

26  
T.M.P.  
LIND - APT  
vol. 1

**TESE PARA O MESTRADO**  
**EM PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA DA SAÚDE**  
**DA FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**WOLFGANG LIND**

**“APTIDÕES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL PARA  
FOMENTAR A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO  
DE DOENTES DE EVOLUÇÃO PROLONGADA”**

**ORIENTADOR: PROF. LUÍS JOYCE-MONIZ**  
**DA FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE DE LISBOA**



**LISBOA 1997 / 09 /30**

**PATROCINADO PELO**  
**SECRETARIADO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS**  
**PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ( CENTRO DE MARIA CÂNDIDA DA CUNHA )**

X

26

**“APTIDÕES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL PARA  
FOMENTAR A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO  
DE DOENTES DE EVOLUÇÃO PROLONGADA”**

## **DEDICATÓRIA**

***DEDICADO A TODAS  
AS PESSOAS  
QUE SOFREM DE UMA DOENÇA MENTAL  
E A TODOS  
OS QUE DE UMA FORMA OU OUTRA  
LHES PROPÕEM  
UMA MELHOR  
QUALIDADE DE VIDA DESTAS***

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Professor Joyce-Moniz pelo apoio prestado durante toda a realização do trabalho, pela sua disponibilidade de tempo e pelas mais variadas/valiosas sugestões teóricas e práticas.

Aos Coordenadores e Professores do 1º Mestrado em Psicoterapias e Psicologia da Saúde da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa: Professor Joyce-Moniz, Professora Luisa Barros, Professor Fernando Fradique e Professor Joaquim Reis.

À direcção da Casa de Saúde da Idanha na pessoa da Irmã Alice Roseiro e do seu Director Clínico Dr. Silveira Rodrigues, e da Casa de Saúde do Telhal na pessoa do Irmão João Carvalho e do seu Director Clínico Dr. Castelão, que tornaram possível a realização da presente investigação.

Ao Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Centro de Maria Cândida da Cunha) pelo patrocínio recebido.

À Biersdorf Portuguesa pelo patrocínio, em forma de prendas, para os doentes na festa de encerramento do "Curso de Aptidões Sociais".

Aos Laboratórios Janssen pela oferta e disponibilidade do material da equipa de Liberman.

À Casa de Saúde da Idanha, que me possibilitou e financiou a ida a vários congressos internacionais na área da Reabilitação Psicossocial, onde pude adquirir um vasto conhecimento.

À Irmã Alice Roseiro pela sua grande simpatia, permanente disponibilidade e apoio moral, que facilitaram em muito o andamento da investigação.

Aos psicólogos da Casa de Saúde do Telhal Dr. Margarida Cordo, Dr. Alberto Afonso, Dr<sup>a</sup> Mónica Dias e Dr<sup>a</sup> Maria João Moreira, pelo fornecimento de dados, pela organização na triagem e recolha de dados.

Aos médicos da Casa de Saúde da Idanha e da Casa de Saúde do Telhal, Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Farias, Dr. José Castelão, Dr. António Daskalos, Dr. Silveira Nunes, Dr. Silveira Rodrigues e Dr. Vitor Cotovio pela recolha de dados da escala BPRS.

À Irmã Silvana, Irmã Inês, ao Irmão Reis, Irmão Amadeus, Enfermeiro Sena Martins, Enfermeiro Queiróz, Enfermeiro Peixoto e Enfermeiro José Miguel pela recolha dos dados da escala REHAB.

As então estagiárias da Casa de Saúde da Idanha, Dr<sup>a</sup>. Athena Psilha, Dr<sup>a</sup>. Célia Soares e Dr<sup>a</sup>. Sandra Ornelas pela recolha de dados, e em especial à Dr<sup>a</sup> Conceição Ramos e Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Agostino pelo grande interesse mostrado na investigação e apoio incansável e contínuo na recolha e avaliação dos dados.

A todas as irmãs, irmãos e colaboradores da Casa de Saúde da Idanha ("Família Hospitaleira") e da Casa de Saúde do Telhal, que contribuíram de uma forma ou de outra para realização da investigação.

Ao Dr. Baker pela autorização da tradução a aplicação da sua escala REHAB.

À Dr<sup>a</sup>. Maria João Heitor pelo apoio na tradução da escala REHAB e pelo apoio na interpretação dos registos farmacológicos.

Ao Dr. Paulo Ventura sobretudo pelo apoio na análise estatística e à minha cunhada Maria João Gonçalves pela organização de alguns dados.

Ao Prof. Volker Roder e Dr. Wolf-Ulrich Scholz pelo envio de documentação valiosa.

Ao Keith Harle pela tradução do resumo.

À Alexandrina dos Santos e ao Henrique Costa pelo seu papel de entrevistadores "neutro" para a avaliação no "Teste de Interação Social".

À Sandra Amaral e ao Ricardo Pargana por me terem resolvido os problemas relacionados com um mau funcionamento do meu computador.

Ao José Luis Rebelo pelo fornecimento de algum material de escritório.

À minha mulher Maria da Conceição e aos meus filhos Pedro e Andreas, que me encorajaram e apoiaram activamente durante tudo o tempo, revelando uma grande compreensão.

E "last but not least" a todos os doentes da Casa de Saúde da Idanha e da Casa de Saúde do Telhal, que participaram com entusiasmo durante as sessões para a aquisição de aptidões sociais.

## RESUMO

### **Treino de Aptidões Sociais para Fomentar a Desinstitucionalização de Doentes de Evolução Prolongada.**

A desinstitucionalização, para pessoas que sofrem de uma esquizofrenia, tem ganho um interesse crescente, onde o treino de aptidões sociais desempenha um papel preponderante. Existem, no entanto controvérsias, em relação ao método mais eficaz. O presente trabalho compara a eficácia de dois métodos (estruturado versus não estruturado).

Na primeira, parte apresenta-se uma revisão crítica da literatura sobre: a) aspectos históricos, epidemiológicos, etiológicos, nosológicos, e terapêuticos da esquizofrenia, b) os modelos de Liberman (1988) e Joyce-Moniz (1993), c) aspectos históricos, metodológicos, organizativos e legislativos da desinstitucionalização, d) as componentes das aptidões sociais e metodologias e técnicas na sua intervenção, e) definições da “doença mental de evolução prolongada”.

A segunda parte, engloba a metodologia. A amostra (N = 47, todos com diagnóstico de esquizofrenia) foi distribuída aleatoriamente entre os grupos estruturado, não estruturado e de controlo, sendo estes, homogéneos quanto á idade, nível cognitivo (MMS) e tempo de internamento. Realizou-se uma intervenção diferenciada nos grupos experimentais, durante três meses e uma pré- e pós-avaliação: a) a avaliação psicopatológica (MMPI-SC; BPRS) não revelou grandes diferenças, b) a avaliação funcional das aptidões sociais (TIS; REHAB), revelou nos grupos experimentais um aumento significativo, nos aspectos moleculares e molares, c) a avaliação cognitiva-desenvolvimentista, verificou um aumento significativo, na utilização de acções dialécticas sintomáticas menos desadaptativas nos grupos experimentais, mas não verificou um salto significativo para níveis superiores do desenvolvimento sintomático. Foi constatada uma alta/média correlação entre as acções dialécticas e os níveis acima referidos. Foram também averiguadas as significações subjectivas sobre a identidade, causas, consequências, e confronto da doença e a adesão ao tratamento, d) os participantes do método estruturado, tendem a encarar a intervenção com maior satisfação.

Podemos concluir que houve em ambos os grupos um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e no funcionamento cognitivo, mas nenhum dos métodos se revelou superior ao outro.

## ABSTRACT.

Social skill training to promote de-institutionalisation of chronic mental patients. The de-institutionalisation of people who suffer from schizophrenia has grown in interest, where the social skill training plays an important role. There are controversies surrounding the most effective method. This research compares the effectiveness of two different methods (structured and non-structured).

