma declaração”* (Entrev. 2); *“Anteriormente já tive uma depressão onde fui tratado em clínica geral, que ainda hoje é minha médica, foi quando faleceu o meu irmão há 35 anos”* (Entrev.1).

Estes são os únicos entrevistados que dão o nome de depressão à sua doença embora não saibam o que significa. A informação que têm sobre ela é bastante reduzida e pouco construída, foi algo que leram num relatório médico ou simplesmente lhe disseram numa consulta, sem explicações mais concretas e aprofundadas. Esta falta de informação sobre a própria doença pode remeter para duas reflexões plausíveis, uma diz respeito à relação médico-doente e outra para a procura de informação por parte do doente. Relativamente à primeira surgem-nos algumas das questões abordadas por Helman (2003) no que diz respeito às estratégias que os médicos poderiam adotar para melhorar a relação com o doente que passa por compreender a perturbação em todos os níveis da vida do doente não se restringindo apenas aos sinais e/ou sintomas; tratar todas essas dimensões; avaliar o papel do contexto; melhorar a comunicação ajustando a sua terminologia e conhecendo a linguagem específica utilizada por cada doente na explicação da sua doença; aumentar a reflexividade sobre o seu papel como clínico na relação com o doente e respeitar a diversidade de cada pessoa que trata.

Quanto à segunda causa, o pouco interesse manifestado por parte dos entrevistados na busca de mais informação junto dos psiquiatras, pode estar relacionado com o conceito de literacia para a saúde. Este conceito é definido pela OMS como: ” *as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos, conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação para que promovam e mantenham uma boa saúde e que significa mais do que ser capaz de ler folhetos. Ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde e sua capacidade para a usar eficientemente, a literacia para a saúde torna-se crítica para o empowerment pessoal*” (Carvalho, 2002: 127 citado por Leandro et al., 2002).

Tendo em linha de conta que a escolaridade apresentada pelos nossos entrevistados é abaixo do 9ºano, este poderá ser um dos motivos do reduzido conhecimento sobre a sua doença, na medida em que terão menos competências para atuarem e procurarem a informação recebida e também terão menos estratégias para lidarem com o seu processo de doença. Patel et al. (2001) fazem referência ao facto de populações pobres terem uma forte correlação com menores oportunidades para a educação. Apesar de ser um mecanismo ainda pouco claro é provável que a educação seja um determinante para fomentar oportunidades de vida presentes e futuras, que promovem a saúde mental e desta forma possam prevenir a depressão.

De acordo com alguns autores, como Paulo Freire et al. (Carvalho, 2002: 128 citado por Leandro et al. 2002) se conseguirmos aumentar a “*consciência crítica*” daqueles que têm baixos níveis de literacia é possível aumentar o pensamento crítico e consequentemente os estados de saúde/doença.

Dois entrevistados não identificam a sua doença pelo nome, respondem à questão descrevendo o que sentiram na altura e quais as alterações que verificaram no seu normal funcionamento: “*Senti que estava tudo perdido, senti uma forte dor de cabeça, depois comecei a ter situações em que queria estar num caixão, que era o lugar onde me sentia melhor*” (Entrev. 4; 49 anos); “*Era normalmente uma pessoa bem disposta, encarava facilmente os problemas nunca tinha tido nada semelhante*” (Entrev. 6; 62 anos).

Estes discursos sublinham o que Quartilho (2001: 79,80) exprime em relação a algumas doenças, ou seja, “*Transformam-se em metáforas, reflectindo os medos e preocupações das pessoas e traduzindo, ao mesmo tempo, as transgressões morais da sociedade. Logo, falamos de doenças que implicam associações simbólicas, com*

*consequências no modo como os doentes se vêem a si próprios e, também, na forma particular como são olhados, discriminados ou rejeitados, pelas outras pessoas e instituições.”*

Em síntese, podemos afirmar que no nosso grupo de estudo e nos seus discursos não surgiu qualquer referência a conhecimentos teóricos sobre a sua doença e aparentemente nem necessidade para tal. Pareceu sim, existir um desconhecimento significativo sobre a doença mental que padecem, tanto a nível de reconhecimento do seu aparecimento, como da sua própria manifestação e evolução, estando subjacente a necessidade de serem trabalhados alguns dos conceitos que definem a reabilitação psicossocial na atualidade nomeadamente o *recovery* e o *empowerment*, ou seja, neste tipo de serviços direccionados para o *recovery* “*o conhecimento, a experiência e os interesses dos consumidores e das suas famílias são valorizados, verificando-se um reequilíbrio de poder na sua relação com os profissionais à medida que se tornam participantes ativos no planeamento, implementação, prestação de serviços e avaliação dos programas*” (Duarte, 2007: 131). Revela-se fundamental dotar as pessoas portadoras de doença mental com mais informação sobre o seu processo de doença para que as mesmas possam assumir o papel principal na sua reabilitação.

### **3.1.2. Encaminhamento para a psiquiatria e para o serviço de reabilitação psicossocial**

Todos os elementos que constituem o nosso grupo foram encaminhados para a especialidade psiquiátrica através do médico de família. As entradas processaram-se através da via de urgência ou por referência. Normalmente já eram seguidos há alguns meses em clínica geral e os motivos do encaminhamento para a especialidade prendem-se com as dificuldades apresentadas na prescrição da psicofarmacologia e os reduzidos progressos efetuados a este nível. Vejamos as respostas dos nossos entrevistados: “*...a médica de família receitava-me uns comprimidos, para andar mais calma mas depois viu que não dava resultado e mandou-me para aqui*” (Entrev. 2; 41 anos); “*...a médica de família já andava a desconfiar mas andava a receitar-me e depois decidiu mandar-me para cá vai fazer dois anos*” (Entrev. 4; 49 anos); “*Fui encaminhado pela médica de família aqui para o hospital*” (Entrev. 6; 62 anos); “*Fui para a psiquiatria do S. João, pela médica da caixa, uma vez que ela sabia da minha situação e prontos dirigiram-me para aqui*” (Entrev. 1; 51 anos); “*a minha médica de*

*família quando eu estava muito mal mandou-me para o Hospital Pedro Hispano e lá disseram-me que eu precisava de psiquiatria...pelos sintomas que eu apresentava chorar todo o dia, não gostava de ouvir barulhos.”* (Entrev. 3; 49 anos).

Podemos inferir através destes dados que os cuidados primários são incontestavelmente a primeira fonte de contacto e de procura de ajuda por parte dos nossos entrevistados o que vai ao encontro dos dados de Goldberg e Huxley (1980), citado por Left (2001), que afirmam que a grande maioria de doentes com perturbações não psicóticas são tratados nos cuidados primários, mas apenas 5% são referenciados para a psiquiatria.

De acordo com a OMS (1973) os principais motivos que levam a procurar, numa fase inicial, o médico de família prendem-se com o aparecimento da sintomatologia física associada à depressão, o estigma sentido na procura de cuidados psiquiátricos institucionalizados, a possibilidade de poderem transitar para outras especialidades e a relação de proximidade estabelecida entre o clínico geral e o paciente ao longo dos anos de seguimento que permite desenvolver laços de confiança e de proximidade (Rodrigues, 2004).

Contudo, e desde há vários anos, que é neste setor, que se verifica o maior número de falhas na identificação da patologia depressiva. Algumas das razões apontadas para esta lacuna são: a precária formação dos clínicos gerais face à elaboração de diagnóstico de utentes com perturbações psicológicas e o facto de muitos dos quadros depressivos apresentarem sintomas somáticos, o que leva os clínicos gerais a tratarem mais recorrentemente os sintomas físicos deixando “escapar” os que estão mais associados à depressão (Goldberg, Blackwell, 1970 citado por Rodrigues, 2004).

Por outro lado a dificuldade de articulação entre os cuidados primários e a saúde mental é uma realidade identificada e que preocupa as entidades governamentais estando assente no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) algumas soluções que possam promover uma melhoria nesta articulação e que passam essencialmente pela definição com clareza das responsabilidades que cada parte deve ter, pela melhoria dos canais de comunicação, pela formação, criação e aplicação de instrumentos de avaliação de satisfação dos utentes. Apostando-se claramente numa abordagem de saúde mental comunitária onde a ênfase é manter a pessoa com patologia psiquiátrica na sua comunidade residencial reduzindo significativamente os custos com os serviços.

Todos os nossos entrevistados foram encaminhados para o SRP através do psiquiatra assistente que os acompanha no HML-EPE. Quando inquiridos sobre se tinham alguma informação sobre o funcionamento do serviço e o que poderiam esperar do mesmo, ninguém tinha uma noção clara do que poderiam encontrar no SRP, os esclarecimentos fornecidos pelo psiquiatra foram escassos e sucintos como podemos avaliar através das seguintes citações: “ *foi ele (médico) que me aconselhou esta terapia, eu não sabia, eu disse que era uma questão de experimentar*” (Entrev. 1; 52 anos); “ *Vim para aqui há um ano, um ano e pico, comecei a sentir-me melhor pois estava ocupado, foi o médico daqui que me disse que eu precisava de fazer terapia, explicou-me mais ou menos como era isto* “ (Entrev. 4; 49 anos); “ *A médica deu-me uma ideia mas depois fiquei com uma visão mais correcta depois de ter dado uma voltinha pelos serviços, de princípio estava um pouco renitente mas depois com o avançar dos trabalhos e dos dias, comecei a gostar e comecei a achar que era uma belíssima maneira de a gente ocupar o tempo, e de ter a cabeça ocupada sem estar a pensar noutras coisas*” (Entrev. 6; 62 anos); “ *A médica explicou-me que era uma terapia de grupo, prontos para a gente melhorar, para não estar fechada em casa, para me distrair*” (Entrev. 5; 51 anos); “ *A dra. disse que era para eu me distrair, para ter atividades e estar nas atividades*” (Entrev.2; 41anos).

Apenas uma entrevistada apresentou uma ideia mais consistente dos procedimentos do seu encaminhamento: “*Estive internada aqui (HML) em inícios de Abril de 2011 e depois mandaram-me para aqui passada uma semana (...) a médica perguntou-me se eu passava os dias em casa sozinha e eu disse que sim, que não saía de casa, então ela disse-me que havia aqui o serviço de reabilitação onde podíamos fazer várias coisas, na altura disse-me o que havia e eu disse que sim que ia ser bom para mim*” (Entrev. 3:49 anos).

O facto de a maioria dos entrevistados estarem pouco esclarecidos sobre a dinâmica funcional do SRP levanta algumas questões que podem estar relacionadas com a falta de conhecimento que os psiquiatras têm sobre o funcionamento e objetivos do serviço, não podendo desta forma fornecer informações mais específicas sobre o mesmo. Por outro lado o facto de saberem que existe uma avaliação de triagem, uma vez que têm que preencher um modelo de referência para que o utente seja avaliado pela equipa, retira alguma responsabilidade quanto ao esclarecimento de dúvidas que os seus pacientes possam ter. Paralelamente, os nossos entrevistados manifestam alguma

passividade e desresponsabilização perante o seu processo reabilitativo na medida em que aceitam com alguma apatia e com pouco interesse o caminho sugerido pelo médico, colocando nas “mãos” deste o seu futuro sem realizarem muitas questões. Estas características apresentam similaridades com o proferido por Wells et al. (1989) & Stewart et al. (2003), citados por Gusmão et al. (2005), quando descrevem que os doentes deprimidos, experimentam marcadas incapacidades, menor autonomia e níveis mais acentuados de dependência de terceiros, são menos produtivos e apresentam maiores níveis de absentismo.

Nestes mesmos discursos observa-se que a mensagem que os psiquiatras passam sobre o SRP é que este tem a função principal de “distrair os utentes e mantê-los ocupados”, expressões que remetem aos primórdios da história da psiquiatria quando o “ocupar” era aplicado de maneira indiscriminada e sem objetividade. O que apesar de não estar incorreto do ponto de vista do senso comum revela algum desconhecimento sobre os efeitos terapêuticos do mesmo. É evidente que a principal preocupação dos psiquiatras é a promoção das competências sociais e o evitamento do isolamento social, sintoma bastante marcado na depressão. Estes dados sugerem que existe necessidade de melhorar os canais de comunicação entre os diferentes serviços da instituição e de potenciar a partilha de informação sobre o trabalho que é realizado no SRP.