The first part contains a critical literary review about a) historical, epidemiological, etiologically, nosologically and therapeutic aspects of schizophrenia; b) Theories of Liberman (1988) and Joyce-Moniz (1993); c) Historical, methodological, organisational and legislative aspects of de-institutionalisation; d) Components of social skills, and methodologies and techniques used in their training; e) Definitions of chronic mental illness.

The second part contains the methodology. The sample (N=47, all diagnosed as schizophrenic) was randomly distributed between the Structured, The Non-structured and the control groups. These three groups were homogenous in terms of; age, cognitive level (MMS) and length of hospitalisation. There was a different intervention in each of the experimental groups during a three month period, and a pre and post-evaluation: a) The psychopathological evaluation (MMPI-SC; BPRS) did not reveal great differences; b) the functional evaluation of the social skills (TIS; REHAB) shows a significant statistical increase in the molecular (specific) and molar (general) aspects; c) The cognitive development evaluation shows a significant increase, in both experimental groups, in the use of dialectic actions of symptomatic believes which were less unadaptable. There was not such a significant leap to superior levels of the symptomatic development. However there was a high to average correlation between the use of dialectic actions symptomatic believes and the previously mentioned levels. The subjective representation of the identity, causes, consequences and coping styles of the illness and the adherence to the treatment was noted, d) There was a tendency on the part of the participants in the structured group to face the intervention with more pleasantly.

We can conclude that in both groups there was a significant increase in performance of social skills and cognitive function, but neither group were superior in relation to the other.

## ZUSAMMENFASSUNG

### Soziales Fertigkeitstraining zur Förderung der Enthospitalisierung von Langzeitpatienten

Die Enthospitalisierung von schizophrenen Patienten gewinnt zunehmendes Interesse. Dabei spielt das soziale Fertigkeitstraining eine besondere Rolle. Über die Wirksamkeit der Methoden bestehen allerdings Kontroversen. Die vorliegende Studie vergleicht zwei Methoden (strukturiert versus unstrukturiert).

Der erste Teil vermittelt einen kritischen Überblick über folgende Literatur: a) historische, epidemiologische, ätiologische, nosologische und therapeutische Aspekte der Schizophrenie; b) die Modelle Liberman (1988) und Joyce-Moniz (1993); c) historische, methodologische, organisatorische und gesetzliche Aspekte der Enthospitalisierung; d) die Komponenten der sozialen Fertigkeiten sowie mögliche Methodologien und Techniken einer Intervention; e) Definitionen hinsichtlich einer chronisch geistigen Krankheit.

Der zweite Teil beinhaltet die Methodologie. Die Versuchsteilnehmer, die unter Schizophrenie litten, wurden zufallsmäßig auf eine strukturierte, unstrukturierte und eine Kontrollgruppe verteilt und entsprachen sich in den Kriterien "Alter", "kognitive Funktion (MMS)" und "Hospitalisationsdauer". Bei den Versuchsgruppen wurde ein differenziertes Fertigkeitstraining durchgeführt, sowie eine Vor- und Nachmessung: a) die psychopathologische Nachmessung (MMPI-SC, BPRS) zeigte keine großen Unterschiede; b) die funktionelle Messungen der sozialen Fertigkeiten (TIS, REHAB) wiesen signifikante Verbesserungen hinsichtlich molarer und molekularer Aspekte auf; d) die kognitive-entwicklungspsychologische Messung zeigte einen signifikanten Anstieg bei der Benutzung von weniger nicht anpassungsfähigen symptomatischen Denkstrukturen dialektischer Prozesse in den experimentellen Gruppen, die aber keinen signifikanten Sprung auf höhere symptomatische entwicklungspsychologische Niveaus nachweisen konnte. Weiterhin wurde eine hohe/mittlere Korrelation zwischen den genannten Denkstrukturen und Niveaus festgestellt. Auch wurden subjektive Repräsentationen hinsichtlich der Identität, Ursache, Folgen und Bewältigungsstrategien der Krankheit und therapeutischen Adhärenz registriert; d) es zeigte sich eine Tendenz zur größeren Zufriedenheit bei den Teilnehmern der strukturierten Gruppe.

Zusammenfassend können wir sagen, daß in beiden experimentellen Gruppen, die sich jedoch voneinander nicht unterschieden, ein signifikanter Anstieg hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten und Ausübung sozialer Fertigkeiten nachgewiesen werden konnte.

# ÍNDICE

## I. PARTE - INTRODUÇÃO TEÓRICA

	pág.
1. SOBRE A ESQUIZOFRENIA .....	2
1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....	2
1.2. ASPECTOS EPIDEMOLÓGICOS .....	5
1.3. ETIOLOGIA E ETIOPATOGENIA .....	6
1.3.1. Hipótese da causalidade constitucional .....	7
1.3.2. Hipótese da causalidade neuropatológica. ....	7
1.3.3. Hipótese da causalidade genética. ....	8
1.3.4. Hipótese da causalidade neurofisiológica (neurotransmissores) .....	9
1.3.5. Hipótese da causalidade do inconsciente (teoria psicodinâmica) .....	9
1.3.6. Hipótese da teoria da aprendizagem .....	10
1.3.7. Hipótese cognitiva .....	10
1.3.8. Hipótese desenvolvimentista e hipótese ecológica .....	11
1.3.9. Hipótese familiar e hipótese sistêmica .....	12
1.3.10. Hipótese social .....	13
1.3.11. Outras hipóteses .....	14
1.3.12. Recentes tendências na possível explicação da esquizofrenia .	15
1.4. ASPECTOS NOSOLÓGICOS .....	19

1.4.1. Critérios de diagnóstico para a esquizofrenia .....	19
1.4.2. Critérios para o diagnóstico dos subgrupos da esquizofrenia ....	20
1.5. EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO .....	22
1.6. TERAPÊUTICAS .....	22
2. O MODELO DE LIEBERMAN (1988)	
“STREES-VULNERABILITY-COPING-COMPETENCE MODEL” .....	26
2.1. OS QUATRO ESTÁDIOS NO MODELO REABILITATIVO .....	26
2.2. DESENVOLVIMENTO DO MODELO .....	28
3. O MODELO DA PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO	
DE JOYCE-MONIZ (1993) .....	32
3.1. INTRODUÇÃO .....	33
3.2. NIVEIS DO DESENVOLVIMENTO SINTOMÁTICO .....	33
3.3. SIGNIFICAÇÕES SINTOMÁTICAS .....	37
3.4. ACÇÕES DIALÉCTICAS DE SIGNIFICAÇÕES SINTOMÁTICAS .....	38
3.4.1. Acções dialécticas de destruturação .....	39
3.4.2. Acções dialécticas de reestruturação .....	40
3.5. CONCLUSÃO .....	44
4. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	46
4.1. A INSTITUCIONALIZAÇÃO / DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	
ATRAVÉS DA HISTÓRIA .....	47
4.2. DEFINIÇÕES SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	55
4.3. PERSPECTIVAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	56
4.4. FACTORES QUE PROMOVEM A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ....	57
4.5. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	58

4.6. ABORDAGENS NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	59
4.7. ÁREAS DE INTERVENÇÃO NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	61
4.8. PLANEAMENTO E TRIAGEM PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	64
4.9. MODELOS RESIDENCIAIS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	66
4.10. ORGANIZAÇÃO GLOBAL E FINANCIAMENTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	69
4.11. LEGISLAÇÃO PORTUGUESA E PROJECTOS GOVERNAMENTAIS EM RELAÇÃO À RPS / DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	69
4.12. LIMITES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	75
4.13. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL .....	76
4.14. CONCLUSÕES .....	84
5. APTIDÕES SOCIAIS .....	85
5.1. INTRODUÇÃO .....	85
5.1.1. Origens das A.S. ....	85
5.1.2. Factores e modelos do TAS .....	86
5.1.3. Definições acerca das AS .....	87
5.2. COMPONENTES MOLECULARES DAS AS .....	89
5.3. TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO DO TAS .....	90
5.3.1. O que se pode avaliar no TAS ? .....	90
5.3.2. Metodologias de avaliação do TAS .....	90
5.4. TREINO DE APTIDÕES SOCIAIS .....	91