## **3.2. Qualidade de vida**

Com esta categoria foi nossa intenção analisar a informação que obtivemos relativamente à percepção que os nossos entrevistados têm sobre o conceito de qualidade de vida e como encaram a sua própria qualidade de vida no momento presente e num horizonte futuro.

### **3.2.1. Percepção de qualidade de vida**

Com este ponto pretendíamos saber a percepção que cada um dos nossos entrevistados tinha sobre qualidade de vida e como a sentiam no seu dia a dia.

A conceção que os nossos entrevistados têm sobre o conceito de qualidade de vida é algo que não é muito presente no seu dia a dia, aliás a própria terminologia não é

de todo conhecida, senão vejamos: “ *Ter qualidade de vida é saber aproveitar o tempo que nos resta, o tempo que temos, vivê-lo bem, vivê-lo com alegria, não andar desamparado, pronto a medicação também ajuda mas já me sinto como os outros, enquanto antes da medicação e de vir para aqui fechava-me e nem com os de casa falava e agora quero viver*” (Entrev. 4; 49 anos); “ *A ideia de ter estabilidade socioeconómica e familiar e conseguir reunir condições para ter uma vida minimamente estável e sem sobressaltos*” (Entrev. 6; 62 anos).” *Para mim ter qualidade de vida é sentir-me bem, sei lá, já tenho mais vontade de fazer as coisas, embora não fosse como era antes da depressão...*” (Entrev. 3; 49 anos); “ *A minha qualidade de vida é que eu agora já tenho para onde vir, para me deslocar, eu não vindo para aqui (SRP) fecho-me em casa e não sei o que é sair*” (Entrev. 5; 51 anos); “ *...acho que não tenho qualidade de vida, a vida para mim não tem cor não tem significado...para mim ter qualidade de vida era ter uma com a minha mulher*” (Entrev. 1; 52 anos).

A diversidade das respostas obtidas confirma o que a literatura expõe sobre a complexidade que existe em definir qualidade de vida e que na realidade este é um conceito que diz respeito ao próprio e às suas percepções. Existem fatores diversos que influenciam a sua construção como por exemplo: somáticos, psicológicos, sociais, biológicos, económicos, culturais, todos estes enquadrados nas expectativas, aspirações e desejos do indivíduo (Zikmund, 2001). No caso específico da doença mental indicamos que os fatores que contribuem para a qualidade de vida ultrapassam os subjacentes à doença incluindo aspectos relacionados com a assistência e com os recursos comunitários existentes, reforçando a afirmação de Basu (2004) de que a avaliação da qualidade de vida pode fornecer feedback para guiar o melhoramento de determinados serviços de saúde e que essa prestação de serviços não se pode centrar única e exclusivamente na eliminação da sintomatologia mas também em todos os aspectos que envolvem o bem estar do ser humano.

Apenas uma entrevistada demonstrou desconhecimento sobre o termo interrogando-se sobre o próprio significado do conceito: “*Não sei bem o que é isso...deve ser uma coisa boa não é? (...) tenho uma boa qualidade de vida aqui no SRP*” (Entrev. 2; 41 anos). Contudo relacionou-o a algo positivo realizando automaticamente uma associação ao SRP.

Quando dirigimos a questão sobre a sua própria qualidade de vida e como a sentem no presente as respostas obtidas direccionaram-se para as questões relacionadas com a saúde, com a estabilidade económica, com os relacionamentos afetivos satisfatórios, com a realização de atividades que potenciam o bem estar, com a manutenção da funcionalidade diária e com o facto de terem um espaço que fomente a participação social. Seguem-se algumas dessas afirmações: “ *Tenho qualidade de vida que me permite conviver mais com a minha família, viver mais situações de casa de um homem casado, pai de filhos, permite-me saber que tenho que desfazer a barba porque sei que fico mal com a barba grande, permite-me saber que tenho que tomar banho porque sei que começo a cheirar mal perante outras pessoas, permite-me ser aquilo que era*” (Entrev. 4:49 anos); “ *Na económica claro que não tenho...a minha qualidade de vida é vir para aqui, isto é uma atividade onde tenho prazer, saio de casa todos os dias*” (Entrev. 5; 51 anos); “*(...) tenho uma boa qualidade de vida aqui no SRP*” (Entrev. 2; 41 anos). Estes discursos destacam umas das crenças que Polgar & Landry (2004) indicam quando abordam a temática da participação ocupacional, ou seja, na perspetiva destas autoras a participação ocupacional confere sentido à vida, na medida em que a ocupação significativa impulsiona no indivíduo propósito e objetivos de vida. Por outro lado estas respostas também nos remetem para o que Christiansen (2004) explora na relação entre ocupação e identidade. Considera que as escolhas ocupacionais que fazemos ao longo da vida estão influenciadas pelas expectativas sociais e culturais. E que todas as ocupações diárias que desempenhamos são sempre nomeadas, compreendidas e envolvidas no meio social em que vivemos. O relacionamento com as outras pessoas é fundamental para o desenvolvimento da identidade e para a promoção da mesma, de forma aceitável e satisfatória para o próprio e para os outros, sendo esta dialéctica vital para o ser humano.

Ambas as óticas corroboram a importância da saúde mental e o seu papel na sobrevivência humana realçando o ser humano como um ser social cujos níveis de interação social são determinantes universais do bem estar de todas as culturas. A saúde mental é um produto social, a sua presença ou ausência é sobretudo um indicador social e por este motivo requer uma solução social bem como individual (Friedli, 2009).

Também obtivemos respostas mais curtas e com um horizonte de esperança mais reduzido fruto de determinados *life events*: “*Acho que não tenho, a vida para mim não tem significado, não tem cor*” (Entrev. 1; 52 anos); “*Neste momento acho que não*

*tenho muita porque enfim continuam os problemas com os tribunais”* (Entrev. 6; 62 anos).

Resumindo, a diversidade das respostas remete para o que muitos estudos relatam sobre os aspectos que os pacientes apontam como redutores da sua qualidade de vida entre eles o de Basu (2004: 40) que alude: “ (...) *a falta de dinheiro, preocupações com as questões de saúde, relações sociais e familiares pobres, questões relacionadas com a segurança pessoal consistentemente emergem como fatores adversos na qualidade de vida dos pacientes*”. Também Zidmunt (2001) enumera vários estudos onde se foca a interação entre vários aspetos que têm um papel significativo na saúde/doença do ser humanos são eles: certas características de personalidade, suporte social e/ou isolamento, fatores socioeconómicos, comportamentos que influenciam o aparecimento de doença menta e física e outras complicações. Por este motivo os níveis de stress mental nas comunidades devem de ser compreendidas menos em termos de patologia individual e mais como uma resposta à privação e justiça social, que corrói os recursos emocionais, espirituais e intelectuais essenciais para o bem estar psicológico. (Friedli, 2009).

### **3.2.2. A qualidade de vida e a frequência no Serviço de Reabilitação Psicossocial**

Esta subcategoria teve como principal objetivo auscultar o impacto que a frequência no serviço de reabilitação psicossocial tem na qualidade de vida dos nossos entrevistados e principalmente em que domínios de vida sentem, eventualmente, mais alterações.

Assim, os domínios transversais a todas as respostas foram o social, a autonomia e a funcionalidade. Foram unânimes ao afirmarem que a frequência no SRP alterou positivamente o seu modo de vida: “*Alterou como é que hei-de explicar, de espaço, de tempo, de não estar isolado mas de cor não me sinto menos isolado, de resto mais nada*” (Entrev. 1; 52 anos); “*A minha qualidade de vida é que melhorou ao vir para aqui, porque eu não queria sair, nem me vestir para ir à mercearia, isto (SRP) é uma atividade, eu tenho prazer, saio de casa todos os dias ou quase todos os dias, isto para mim é ter uma boa qualidade de vida, demoro uma hora e tal a cá chegar mas venho sempre bem-disposta*” (Entrev.5; 51 anos); “*Sim, sem dúvida mas muito mesmo, eu*

*acho que em tudo mudei em mim desde que estou aqui por exemplo fora daqui, agora no natal fui à aldeia uma semana estava tudo muito bem pois estava com a minha família mas passado 3-4 dias já queria vir embora para vir para aqui, para conviver com estas pessoas, aqui sabem compreender melhor do que as pessoas lá de fora, lá fora, nem estou a falar do meu marido e do meu filho pois eles desde sempre compreenderam embora não totalmente pois só quem passa é que sabe totalmente como é, muita gente pensa que a depressão é uma mania nossa e acham que não é doença mas para mim isto é uma doença grave pois a gente sente-se em determinadas alturas em que não apetece viver é tudo igual mas não tem nada haver de antes de eu vir para aqui” (Entrev. 3; 49 anos); “ Tenho uma boa qualidade de vida aqui (SRP), em casa o marido está desempregado, há dias em que ele está bem, há outros dias que lhe dá aquelas coisas, ele também anda aqui na psiquiatria...” (Entrev. 2; 41 anos).*

O SRP revela ser um espaço que transmite segurança e proteção para que os seus utentes possam desenvolver e treinar as suas relações sociais, algo que todos assinalam como a maior alteração que sentiram na sua vida quando iniciaram a frequência no SRP. Mostra que do ponto de vista social, quer por motivos da manifestação da própria doença ou por falta de suporte social e/ou familiar, todos os nossos entrevistados estavam isolados socialmente, algo bastante comum em pessoas que sofrem de doença mental. Por outro lado o SRP promove um ambiente em que os seus utentes sentem que estão entre iguais e que podem ser eles próprios, na medida em que são compreendidos e apoiados por profissionais e utentes, encontrando novas formas de relacionamento e novos laços sociais. De acordo com Onken et al. (2002), citado por Duarte (2007) um serviço que esteja orientado para o *recovery*, entre outras coisas, promove a dimensão social e esta ocorre através da participação social e das relações com os outros.

A própria organização e dinâmica do serviço, que se encontra estruturado em diferentes ateliers, permite o envolvimento em ocupações distintas e que facultam a interação com os profissionais de saúde, monitores e utentes, facilitando a descentralização das suas problemáticas, a reestruturação de padrões de desempenho e o encontrar de novos significados ocupacionais impulsionando uma reorganização interna e uma nova adaptação à sua condição humana. Esta dinâmica confere o que Yalom & Leszcz (2006) expandiram no seu vasto trabalho sobre a vivência dos grupos, ou seja, independentemente do tipo e da abordagem utilizada, o funcionamento em grupo permite o desenvolvimento de fatores terapêuticos, entre eles, a coesão, esperança,

universalidade, informação participada, catarse, desenvolvimento de competências sociais entre outros.

Contudo existiram algumas afirmações que apesar de reforçarem a melhoria do ponto de vista social ainda está muito patente nos seus discursos o facto de não se sentirem integrados na comunidade: *“Socialmente melhorou agora já falo com as pessoas, já pelas pessoas e já não penso que elas estão a olhar para mim, que dizem saber alguma coisa de mim. Mas lá fora é diferente todos me conhecem, me podem apontar o dedo por isto ou por aquilo, aqui vivo sem problemas nenhuns”* (Entrev. 4; 49 anos); *“Ora bem, modificar, modificar não terá modificado muito mas melhorou substancialmente. Na altura em que vim para era uma pessoa muito presa aos problemas sempre a pensar na mesma coisa, extremamente ansiosa e aqui com as atividade e com o convívio com as outras pessoas essa situação diluiu-se o bastante, aqui estou entretido, estou absorto no que estou a fazer e não penso nos problemas e nas complicações que tenho cá fora.”* (Entrev. 6: 62 anos).