5.4.1. Premissas .....	91
5.4.2. Causas de um comportamento socialmente desajustado e elementos do TAS .....	92
5.4.3. Técnicas do TAS .....	92
5.4.4. Procedimentos no TAS .....	93
5.4.5. Formato grupal .....	94
5.4.6. Conteúdos ou componentes moleculares do TAS .....	94
5.5. LIMITES DO TAS .....	95
5.6. O TAS EM SAÚDE MENTAL .....	95
5.7. O TAS ESPECIFICAMENTE PARA UMA POPULAÇÃO COM PSICOSE .....	97
5.7.1. Argumentação de ordem teórica .....	97
5.7.2. Argumentação de ordem científica .....	98
5.7.3. Modelos, metodologias, procedimentos e técnicos do TAS para a esquizofrenia .....	100
5.7.4. Conclusão .....	101
6. PESSOA COM UMA "DOENÇA MENTAL DE EVOLUÇÃO PROLONGADA" .....	103

## II. PARTE - INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO

### METODOLÓGICO

1. ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO .....	109
2. OBJECTIVOS E JUSTIFICAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO .....	111
3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E HIPÓTESES .....	112
4. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES, ONDE SE REALIZOU A INVESTIGAÇÃO .....	117
4.1. CASA DE SAÚDE DA IDANHA .....	118
4.2. CASA DE SAÚDE DO TELHAL .....	122
5. PREPARATIVOS GERAIS PARA A INVESTIGAÇÃO .....	124
6. PEDIDOS DE SUBSÍDIO E PATROCÍNIOS .....	126
7. AMOSTRA .....	127
7.1. TRIAGEM .....	127
7.1.1. Primeira triagem com base dos registos nas instituições .....	127
7.1.2. Segunda triagem .....	127
7.2. RECOLHA DE INFORMAÇÕES .....	130
7.3. PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO .....	131
7.4. DADOS FINAIS EM RELAÇÃO À AMOSTRA GLOBAL .....	132
8. "DISIGN" EXPERIMENTAL .....	138
8.1. DISTRIBUIÇÃO ALEATÓRIA DA AMOSTRA .....	138
8.2. DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO .....	139
8.3. HOMOGEINIDADE ENTRE OS GRUPOS .....	140

9. METODOS DE INTERVENÇÃO .....	142
9.1. PREPARATIVOS PARA A INTERVENÇÃO .....	142
9.1.1. O local .....	142
9.1.2. O material .....	142
9.1.3. As datas, horários e avisos .....	143
9.2. O MÉTODO ESTRUTURADO .....	144
9.2.1. Técnicas do método estruturado .....	144
9.2.2. Conteúdos do método estruturado .....	146
9.2.3. Procedimento do método estruturado .....	149
9.3. O MÉTODO NÃO ESTRUTURADO .....	151
9.3.1. Técnicas do método não estruturado .....	151
9.3.2. Conteúdos do método não estruturado .....	152
9.3.3. Procedimento do método não estruturado .....	153
9.4. OS TERAPEUTAS .....	154
9.5. O DECORRER DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO .....	155
9.5.1. Alterações das datas .....	155
9.5.2. Assiduidade e desistência .....	155
9.5.2. Breve análise do decorrer das sessões .....	156
9.6. ENCERRAMENTO DA INTERVENÇÃO .....	158
10. AVALIAÇÃO (INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO) .....	160
10.1. AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA .....	160
10.1.1. B.P.R.S : "BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE" .....	160
10.1.2. MMPI: Escala SC .....	163
10.1.3. Registo da medicação .....	163

10.2. AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS REPRESENTAÇÕES OU SIGNIFICAÇÕES SUBJECTIVAS SOBRE A DOENÇA .....	164
10.3. AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA .....	169
10.3.1. Classificação dos níveis do desenvolvimento sintomático .....	170
10.3.2. Análise das acções dialécticas de significações sintomáticas .....	173
10.3.3. Correlação entre os níveis do desenvolvimento sintomático e acções dialécticas sintomáticas mais adaptativas .....	174
10.4. AVALIAÇÃO DAS APTIDÕES SOCIAIS .....	175
10.4.1. Escala RAHAB .....	175
10.4.2. QSS: Questionário das Situações Sociais .....	180
10.4.3. Avaliação da comunicação (componentes molecu. ): TIS .....	182
10.5. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO - QUALIDADE DE VIDA .....	187
10.6. RESUMO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	188
11. TRATAMENTO ESTATÍSTICO, APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E SUA ANÁLISE .....	189
11.1. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA .....	190
11.1.1. BPRS .....	190
11.1.2. MMPI (SC) .....	191
11.1.3. Registos da medicação .....	192
11.1.4. Análise global da sintomatologia psicopatológica .....	192
11.2. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS REPRESENTAÇÕES OU SIGNIFICAÇÕES SUBJECTIVAS SOBRE A DOENÇA .....	193
11.2.1. Identidade da doença .....	193

11.2.2. Causas e origem da doença .....	200
11.2.3. Consequências e efeitos da doença .....	203
11.2.4. Evolução da doença .....	207
11.2.5. Confronto .....	211
11.2.6. Atitudes perante a medicação .....	216
11.3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA .....	220
11.3.1. Níveis do desenvolvimento sintomático .....	220
11.3.2. Acções dialécticas de significações sintomáticas .....	221
11.3.3. Relação dos níveis do desenvolvimento sintomático com as acções dialécticas de significações sintomáticas .....	222
11.3.4. Resultados globais da avaliação desenvolvimentista .....	227
11.4. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS APTIDÕES SOCIAIS .....	227
11.4.1. TIS (Componentes moleculares da comunicação) .....	227
11.4.2. REHAB (Componentes molares) .....	229
11.4.3. QSS (Componentes molares) .....	231
11.4.4. Resultados globais das aptidões sociais .....	232
11.5. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO - QUALIDADE DE VIDA .....	233
11.6. ANÁLISE DOS RESULTADOS EM TERMOS GERAIS .....	234
12. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	237
12.1. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA .....	237

12.2. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS SIGNIFICAÇÕES SUBLECTIVAS SOBRE A DOENÇA .....	239
12.3. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA .....	241
12.4. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS APTIDÕES SOCIAIS .....	242
12.5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO .....	244
12.6. INTERPRETAÇÃO GLOBAL DA INVESTIGAÇÃO E IMPLICAÇÕES .....	244
12.7. AUTO-CRÍTICA À INVESTIGAÇÃO .....	249
12.8. SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS .....	250
BIBLIOGRAFIA .....	252

## FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

	pag.:
Fig.1: Modelo de Liberman (1988) .....	29
Fig.2: Mudança paradigmática na Reabilitação Psicossocial .....	80
Fig.3: Distribuição aleatória da amostra .....	138
Fig.4: Grupos de Intervenção da investigação .....	139
.....	
Gráficos 1: Dados finais em relação à amostra .....	132
Tab./ Graf. 2: Homogeneidade dos grupos .....	140
Tab./ Graf. 3: Resultados BPRS .....	190
Tab./ Graf. 4: Resultados MMPI-SC .....	191
Tab./ Graf. 5: Resultados: medicação .....	192
Tab./ Graf. 6: Atribuição causal do internamento .....	193
Tab./ Graf. 7: Consciência da doença .....	194
Tab./ Graf. 8: Fonte de informação .....	195
Tab./ Graf. 9: Informações obtidas do médico .....	196
Tab./ Graf. 10: Informações obtidas de outros .....	196
Tab./ Graf. 11: Crítica à opinião dos outros .....	197
Tab./ Graf. 12: Reconhecimento de sintomas .....	198

Tab./ Graf. 13: Importância atribuída à Saúde .....	199
Tab./ Graf. 14: Idade do começo da doença .....	200
Tab./ Graf. 15: Atribuição causal do surgimento da doença .....	201
Tab./ Graf. 16: Atribuição causal da continuação da doença .....	202
Tab./ Graf. 17: O que mudou desde o surgimento da doença .....	203
Tab./ Graf. 18: O que mudou desde o internamento .....	204
Tab./ Graf. 19: Incapacidades / dificuldades de desempenho .....	205
Tab./ Graf. 20 : Apoio necessitado .....	206
Tab./ Graf. 21: Capacidade geral sentida .....	207
Tab./ Graf. 22: Tipo da doença .....	207
Tab./ Graf. 23: Justificação de 4.1. ....	208
Tab./ Graf. 24: Evolução .....	209
Tab./ Graf. 25: Justificação de 4.3. ....	209
Tab./ Graf. 26: Expectativa em relação à evolução da doença .....	210
Tab./ Graf. 27: Grau de certeza de 4.5. ....	211
Tab./ Graf. 28: Factores condicionantes da sintomatologia .....	211
Tab./ Graf. 29: "Coping" .....	212
Tab./ Graf. 30: Tipo e importância de tratamentos .....	213
Tab./ Graf. 31: Factores facilitadores .....	214
Tab./ Graf. 32: Grau de auto-controlo .....	215
Tab./ Graf. 33: Justificação de 5.5. ....	215
Tab./ Graf. 34: Função da medicação .....	216
Tab./ Graf. 35: Efeitos da medicação sentidos .....	217
Tab./ Graf. 36: Adesão à medicação no passado .....	217

<b>Tab./ Graf. 37:</b> Adesão à medicação no presente .....	218
<b>Tab./ Graf. 38:</b> Importância atribuída à medicação .....	218
<b>Tab./ Graf. 39:</b> Justificação de 6.5. ....	219
<b>Tab./ Graf.40:</b> Resultados níveis do desenvolvimento sintomático .....	220
<b>Tab./ Graf.41:</b> Acções dialécticas de significações sintomáticas .....	221
<b>Tab./ Graf.42:</b> Relação dos níveis do desenvolvimento sintomático e acções dialécticas de significações sintomáticas (pré-avaliação) .....	222
<b>Tab./ Graf.43:</b> Relação dos níveis do desenvolvimento sintomático e acções dialécticas de significações sintomáticas (pós-avaliação) .....	224
<b>Tab./ Graf.44:</b> Resultados do TIS .....	227
<b>Tab./ Graf.45:</b> Resultados da REHAB .....	229
<b>Tab./ Graf.46:</b> Resultados do QSS .....	231
<b>Tab./ Graf.47.:</b> Resultados da Avaliação da satisfação .....	233
<b>Tab./Graf.48:</b> Dados globais .....	234

## **LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS**

- AS:** Aptidões Sociais
- DSSM:** Direcção dos Serviços de Saúde Mental
- EE:** Emoções Expressas
- IEFP:** Instituto do Emprego e Formação Profissional
- RPS:** Reabilitação Psicossocial
- SNR:** Secretariado Nacional de Reabilitação
- TAS:** Treino de Aptidões Sociais
- TIS:** Teste de Interação Social
- WAPR:** World Association for Psychosocial Rehabilitation

## PREFÁCIO

A presente tese, foi elaborada no âmbito do primeiro Mestrado em Psicoterapia e Psicologia da Saúde da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Lisboa, sobre a orientação do Prof. Dr. Luis Joyce-Moniz.

O conceito "Psicologia da Saúde" foi pela primeira vez introduzido por Matarazzo (1990), considerando-a como *"um agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais da ciência psicológica para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença, e, ainda, de identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, doença e disfunções psicológicas relacionadas"*. Desta forma, a psicologia da saúde aparece, como uma área de intervenção psicológica, que abrange a saúde física e a saúde mental, sobretudo em relação aos factores psicológicos e socioculturais relacionados com a saúde e a doença. Genest & Genest (1987) e Taylor (1990), afirmam que a pesquisa em Psicologia da Saúde defende a posição que factores biológicos, psicológicos e sociais, que estão implicados em todos os estados de saúde e doença, desde os comportamentos e estádios que mantêm as pessoas saudáveis, até aqueles que produzem doenças severas e prolongadas. Desta forma, a Psicologia da Saúde dá uma resposta às necessidades de humanização dos cuidados de saúde, integrando os três níveis clássicos: a prevenção primária, secundária e terciária, i.é. reabilitação com a prevenção de recaídas e elaboração de estratégias de confronto em doenças de evolução prolongada, para minimizar as suas complicações (Taylor, 1990). Os estudos da Psicologia da Doença, que se integra na Psicologia da Saúde, estabelecem: "como objectivo último a eventual aquisição e/ou modificação de representações de processos em prol da saúde, mas apoiam-se na reflexão e na operacionalidade das cognições sobre a doença, para tentarem atingir esse objectivo" Joyce-Moniz (1994). No entanto as "ideias sobre a doença só são emocionalmente aceites, se integrarem concomitantemente ideias de tratamento, cura, reabilitação" Joyce-Moniz (1994).

Pelo acima exposto, justifica-se plenamente o presente trabalho, que se insere na Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental; para uma população com doença de evolução prolongada.. O interesse por este assunto, estava relacionado com o meu trabalho na Casa de Saúde da Idanha, onde colaborei na preparação, organização e intervenção do chamado projecto “Laço Verde” (Desinstitucionalização e reinserção de doentes de evolução prolongada em residências extra-hospitalares).

Em muitos congressos, a que assisti, apercebi-me que existiam ainda, poucos estudos científicos, nesta nova área. No entanto muitos autores / oradores concordaram que o treino de aptidões sociais, constitui uma vertente essencial para a reabilitação psicossocial. Havia divergências, quanto ao método. Por um lado Liberman, defendia uma intervenção mais estruturada, da qual Saraceno discordava, apostando mais numa intervenção não estruturada e centrada na pessoa. Pareceu-me que esta discussão era mais de ordem teórica, carecendo de uma fundamentação empírica. Pretendi então investigar, qual das abordagens se revela mais eficaz, para fomentar a desinstitucionalização de doentes de evolução prolongada e qual proporcionava uma maior satisfação na óptica dos utentes, o que constitui o objectivo geral do presente estudo. Inseri, para a avaliação deste estudo, de forma inédita, uma perspectiva cognitiva-desenvolvimentista, com base nas concepções da psicopatologia dialéctica do desenvolvimento, segundo Joyce-Moniz (1994), para a qual tive todo o apoio do meu orientador. Para além do interesse científico, tive a preocupação que a investigação proporcionasse um valor intrínseco aos participantes, i.é. para pessoas que sofrem de uma doença mental prolongada.

A presente tese, é fruto de um estudo comparativo, sobre a eficácia de duas abordagens no treino de aptidões sociais em saúde mental para fomentar a desinstitucionalização de doentes de evolução prolongada, englobando para a sua análise, de forma inovadora, uma perspectiva cognitivo-desenvolvimentista.

O trabalho divide-se em duas partes. A primeira, fornece uma introdução teórica com uma revisão da literatura. O primeiro capítulo desta parte, fala sobre esquizofrenia (população em causa), antecedentes históricos, aspectos epidemiológicos, etiológicos e etiopatogénicos (onde são tratadas as hipótese mais recentes), nosológicos e terapêuticos. O segundo e terceiro capítulos, desenvolvem os modelos de Liberman (1988) e de Joyce-Moniz (1993), que servem como base para a presente investigação. O quarto capítulo fala da desinstitucionalização sob vários ângulos englobando também,

uma referência à legislação portuguesa, nesta matéria. O quinto capítulo, diz respeito às aptidões sociais e ao seu ensinamento (treino) em termos gerais e especificamente, para a população em causa. Por fim, o sexto capítulo pretende fornecer definições sobre a "doença de evolução prolongada".