Em ambas as respostas ressalta o tema do estigma na doença mental, problemática bastante abordada nos últimos anos mas que foi estudada inicialmente por Goffman em 1963. Efetivamente esta ainda é uma temática muito pertinente na atualidade mas com um passado já construído. O mesmo autor na sua obra *Estigma* faz referência, no capítulo que dedica à identidade do eu, que em determinada altura o indivíduo estigmatizado sente que o seu grupo real será *“(…) o agregado de pessoas que provavelmente terão de sofrer as mesma privações que ele sofreu porque têm o mesmo estigma”*. (1963: 123-124)

Em suma pode-se afirmar que o SRP do HML-EPE coloca em prática objetivos preconizados para a reabilitação psicossocial e dentro destes destacamos a promoção da integração na comunidade, a centralização na integração social, a fomentação do envolvimento ativo e participativo e melhorar a qualidade de vida, o que vai ao encontro do descrito por Duarte (2007: 128) de que: *“O recovery da doença mental envolve muito mais do que o recovery da doença em si mesma. As pessoas com experiência de doença mental podem ter que recuperar dos efeitos da institucionalização e do estigma social que ela provocou, da discriminação e do isolamento, da falta de oportunidades de auto-determinação e de participação social.”*

### 3.2.3. Como melhorar a qualidade de vida

Este último ponto teve como principal objetivo auscultar o grau de envolvimento e de iniciativa que os nossos entrevistados têm quanto ao facto de poderem melhorar a sua qualidade de vida. As respostas obtidas estão repletas de desânimo, de pouca esperança quanto ao futuro no que diz respeito às oportunidades de trabalho, de melhorar as condições económicas, de melhorar o estado de saúde, de encontrar uma pessoa com quem partilhar a vida, no fundo preocupações inerentes a qualquer ser humano. Estas são as suas palavras: “ *Ter uma relação com a minha mulher é ter qualidade de vida, troquei tudo por ela, minha mulher era tudo, eu depois disso acontecer perdi tudo, perdi ambição, perdi tudo*” (Entrev. 1; 52 anos); “*Poderia melhorar se eu tivesse talvez um emprego, os trabalhos domésticos agora não dá pois ia estar sozinha na mesma...mas acho difícil pois da maneira como vejo isto, não vejo solução*” (Entrev. 3; 49 anos); “ *Neste momento precisava de resolver os problemas que tenho e retomar os hábitos que tinha dantes e se possível ainda trabalhar mais uns anos arranjar uma ocupação, enfim, neste aspecto acho que poderia melhorar. Gostava de fazer um trabalho mais sedentário, uma tabacaria, um café, uma coisa deste género, gosto do contato com outras pessoas embora me isole bastante*” (Entrev. 6; 62 anos); “ *Eu gostava de melhorar quando estou a arrumar ou a fazer qualquer coisa de ir até ao fim pois faltam-me as forças e atira-me assim para a cama, não tenho forças, não sei se é da diabetes ou do sistema nervoso*” (Entrev. 2; 41 anos); “ *Acho que está nas mãos do médico, se eu tirar a medicação não existo, a medicação livrou-me dos meus problemas mentais, posso voltar aos tempos passados, parecia um bicho do mato, pensei em suicídio mas não tive essa coragem, é preciso muita coragem. Falta-me ganhar dinheiro eu atualmente nem em casa faço, pintar, gostava bastante do que fazia...entrava num apartamento, isto é para pintá-lo, depois entrava num quarto sem cor, as a paredes meias avariadas, depois arranjar as paredes, preparar para pintar e depois quando via o quarto pronto sentia-me realizado, isso era muito fixe e depois andava sempre a olhar para o fiz pois eu gostava mesmo do que fazia*” (Entrev. 4; 49 anos); “*Ora bem, precisava de ajuda económica, eu sinto-me muito contra isso mas agora olho e vejo pessoas na rua e sei que um dia os meus vão fazer a vida deles e eu vou ficar sozinha, portanto gostava de arranjar uma pessoa que gostasse de mim e eu gostasse dela (...) estou sozinha há quatro anos*” (Entrev. 5; 51 anos).

Os nossos entrevistados manifestam vontade de alterar alguns aspetos da sua vida, contudo sentem-se impotentes e colocam essas mudanças nas mãos de terceiros, como por exemplo nos médicos ou na própria sociedade. Este facto pode estar relacionado com a reduzida capacidade de *insight*, de energia e de motivação que os doentes mentais apresentam para melhorar a sua situação de vida. Fazem igualmente referência aos problemas de saúde que têm e como isso os limita na procura e na reestruturação de novos papéis, hábitos e rotinas de vida. Algo que também está manifesto em relatos de pessoas com depressão são o ajustamento social baixo, *life events* negativos e pouca satisfação com os seus papéis sociais, como causas da sua reduzida qualidade de vida (Atkinson et al., 1997).

Paralelamente a diversidade de domínios de vida que apontam como potenciadores da melhoria da qualidade de vida refletem a dificuldade que manifestam em definir este conceito, uma vez que esta resulta de uma combinação de inúmeros factores e é nesta linha que assenta o processo de *recovery* pois de acordo com Onken et al. (2002), citado por Duarte (2007), este deve englobar uma série de componentes entre eles a família, os amigos, os pares, os colegas de trabalho, os vizinhos e também o acesso aos recursos sociais como a habitação, o rendimento, o emprego, a educação.

---

## CONCLUSÃO

Este estudo veio acrescentar novas perspectivas e sobretudo novos saberes sobre a percepção que pessoas com depressão têm sobre qualidade de vida, como sentem a sua doença, que conhecimentos reúnem sobre a mesma, quais os mecanismos que adotaram para lidar com a doença, como analisam a sua frequência num serviço de reabilitação psicossocial, qual o impacto que esta integração teve na sua qualidade de vida e como podem melhorar o seu futuro a este nível.

Do nosso ponto de vista - e aqui assinalamos o nosso papel de observador participante e de profissional que desenvolve funções no serviço onde decorreu o nosso estudo - os dados que recolhemos são de extrema importância, pois permitiram-nos refletir sobre a nossa prática profissional algo que nem sempre é possível dada a própria dinâmica das instituições, voltada fundamentalmente para o fazer.

Concomitantemente, consideramos que este estudo também poderá ser uma mais valia para toda a equipa multidisciplinar do SRP, pois aqui se reúnem relatos de utentes que frequentem este serviço e usufruem dos serviços prestados por todos elementos da equipa, considerando-se que sem uma estreita colaboração entre todos, dificilmente as intervenções têm sucesso.