A segunda parte refere-se à própria investigação, seus objectivos, hipóteses, amostra, métodos de intervenção, instrumentos e procedimentos de avaliação, resultados e discussão, com uma interpretação crítica dos resultados, implicações e sugestões, para futuros estudos.

Todos os anexos, devido à sua grande extensão, (nove volumes) não se encontram no trabalho, estando no entanto, à disponibilidade, para qualquer leitor interessado.

Espero com este trabalho, ter contribuído um pouco, para um avanço teórico e prático na área da desinstitucionalização.

## **I PARTE**

# **INTRODUÇÃO TEÓRICA**

# 1. SOBRE A ESQUIZOFRENIA

*“Eu sou eu mais as minhas circunstâncias”*

Ortega y Gasset

Uma vez que a população em estudo sofre de uma esquizofrenia, será importante incluir neste trabalho uma breve parte introdutória, sobre esta patologia.

## 1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Ao longo da História, em locais e tempos distantes, houve sempre grandes diferenças, nas acepções ontológicas e epistemológicas por parte dos teóricos, do poder institucional, dos religiosos, dos clínicos e da sociedade em geral, perante aqueles que revelaram pensamentos, atitudes e comportamentos desviantes à norma.

Já as chamadas culturas “primitivas”, consideraram ou consideram a doença mental de forma muito distinta. Podemos constatar a existência de um contínuo onde num extremo, a doença mental era interpretada como “um colapso do sistema mágico/religioso, violação de um tabu, negligência das obrigações rituais, ou possessão de um demónio” (Dias Cordeiro, 1982). No outro extremo, também havia - e há - culturas, que consideravam o hoje designado “doente mental”, alguém especial, pelas suas “capacidades” de ouvir vozes, ou seja, de estar em contacto com os espíritos superiores. Chegavam mesmo a ser promovidos socialmente.

No Antigo Egipto, o “doente mental” era já submetido a tratamento, fazendo-se apelo a forças construtivas e positivas, por meios físicos, psíquicos, espirituais e pela interpretação dos sonhos.

Os antigos judeus consideravam a “loucura” como doença.

Numa primeira fase da Grécia Antiga, a “loucura” era considerada uma doença causada pelas duas deusas Mania e Lyssa, não havendo qualquer intenção de tratamento. Já que a doença tinha origem divina, caberia também aos deuses a sua cura. Hipócrates, refutava a tese da origem divina dessas doenças, provocando uma mudança radical no conceito da doença mental, e atribuindo-lhe causas naturais, ou seja, perturbações na interacção dos quatro humores corporais por ele definido (excesso de bilis negra). Também Aristóteles afirmou que a alma podia adoecer e que toda a doença, incluindo a mental, era de natureza biológica. Como tratamento propôs, entre outros, a libertação de emoções reprimidas.

Os romanos, sofrendo uma influência da civilização grega, descreveram algumas formas psicopatológicas, como as alucinações, propondo um tratamento com base em agentes físicos (nascimento da fisioterapia), dietas alimentares e actividades lúdicas (convívios, música, etc.). Celso (I a.C.) enfatizou a relação médico-doente como factor preponderante na cura das doenças mentais. Além disso, os romanos “dedicaram-se à Psiquiatria forense, definindo na lei os estados patológicos mentais e atribuindo-lhes um estatuto, sem grau de culpabilidade civil (Dias Cordeiro, 1982).

Platão, no entanto, defendia antes de Aristóteles uma tese completamente oposta: a da dualidade anímica do Homem, segundo a qual só a alma irracional, que residia no corpo, podia adoecer, mas não a alma racional. Esta tese servia de apoio à revivescência da ideia de que as doenças mentais teriam origem supranatural e por isso saíam do domínio da medicina e da terapia.

A tese platónica exercia uma forte influência na visão mística-ocultística da Idade Média, onde “o conceito da doença mental foi substituído pela possessão demoníaca; a alma racional era ocupada por espíritos maléficos” (Dias Cordeiro, 1986). Estava aberto o caminho para o obscurantismo da Idade Média, um recuo em relação à medicina greco-romana, onde, através de uma Inquisição impiedosa, foram perseguidas, torturadas, encarceradas e queimadas muitas pessoas, que sofriam de uma doença mental, considerando-as bruxas, feiticeiros e loucos.

Os muçulmanos encaravam o “doente mental” de uma forma completamente diferente. Os “loucos” eram os “tocados por Deus”, isto é, amados por Deus que os teria escolhido para revelar a verdade. O “doente mental” era tratado de forma humana, protegido por todos e por vezes, até considerado como alguém especial, santificado. No filme argelino “Os Anos da Brasa” está bem patente esta função.

No fim da Idade Média, houve grandes teólogos que retomaram as teses aristotélicas, como Alberto Magno e S. Tomás de Aquino. Outros se opuseram à “caça às bruxas” como Paracelso, Johann Weyer (considerado o primeiro psiquiatra por descrever numerosas doenças mentais) e Geovanni Baptista di Monte. Todos encaravam a doença da mente como qualquer outra doença.

S. João de Deus, de origem portuguesa, opunha-se também à doutrina dominante da Idade Média. Inventou, no séc. XV a assistência social e a Saúde Mental. Estabeleceu ainda um conceito inovador, para o mundo ocidental daquela época, o da “Humanização na assistência aos doentes mentais”: (Fonseca, 1991). Os “doentes mentais” deixam de ser tratados/punidos como criminosos ou pessoas possuídas, passando a ser tratados com a mesma dignidade e respeito de outros doentes. S. João de Deus deu origem às ordens religiosas “S. João de Deus” e às “Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus”, que seguem ainda hoje os seus princípios básicos e se dedicam à assistência de pessoas que sofrem de uma doença/deficiência psiquiátrica. Estão implementados em muitos países de todo o Mundo, tendo muito impacto para a Humanização dos cuidados desta população. (É de referir que a presente investigação se realizou nas instituições das ordens religiosas acima referidas).

Porém, ao nível popular a doença mental, manteve a mesma atitude e interpretação dos tempos medievais. Até ao século XIX o “doente mental” era exibido na rua ou encerrado em instituições asilares, onde pouco se fez para a sua reabilitação.

Houve todavia, uma tentativa de classificação das doenças mentais, a partir deste século:

- Benedict Morel (1803 - 1873) utilizou o termo “demência precoce” para pacientes deteriorados, cuja doença se iniciava na adolescência.
- Karl Kahlbaum (1828 - 1899) descreveu os sintomas da catatonia.
- Ewald Hecker (1843 - 1909) descreveu o comportamento da hebefrenia.
- Emil Kraepelin organizou em 1896 os pacientes com doença mental em três grupos: demência precoce, psicose maníaco-depressiva, paranóia.
- Eugen Bleuer opôs-se em 1911 à definição “demência precoce” e criou o termo “esquizofrenia”, entendido por ele como “desassociação da personalidade”.

A partir daí houve as mais diversas classificações nosológicas e interpretações etiopatogénicas sobre a esquizofrenia (ver capítulos seguintes).

Houve ainda dois marcos importantes no séc. XX.:-

- Em 1950 introduziram-se os psicofármacos.
- Em 1960 assistiu-se à passagem da psiquiatria tradicionalmente curativa (com a sua preocupação exclusiva na doença e seu tratamento) à psiquiatria preventiva, que se vem preocupando com o seu enfoque na saúde e o bem-estar físico e psíquico.

Também quero fazer lembrar um dos capítulos mais negros da História da Humanidade. Na Alemanha nazi elaborou-se um plano geral para a pura e simples liquidação de pessoas que sofriam de uma doença/deficiência psíquica; muitos médicos e técnicos de saúde colaboraram para a sua realização.

Hoje em dia, quando se pretende por diversos organismos aplicar a igualdade dos direitos humanos para a população em causa (consignados nos direitos da OMS) e elaborando para a sua realização os mais diversos projectos para a reabilitação psicossocial, existem ainda casos onde, se vêem vedados os direitos básicos para as pessoas que sofrem de uma doença mental. Infelizmente, também há hoje em dia casos extremos, como aquele que foi noticiado há uns anos na imprensa, onde se soube que pessoas com uma doença mental, num asilo na Argentina, foram usadas para extracção de órgãos.

Parece, por isso, que a batalha para a Humanização em Saúde Mental não está ainda completamente ganha.

## **1.2. ASPECTOS EPIDEMOLÓGICOS**

Os estudos epidemológicos sobre a esquizofrenia não são muito consistentes, provavelmente por falta de métodos de diagnósticos mais objectivos.

Em geral situa-se uma incidência desta doença de 1%, não variando muito com o factor cultural.

A idade de pico de aparecimento situa-se nos homens entre 15 e 25 anos e nas mulheres, entre 25 e 35 anos. O aparecimento da esquizofrenia antes dos 10 e depois dos 50 anos é raro.

Aproximadamente 50 % dos psicóticos tentaram um suicídio dos quais 10% foram consumados.

A taxa de mortalidade por causas naturais é mais elevada em relação à população normal, não se conhecendo totalmente as causas.

Com a administração dos psicofármacos, a introdução de projectos na área de Reabilitação Psicossocial, Desinstitucionalização e atendimento baseado na comunidade, a taxa de casamentos e fertilidade aumentou significativamente nos EUA, sendo agora próxima da população normal.

Existem mais nascimentos de pacientes esquizofrénicos nos meses de Inverno (no hemisfério Norte, de Janeiro até Abril; no hemisfério Sul, de Julho até Setembro).

A prevalência desta doença tem sido correlacionada com as cidades urbanas, onde é muito maior do que nos meios rurais, e com certos aspectos sócio-culturais: maior na população emigrante e nas culturas do terceiro mundo em contacto com tecnologias avançadas, sugerindo que factores de "stress" podem afectar o percurso desta doença.

A esquizofrenia é prognosticada mais benigna em países menos desenvolvidos, onde os doentes são muito mais integrados na comunidade, ao contrário de países altamente desenvolvidos.

*Nota:* Dados recolhidos em Kaplan & Sadock (1990); Fonseca (1987); Talbott et al. (1992)

### **1.3. ETIOLOGIA E ETIOPATOGENIA.**

"A esquizofrenia, tem constituído, do ponto de vista da sua interpretação e da sua causalidade um dos grandes pontos de discórdia da psiquiatria, a propósito do qual se defrontam as mais diversas teorias" (Fonseca, 1987, p.15).

A dificuldade de uma clara classificação da esquizofrenia, contribui sem dúvida para as diversas interpretações etiológicas. Serão aqui expostas as mais importantes concepções.

### **1.3.1. Hipótese da causalidade constitucional.**

Kretschmer elaborou uma sistematização dos tipos morfológicos associando-os a uma certa correlação temperamental e a uma maior incidência de determinadas manifestações psicopatológicas. Associou a esquizofrenia a um biotipo asténico ou leptossomático. A crítica que se faz a esta tese, é a de que a constituição física é influenciada por muitos outros factores físicos, psicológicos e sociais como a nutrição, a idade e a cultura.

### **1.3.2. Hipótese da causalidade neuropatológica.**

Existem vários estudos que apontam como causa da esquizofrenia, lesões ou disfunções ao nível cerebral, como por exemplo em Talbott et al. (1992):

- Alguns doentes com esquizofrenia apresentam anomalias do traçado electroencefálico (Hill, 1957).
- Flor Henry (1976) defendeu que determinadas esquizofrenias resultaram da desorganização dos centros fronto-temporais do hemisfério dominante.
- Fisman (1975) revelou, através da radiografia computadorizada, a coincidência de atrofia cerebral e Andersen (1982) dilatações ventriculares em alguns quadros psicóticos.
- Outros estudos apontam para uma anormalidade na lateralidade, déficite na atenção e filtragem sensorial que resultam numa hipervigilância (Kaplan, 1990).
- Em alguns quadros de esquizofrenia verificam-se distúrbios do comportamento motor, piscar de olho e um movimento rápido dos olhos (REM) que alguns autores apontam como resultado de uma deficiente integração inter-hemisférica, revelada através da tomografia computadorizada (TC).
- Outros autores apontam como causa o insulto infeccioso ou traumático apresentando estudos que revelam uma incidência aumentada de

complicações pré-natais, perinatais e neonatais em pacientes que mais tarde desenvolvem uma esquizofrenia.

No entanto, estas conclusões coincidem apenas numa baixa percentagem das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Além disso, a suposta natureza da lesão cerebral é desconhecida. Aqui, é difícil de averiguar o que é causa e o que é efeito.

### **1.3.3. Hipótese da causalidade genética.**

Muitos estudos ( embora não todos) verificaram que quanto mais próximo o parentesco genético de qualquer pessoa, com o sujeito afectado, maior será a probabilidade de desenvolver este distúrbio. No entanto, a probabilidade de contrair esta doença com dois pais esquizofrénicos é apenas de 40%.

Aqui também não sabemos ainda se é um determinado gene que transmite a doença, ou se são “padrões interaccionais” segundo a teoria sistémica que são transmitidos. Estudos em gémeos monozigóticos, de pais com diagnóstico de esquizofrenia, adoptados tiveram uma incidência de revelar esta doença de apenas 47%. O que sugere também que haja outros factores, como por exemplo ambientais, subjacentes a este distúrbio. Tienari et al. (1989) apontou dois grandes defeitos nestes estudos. Por um lado, os pais adoptivos eram muitas das vezes parentes dos pais biológicos. Por outro lado, estes estudos meramente genéticos, não tomaram em conta a própria perturbação ou não das famílias adoptivas. Num vasto estudo, na Finlândia, incluindo 289 crianças com esquizofrenia, adoptadas por não parentes, avaliando, tanto as perturbações destas crianças e dos familiares adoptivos, com metodologias “blind” e comparando estes resultados com um grupo de controlo, chegou-se à evidência de um efeito interaccional, entre factores genéticos e ambientais, onde nenhum destes factores por si, pode ser considerado, só causa ou só efeito. Noutras áreas verificaram-se resultados muito semelhantes, como no estudo da origem da obesidade. Outros recentes estudos que pretendiam revelar uma ligação entre uma parcial trissomia do cromossoma 5 ou uma anomalia dos cromossomas sexuais e a revelação da esquizofrenia, não foram conclusivos (Cicchetti, Collin, 1995, pp 543-544).

### **1.3.4. Hipótese da causalidade neurofisiológica (neurotransmissores).**

Carlsson (1977) em Talbott et al. (1992) verificou que existe uma hiperactividade dos sistemas dopaminérgicos em pacientes com esquizofrenia. Os fármacos antipsicóticos actuam então como bloqueadores dos receptores dopaminérgicos. Embora algumas pesquisas tenham tentado demonstrar evidências neurofisiológicas, (aumento de metabolismo da dopamina), a maioria dos estudos não encontrou dados neurofisiológicos completamente confirmados (Kaplan, 1990).

Outros estudos recentes apontam as seguintes hipóteses:

- Esquizofrenia devida a uma endorfina anormal ou um peptídeo neurotóxico.
- Resistência por parte de algumas pessoas com esquizofrenia em relação à histamina.
- Diminuição da adrenalina e da noradrenalina em algumas pessoas com esquizofrenia.
- O papel da GABA na esquizofrenia, entre outros.