Resumidamente, podemos afirmar que os nossos entrevistados têm um período de frequência no SRP superior a 12 meses, foram maioritariamente encaminhados para a especialidade psiquiátrica através do médico de família ou então deram entrada através serviço de urgência de psiquiatria da área metropolitana. Revelam ter pouco conhecimento sobre a sua doença e escassa motivação para procurarem mais informações, pelo menos junto dos psiquiatras que os seguem no HML - EPE. Também foi proeminente o sentimento que assinalaram relativamente ao estigma sentido quando inseridos em contextos na comunidade e mesmo na família. Neste enlace, parece-nos fundamental o sugerido por Corrigan et al. (2003), quanto à implementação de programas terapêuticos na comunidade, pois implica um maior contacto com as populações locais, traduzindo-se numa ferramenta poderosa de redução do estigma e um desvio do enfoque da incapacidade para a potencialidade do indivíduo e para a melhoria da qualidade de vida. Este sim, parece ser o caminho para o futuro.

Quanto ao conhecimento que tinham sobre o funcionamento do SRP, antes de iniciarem a sua frequência, era praticamente nulo. Contudo, manifestaram disponibilidade para iniciar esta nova etapa proposta pelo psiquiatra. A percepção que o grupo estudado tem sobre qualidade de vida é difusa e pouco clara, que vai ao encontro

do descrito na literatura de que o conceito de qualidade de vida é complexo e subjetivo, estando amplamente influenciado pelas aspirações e perceções de cada um. Foi unânime que todos os nossos entrevistados consideram que a sua frequência no SRP melhorou a sua qualidade de vida, nomeadamente nas relações sociais, no desempenho das atividades de vida diária, principalmente na higiene e aprumo pessoal, no encontrar de um espaço em que são compreendidos e acarinhados e em que podem descobrir novas formas de interagirem e de se reencontrarem consigo próprios. No que diz respeito à promoção da sua qualidade de vida futura, verifica-se alguma incapacidade e uma relativa desresponsabilização, podendo este facto ser justificado pelo que Rapport et al. (2005) apontam como os fatores específicos da doença, ou seja, a severidade dos sintomas, a comorbilidade com outra sintomatologia, a duração da doença e os fatores demográficos, que produzem efeitos negativos na qualidade de vida de pessoas com doença mental.

Como qualquer trabalho de investigação, sentimos que muito ainda ficou por explorar, que outras abordagens poderiam ser acrescentadas e redimensionadas mas, como alguns autores sugerem, qualquer estudo nunca fica na sua globalidade terminado.

Esta indeterminação permite-nos reconhecer as limitações do nosso estudo e avançar com sugestões para próximos estudos dentro deste âmbito. Assim consideramos que algumas das nossas limitações foram o número de elementos, que constituíram o nosso grupo de estudo, que ganharia uma maior notoriedade e impacto a nível de resultados, se fosse aumentado. O facto de a pessoa que realizou as entrevistas ser um elemento da equipa do SRP poderá ter retirado alguma neutralidade, tanto na condução das entrevistas, como na análise dos resultados.

As sugestões que apontamos para estudos futuros são a realização de um estudo intra institucional que pudesse auscultar qual a representação que os psiquiatras têm do SRP, analisar com maior profundidade os diferentes domínios que constituem o conceito de qualidade de vida e realizar um estudo comparativo entre pessoas com doença mental que frequentam o SRP e fóruns sócio ocupacionais no que diz respeito à inclusão social e perceção de estigma.

## Bibliografia

AINSWORTH, Patricia (2000). *Understanding depression*, Jackson. University Press of Mississippi.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *DSM V*, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition, American Psychiatric Association.

ATKINSON, Mark, ZIBIN, Sharon, CHUANG, Henry, (1997). “Characterizing quality of life among patients with chronic mental health illness: a critical examination of self-report methodology”. *Am J Psychiatry*, 154:1 pp.99-105.

ATKINSON, Robert (1998), *The life story interview*. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.

BALDWIN, David S. & BIRTWISTLE, John (2002). *An atlas of depression*. Boca Raton, London, New York, Washington d.c., The Parthenon Publishing Group.

BASU, Debasish (2004). “Quality-of-life issues in mental health care: past, present, and future”. *German Journal of Psychiatry*, 7 (3): 35-43).

BEARD, J.H., PROPST, R.N. & MALAMUD T.J. (1982). “The Fountain House model of psychiatric rehabilitation”. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 47–53.

BECKER, D.R., DRAKE, R.E., FARABAUGH, A. & BOND, G.R. (1996). “Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs”, *Psychiatric Services*, 47(11), pp.1223–1226.

BEEL, Judith ( 2004). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa, Gradiva

BELL, M., & LYSAKER, P. (1996). “Levels of expectation for work activity in schizophrenia: Clinical and rehabilitation outcomes”. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), pp.71–76.

BOND, G., DRAKE, R., MUESER, K. & LATIMER, E. (2001). “Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness - Critical Ingredients and Impact on Patients”. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), pp.141-159.

BOURAS G. & LYKOURAS L. (2011). “The economic crisis and its impact on mental health”. *Encephalos*, 48 (2): pp.54-61.

BOWLBY, John (1985), *Perda, tristeza e depressão*, São Paulo, Martins Fontes (Colecção Psicologia e Pedagogia).

CARVALHO, Graça Simões de (2002), “ Literacia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde”. In LEANDRO, Maria Engrácia, DE ARAÚJO, Maria Marta Lobo, COSTA, Manuel da Silva (coordenadores) (2002), *Saúde: as teias da discriminação social*, Atas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social. Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga

CANAVARRO, Maria Cristina, PEREIRA, Mário Simões, PINTASSILGO, Ana Luísa & FERREIRA, Andreia Pinto (2008). “ Estudos psicométricos da versão portuguesa do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da OMS (WHOQOL-HIV). *Revista de Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol.9, n.º1.

CHRISTIANSEN, Charles H. (2004), “Occupation and Identity: Becoming who we are through what we do”. In CHRISTIANSEN, Charles H., TOWNSEND, Elisabeth A. (ed.) (2004). *Introduction to Occupation: the art and science of living* Prentice Hall New Jersey

*CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO* (1993), *CID - 10*, Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre, Artes Médicas.