Todos estes dados da investigação experimental e clínica, não têm revelado uma confirmação unânime por parte de vários autores. Deste modo, não podem ser considerados factores patognomónicos incontestáveis desta doença. Para uma melhor explicação neurofisiológica, ver as últimas hipóteses abordadas mais adiante.

### **1.3.5. Hipótese da causalidade do inconsciente (teoria psicodinâmica)**

Para a psicanálise freudiana o paciente esquizofrénico regride a uma fase de narcisismo primário e desintegração do ego. O indivíduo não consegue desenvolver um ego maduro capaz de interpretar a realidade. Além disso, postula que os sintomas da esquizofrenia possuem um significado simbólico para o paciente em particular. Exemplo: sentimentos de grandeza reflectem um narcisismo reactivado no qual a pessoa crê-se onipotente. Paul Fedem postula uma incapacidade precoce destes

pacientes para adquirir uma diferenciação entre si mesmo e o objecto. Por outro lado, a doutrina junguiana vê antes na esquizofrenia uma emergência de conteúdos arcaicos latentes, fazendo analogias entre a produção alucinatoria esquizofrénica e os temas mitológicos. Outros autores apontam para uma incapacidade de superar o complexo de Édipo (Lacan), incapacidade para sublimar as suas frustrações (Karl Abraham), etc..

Por um lado esta teoria é difícil, senão impossível de ser investigada, por outro lado muitos psicanalistas recentes vêm considerando que estamos perante um fenómeno complexo, não explicável, meramente por mecanismos de regressão.

### **1.3.6. Hipótese da teoria da aprendizagem.**

Esta teoria afirma que quando crianças, os pacientes esquizofrénicos aprenderam reacções e modos de pensar irracionais pela imitação dos seus pais. Também apontam os fracos relacionamentos interpessoais como causa das deficiências nas aptidões reveladas em pacientes esquizofrénicos. Süllwold (1971) em Talbott et al. (1992) afirma que devido a uma deficiência em saber discriminar estímulos chega-se a uma mistura da realidade com a fantasia. Por exemplo, fenómenos internos (pensamentos) são considerados oriundos do exterior.

Pode-se apontar como crítica a esta teoria, o facto de deixar de fora todos os estudos psicopatológicos anteriormente mencionados.

### **1.3.7. Hipótese cognitiva.**

Os primeiros cognitivistas revelaram sobretudo as deficiências ao nível do funcionamento cognitivo dos pacientes com esquizofrenia; deficiências na atenção (Oades, 1982), percepção e reconhecimento, integração e tratamento da informação de estímulos exteriores e internos (Lang & Buss, 1965), entre outros. São descritas disfunções como dificuldade na selecção da informação relevante e na sua respectiva associação, na disponibilidade da informação, na identificação de estímulos, na

capacidade de abstracção, na formação de conceitos, na categorização, na escolha das palavras, entre outros (Roder et al., 1992).

Beck (1976) considerou também as alucinações como constructos e significações e afirmou que existe um contínuo nas disfunções cognitivas (por exemplo ao nível da metacognição) entre pacientes neuróticos e psicóticos - nos últimos estes serão apenas mais pronunciados, mas não são qualitativamente distintos dos primeiros.

Alguns autores apontam como causas um déficit básico na recolha de informação e função da atenção selectiva com base em estudos nos primeiros estados de vida (Magaro, 1980). Outros como Nuechterlein & Dawson (1984); Braff et al. (1986) postulam um processo vertical no qual disfunções neuroanatómicas e neurofisiológicas interferem no processo de tratamento de informação que provoca por sua vez um desvio na fala, comportamento e pensamento.

Alguns autores cognitivos chamam também a atenção para o facto dos psicofármacos não exercerem praticamente nenhuma influência nas perturbações cognitivas mais desenvolvidas como na capacidade de abstracção e formação conceptual.

### **1.3.8. Hipótese desenvolvimentista e hipótese ecológica**

Esta hipótese considera que uma excessiva carga emocional ou momentos críticos do ciclo da vida (como por exemplo desvinculação na adolescência, da família original) podem estar na origem dos primeiros surtos psicóticos, apontando para isso o facto de a maior parte dos primeiros surtos psicóticos, se verificarem na adolescência (Cicchetti, (1995).

Outros autores enfatizam um desenvolvimento neuronal deficiente que se pode prolongar até à adolescência, ao contrário do que se suponha (Feinberg, 1982).

Os autores desenvolvimentistas pretendem então identificar os altos riscos ou "stressores" nas diversas fases do ciclo de vida como complicações obstétricas, agentes virais, riscos genéticos e riscos ao nível cognitivo e comportamental na infância e na adolescência (Cicchetti, 1995). A identificação destes riscos tem como objectivo um diagnóstico precoce da esquizofrenia e uma intervenção preventiva.

O modelo ecológico está de alguma forma ligado ao modelo desenvolvimentista. Enquanto o primeiro enfatiza a dimensão espacial (onde ocorre o sintoma, em que situação, i.e. quais são os nichos ecológicos ou riscos), o segundo enfatiza a dimensão tempo (quando ocorrem estes riscos).

O modelo de Joyce-Moniz (1993), modelo cognitivo desenvolvimentista, será exposto mais adiante no capítulo 3.

### **1.3.9. Hipótese familiar e hipótese sistêmica**

#### **A) O modelo das emoções expressas (EE) de Vaugh & Leff (1976):**

Estes autores apontam para uma correlação entre um alto nível das EE, relacionados com a natureza e com a qualidade das relações familiares (e.g. desqualificações, hostilidades, rejeições, hiperproteção, hiperenvolvimento e hiperidentificação com o paciente por parte dos familiares) e a revelação ou permanência dos sintomas da esquizofrenia. Bebbington & Kaipers (1988); Kavanagh (1992) em Kaplan & Sadock (1990) verificaram que pacientes expostos a um alto nível de EE por parte dos pacientes têm uma probabilidade quatro a cinco vezes maiores de sofrerem uma recaída.

#### **B) Visão sistêmica.**

Bateson et al. (1956) definiu pela primeira vez os sintomas da esquizofrenia como uma função - e não efeito - dentro de um sistema familiar comunicacional patológico. Descreveu o "duplo vínculo" onde a criança é posta perante duas alternativas paradoxais e insustentáveis. O mesmo autor (1988, cap. 3) foi desenvolvendo esta hipótese: a criança perante uma situação de "duplo vínculo" ou tenta negar a comunicação - desenvolvendo sintomas de catatonia - ou interpreta em cada mensagem um ataque pessoal - paranóia - ou então fala metaforicamente, dizendo algo e desconfirmado logo a seguir - hebefrenia. Haley, no mesmo artigo, afirma que os sintomas da esquizofrenia sugerem uma incapacidade de discriminar os tipos lógicos postulados por Bertrand Russel em 1910.

A partir desses postulados apareceram muitos autores sistêmicos com interpretações semelhantes. Só para mencionar alguns: Palazzoli et al. (1988), fala de transações esquizofrénicas onde cada membro da família pretende dominar, mas está disposto a sofrer uma derrota temporária porque uma vitória ou derrota definitiva iria acabar o jogo. Desta forma, as relações são pseudocomplementares ou pseudossimétricas. Mais tarde, a mesma autora (Palazzoli, 1989) fala dos “jogos familiares” verificados em famílias com um paciente esquizofrénico.

Wynne (1970) em Stierlin et al. (1987) descreveu famílias com pacientes esquizofrénicos nos quais a expressão emocional é suprimida pela utilização de uma comunicação “pseudomútua” ou “pseudohóstil” levando a um relacionamento característico nestas famílias.

Watzlawick (1962,1969,1988) afirma que a característica do discurso esquizofrénico é uma tentativa de não comunicar. Mas como a não comunicação é impossível - negar a comunicação também é comunicar - estes sujeitos estão perante um problema insolúvel, encontrando-se no círculo vicioso onde tentam negar permanentemente as mensagens dos outros.