CORRIGAN, P. *et al.* (2003). “Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness”. *Psychiatric Services*, 54, pp.1105–1110.

COLE, Marilyn (1998). *Group Dynamics in Occupational Therapy*. Grove Road, Slack.

CRESWELL, John W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed approaches*. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.

CREEK, J., & Lougher, L. (2008). *Occupational Therapy and Mental Health*. 4<sup>a</sup> ed, Elsevier Health Sciences. Acedido em: 7 de Janeiro de 2014.

CREEK, Jennifer (ed.) (1990), *Occupational Therapy and Mental Health*, Edinburgh, London, Melbourne, New York, Churchill Livingstone.

DEAKIN, J. F, William (2001). “ Compreender a serotonina e o seu papel na psicopatologia comum”. In TANSELLA, Michele, THORNICROFT, Graham, *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 43-58.

DRULHE, Marcel (1996). *Santé et Société, le façonnement sociétal de la santé*. Paris, PUF.

DUARTE, Teresa (2007), “Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental”, *Análise Psicológica*, 1 (XXV) pp. 127-133.

EGAN M. (2010). “A critical reflection on occupational therapy within one Assertive Community Treatment team”. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(2), pp.67-71.

FARKAS, M., GAGNE, C. & ANTHONY, W.A. (2001). “Recovery and rehabilitation: A paradigm for the new millennium”. In *La reabilitacion psicossocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, 1(7/8), pp.13–16.

FARKAS, M.D., COHEN, M. & NEMEC, P. (1988). “Psychiatric rehabilitation programs: Putting concepts into practice”. *Community Mental Health Journal*, 24(1), pp.7–21.

FISHER, Helen (2001). *O primeiro sexo: como as mulheres estão a mudar o mundo*. Lisboa, Editorial Presença.

FRIEDEL, Lynne (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. In World Health Organization Regional Office for Europe.

GUERRA, Isabel Carvalho (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Estoril, Principia.

GARCIA-TORO, Mauro & AGUIRRE, Iratxe, (2007). “ Biopsychosocial model in depression revisited”. *Medical Hypotheses*, 68, pp.683.691.

GOFFMAN, Erving (1963). *Estigma- Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 4ª edição.

GONÇALVES, Amadeu Matos (2006). “A doença mental: determinação individual ou construção social”. *Millenium Revista do ISPV*, Nº 32, pp. 163- 168.

GUSMÃO, R., XAVIER, M., HEITOR, M.J., BENTO, A. ALMEIDA, C. (2005). “O Peso das Perturbações Depressivas. Aspetos epidemiológicos globais e necessidade de informação em Portugal”. *Ata Médica Portuguesa*, 18, pp.129-146.

HAGEDORN, Rosemary (1992). *Occupational Therapy: foundations of practice*, Churchill Livingstone. Edinburgh, London, Melbourne, New York.

HELMAN, Cecil, G., (2003). *Cultura, Saúde e Doença*. São Paulo, Artemed Editora, 4ª edição.

HIRDES, Alice & KANTORSKI, Prado (2004), “ Reabilitação Psicossocial: objetivos, princípios e valores”. *Revista de Enfermagem UERI*, 12, pp. 217-221.

JORGE-MONTEIRO, Fátima & MADEIRA, Tânia (2007). “Considerações sobre doença mental e comunicação social”. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), pp. 97-109.

KING, Robert, LLOYD, Chris & MEEHAN, Tom (2007). *Handbook psychosocial rehabilitation*. Blackwell Publishing

KIELHOFNER, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application*, Baltimore, Lippincott Williams & Wilhins.

KUBINA, L. (2000). Assertive Community Treatment: Risk, Challenge & Opportunity. *Canadian Association of Occupational Therapists*. Acedido a 10 de fevereiro 2014 em <http://www.caot.ca/otnow/sept00-eng/sept00-assertive.cfm>

LAFRANCE, Michelle N. & STOPPARD, Janet M. (2006). “Constructing a non-depressed self ”. *Feminism & Psychology*, Vol. 16, nº3, pp. 307-325.

LEANDRO, Maria Engrácia (2001). “A saúde no prisma dos valores da modernidade”. *Revista Trabalhos Antropologia e Etnologia*, Vol. 41 (3-4), Porto, pp. 67-93.

LEFF, Julian (2001). “The state of evidence: mental health services and barriers to implementation”. In World Health Organization (2001) *Mental Health: a call for action*, Geneva.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva, DE ALMEIDA, Maria Cecilia Puntel & LIMA, Cristiane Canduro (1999). “ A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Vol. 20, pp.130-142.

LIRA, Geison Vasconcelos, CATRIB, Ana Maria Fontelle & NATIONS, Marilyn K. (2003). “A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método”. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, Vol. 16, (1/2), pp. 59-66.

LIPOVETSKY, Giles (1989). *A Era do Vazio*. Relógio d`Água.

LONG, C., CRONIN-DAVIS, J. (ed.) (2006), *Occupational Therapy evidence in practice for mental health*, Blackwell Publishing.

MAIA, Ângela da Costa (2001). *Narrativas, Protótipo e organização no reconhecimento da depressão*. Braga, Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.

MAIA, Ângela da Costa (2001). “Modelos de avaliação da experiência depressiva”. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22, (2), pp. 197-204.

MARQUES, António (2001). A Política de Saúde Mental como Instrumento de Promoção de Qualidade de Vida de Pessoas com Esquizofrenia. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

MARQUES-TEIXEIRA, J. (2000). “Editorial”. *Saúde Mental*, Volume II, N.º2, Março/Abril, pp. 5-7.

MCINTYRE, Teresa, BARROS, Ricardo & LOURENÇO, Mário (2002). “Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes”. *Revista de Saúde Mental*, Vol. IV, nº 5 setembro/outubro pp.13-24.

MONDIMORE, Francis Mark (2006). *Depression de mood disease*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

MONTEIRO, Fátima Jorge & MATIAS, João (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efetivas?, *Análise Psicológica*, 1 (XXV): 111-125

PORTUGAL, Paula (2010) Envelhecimento do velho: os conceitos de vida e de atividade física de idosos urbanos e rurais através das suas histórias de vida. Dissertação de Doutoramento em Ciências do Desporto apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PATEL, Vikram, ARAYA, Ricardo, LEWIS, Glyn & SWARTZ, Leslie (2001). “The state of evidence: socioeconomic factors and mental health”. In World Health Organization, *Mental Health: a call for action*, Geneva.

POLGAR, Jannice M. & LANDRY, Jennifer E. (2004). “Occupations as a Means for Individual and Group Participation in life”. In CHRISTIANSEN, Charles H., TOWNSEND, Elisabeth A. (ed.) (2004), *Introduction to Occupation: the art and science of living*, New Jersey, Prentice Hall.

PRATT, C., GILL, K., BARRETT, N. & ROBERTS, M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation*. Amsterdam, Boston, Elsevier/ Academic Press

PYKE, J., LANCASTER, J. & PRITCHARD, J. (1997). Training for partnership. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(1), pp. 64–66.

PYNE, Jeffrey M., KUC, Eugene J., SCHROEDER, Paul J., FORTNEY, John C., EDLUND, Mark, MD, & SULLIVAN, Greer (2004). “Relationship between perceived stigma and depression severity”. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 192, nº4, pp. 278-283.

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria do sintoma à experiência*. Porto, Edições Quarteto.

RAPAPORT, Mark Hyman, CLARY, Cathryn, FAYYAD, Rane & ENDICOTT, Jean (2005). “Quality-of-life-impairment in depressive and anxiety disorders”. *Am j psychiatry*, 162, pp. 1171-1178.

RESENDE, M<sup>a</sup> João P. (2009). Desempenho ocupacional e fibromialgia: intervenção em equipa multidisciplinar, contributo da terapia ocupacional. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta, Lisboa.

RODRIGUES, Fernando Peres (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa, Climepsi Editores.

ROGERS, Carl (1985<sup>7</sup>). *Tornar-se Pessoa* (trad. Manuel José do Carmo Ferreira). Lisboa, Moraes Editores.

SIMON, Gregory E. (2001). “O contributo dos psiquiatras para o tratamento nos cuidados primários”. In TANSELLA, Michele & THORNICROFT, Graham, (2001). *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 127-136.

SAINFORT, F., BECKER, M., DIAMOND, R. (1996). “Judgments of Quality of Life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspectives”. *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 497-502.

SOUSA, Sara, (2005). Avaliação Ocupacional na Psiquiatria - Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Versão Portuguesa da OSA (The Occupational Self Assessment). Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

SWORD, Wendy, BUSSER, Dianne, GANANN, Rebecca, MCMILLIAN, Theresa & SWINTON, Marilyn (2008). “Women`s care-seeking experiences after referral for postpartum depression”. *Qualitative Health Research*, Vol. 18, nº 9, pp. 1161-1173.

TAYLOR, Steven J. & BOGDAN, Robert (1998). *Introduction to qualitative research methods*. New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, John Wiley & sons, Inc.

TUCCI, Adriana M., KERR-CORRÊA, Florence & DALBEN, Ivete (2001). “Ajuste social em pacientes com transtorno afectivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 23 (2), pp. 79-87.

VALLEGO-NÁGERA, Juan Antonio (2002). *A depressão- Como lidar com a doença do nosso tempo*. São João do Estoril, Principia, 1ª edição.

VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis & HERRÁN, Andrés (2001). “Epidemiologia das perturbações mentais na comunidade e nos cuidados primários”. In TANSELLA, Michele & THORNICROFT, Graham (2001). *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 31-42

WILCOCK, Ann A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare, Slack Inc.

WILKINSON, Greg, MOORE, Bruce & MOORE, Pascale (1999), *Tratar a depressão*, Lisboa, Climepsi Editores.

WOLPERT, Lewis (2000), *A Psicologia da depressão*, Lisboa, Editorial Presença.

YALOM, I.D. & LESZCZ, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre, Artmed.

ZIKMUND, V. (2001). Saúde, saúde mental, qualidade de vida. *Bratisl Lek Listy* 102 (11) 527-525.

### **Legislação:**

Decreto-lei 26/93 de 24 de Julho, Ministério da Saúde.

Despacho Conjunto nº407/98 de 18 de Junho de 1998. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

### **Documentação:**

Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde – Melhorar a Saúde Mental da População: Rumo a uma estratégia de Saúde Mental para a União Europeia. Bruxelas.

Direção - Geral de Saúde (2013) Portugal: Saúde Mental em números – 2013 Programa Nacional para a Saúde Mental

Direção - Geral de Saúde (2004). Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental.

Hospital de Magalhães de Lemos: 40 anos ao serviço da saúde mental (2002).

Organização Mundial de Saúde (1998), Divisão de saúde mental, Grupo WHOQOL.

Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.

Organização Mundial de Saúde (2005). Mental Health: Facing the challenges, building solutions. Helsínquia.

Organização Mundial de Saúde (2008). European Pact for Mental Health and Well-Being. Bruxelas.

Organização Mundial de Saúde (2010). Mental Health and Development: Targeting People with mental health conditions as a vulnerable group.

Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) – Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Plano Nacional de Saúde (2004-2010). Direção - Geral de Saúde.

Regulamento Interno do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos (2010).

---

## **ANEXO**

## GUIÃO DE ENTREVISTA

### Dados sócio-demográficos

Data de nascimento:

Habilitações literárias:

Profissão:

Categoria Profissional:

Estado civil:

Naturalidade:

### O Percurso da Doença

1- Quando adoeceu?

2- O que aconteceu nessa altura?

3- Sabe que doença tem?

4- Quem a encaminhou para o serviço de reabilitação?

5- Sabia como este funcionava?

6- O facto de frequentar o Serviço melhorou em alguns aspectos a sua vida? Se sim, quais?

### Qualidade de Vida

7- O que entende por qualidade de vida?

8- Considera que tem qualidade de vida?

9- A sua frequência no Serviço melhorou a sua qualidade de vida?

10- O que poderia fazer para melhorar a sua qualidade?