Muitos autores sistêmicos como Weakland e Bateson, afirmam no entanto que esta visão não pretende ser um novo achado etiológico. Trata-se antes de fundar uma epistemologia, onde as expressões “etiologia” e mesmo “esquizofrenia” deixam de ter um significado.

### **1.3.10. Hipótese social.**

Os defensores da sociogenése da esquizofrenia, como por exemplo, os adeptos da antipsiquiatria (Laing, 1972) consideram o meio social como grande responsável pela determinação da esquizofrenia. O delírio é considerado uma expressão imaginativa das contradições sociais que o individuo suporta. No entanto, face a graves conflitos sociais não se verifica um aumento significativo de pacientes com esquizofrenia ao contrário do que sucede nas neuroses e depressões. As condições sociais podem, no entanto apresentar apenas mais um factor ou influência importante no percurso da doença.

### **1.3.11. Outras hipóteses.**

A teoria “organo-dinamismo” de Henri Ey (em Fonseca, 1987, pp.35-38) postula que as estruturas dos indivíduos com esquizofrenia representam uma “forma de desorganização autista da personalidade” que evolui normalmente para a desagregação. Os delírios, no entanto são características para uma estrutura compensatória, a qual protegeria o indivíduo da deterioração.

A teoria gestaltista de Conrad (1960), (em Fonseca, 1987, pp. 38-42) afirma que a esquizofrenia é uma variação secundária da estruturação individual, onde o desenvolvimento da pessoa se processa em níveis de diferenciação evolutiva e em metamorfoses, com transformações fisiológicas e psicológicas integradas e progressivas. Tal, justifica-se na óptica gestaltista, por se ter verificado que para além dos incidentes do delírio esquizofrénico pode-se ainda encontrar uma ordenação estrutural, reveladora de um carácter unitário do processo mórbido.

### **1.3.12. Recentes tendências na possível explicação da esquizofrenia**

Podemos então “considerar que apesar de vastos estudos, a etiologia da esquizofrenia é ainda desconhecida e que provavelmente estamos perante um distúrbio heterogéneo” (Kaplan & Harold,, 1990).

Os autores mais recentes tentam por isso integrar os diversos factores explicativos.

#### **A) Modelos multifactoriais e interaccionais.**

Um destes modelos é o chamado modelo “stress-diatese” (Meehl, 1989, 1990; Crescott & Gotesman, 1993) em Kaplan & Sadock (1990) que se baseia no nível de vulnerabilidade estudada por Zubin & Spring (1977), postulando que quanto maior a

Um destes modelos é o chamado modelo “stress-diatese” (Meehl, 1989, 1990; Crescott & Gotesman, 1993) em Kaplan & Sadock (1990) que se baseia no nível de vulnerabilidade estudada por Zubin & Spring (1977), postulando que quanto maior a vulnerabilidade (diatese), menor o “stress” necessário para conduzir o indivíduo a um surto psicótico. Neste modelo diatese ou “stress” podem ser biológicos, ambientais ou ambos. A componente ambiental pode ser biológica (e.g. infecção) ou psicológica (e.g. situação familiar “stressante”, morte de um parente próximo). A base biológica de uma diatese pode ainda ser moldada por influências epigenéticas tais como o abuso de drogas ou factores de “stress” psicossocial.

Iacono & Grave (1993) em Kaplan & Sadock (1990) apresentam um modelo multifactorial que tem ainda em consideração os subgrupos da esquizofrenia. Outros modelos que poderíamos inserir nesta abordagem são Huber (1983), Zubin (1989), Brenner (1986), Brenner et al. (1992), Bogerts (1990) e Roder et al. (1992). Abreviaremos contudo estes desenvolvimentos que teriam uma densidade e profundidade não justificada no âmbito desta tese.

## B) Modelos transaccionais.

Houve no entanto uma crítica aos modelos multifactoriais no sentido de considerarem o indivíduo como ser passivo, fonte de diversas condicionantes que interagem entre si. Por isso foram elaborados modelos não lineares que englobam conceitos como “multifinalidade” e “equifinalidade” (padrões genéticos, cognitivos e comportamentais diferentes podem levar à mesma sintomatologia ou padrões semelhantes podem revelar efeitos muito diferentes, revelando ou não a doença). Aqui, o ser humano é visto como agente activo, com mais ou menos recursos, que interage face às diversas condicionantes.

Nuechterlein (1989) propôs um modelo transaccional da esquizofrenia, no qual existem complexas interacções entre os seguintes factores:

- Factores de vulnerabilidade pessoal
- Factores potencializados da doença ou “stressores” provindos do ambiente
- Factores pessoais (equilibradores) que provocam resistência
- Factores ambientais (equilibradores) que provocam resistência

Podemos considerar os dois últimos como factores de equilíbrio.

O “stress-vulnerability-coping-competence model” de Lieberman (1988) que se insere nesta última categoria, será discutido mais adiante (ver cap. 2 da I. parte).

Um dos modelos mais completos que integra muitos aspectos das hipóteses descritas (aspectos psicopatológicos, genéticos, cognitivos, emocionais e desenvolvimentistas) numa visão sistémica, é o modelo multicondicional e trifásico de Ciompi (1982,1989). Numa primeira fase chega-se a uma vulnerabilidade premórbida influenciada por factores biológicos (genéticos, perinatais, etc.) e por factores psicossociais (EE, estratégias de *coping*, estilos de comunicação, etc.). Esta vulnerabilidade afecta mecanismos emocionais, cognitivos (processamento de informação) e comportamentais que por sua vez reduzem a capacidade de saber lidar em situações interpessoais complexas.

Numa segunda fase (que cai sobretudo na adolescência) aumentam os factores de “stress” ambientais que levam a uma “compensação cognitiva”, podendo revelar sintomas psicóticos. Os sintomas são vistos, nesta abordagem, não como efeitos directos de qualquer causa, mas sim como estratégia compensatória de uma dada situação multicausal.

Numa terceira fase, além dos factores acima mencionados, influenciarão outros factores como a atmosfera familiar, redes de apoio, possibilidade de reabilitação e as próprias atitudes dos técnicos de saúde e pessoas à volta do paciente, determinando se a doença evolui no sentido de uma remissão, melhoria parcial ou cronicidade. Os estudos catamnésicos (Ciompi & Müller, 1976) verificaram uma evolução muito heterogénea nos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Todos estes factores interinfluenciam-se em ambos os sentidos através de mecanismos de “feedback” e “feedforward”, sendo simultaneamente causa e efeito.

Existem ainda quatro processos mediadores subjacentes a este modelo:

- 1) **Teoria do “stress”**: Sabemos, com bases experimentais, que, em condições de “stress”, existem modificações biológicas. O aumento da adrenalina e noradrenalina, não só modificam o estado emocional e o funcionamento periférico (fluxo de sangue, respiração acelerada, etc.) mas também o funcionamento do sistema nervoso central. Se as situações de “stress” prevalecem ou se repetem muitas vezes, essas modificações podem-se fixar mesmo ao nível

do sistema nervoso central. A importância destes resultados repercute-se no papel preponderante do "stress" na esquizofrenia.

- 2) **Plasticidade neuronal:** Sabemos que os neurónios quando expostos a estímulos repetidos, reagem com modificações anatómicas e funcionais. As vias associativas do sistema nervoso central são tanto mais formadas quanto mais utilizadas. Sabe-se hoje, ao contrário do que se suponha, que esta capacidade se mantém até idades avançadas Purves & Hadley (1985) em Cionpi (1989). Isto significa que as perturbações neuronais podem ser devidas a factores biológicos ou psicossociais. Estes dois factores podem potenciar-se. A plasticidade neuronal constitui um mediador decisivo no estabelecimento da ponte entre ambos os factores.
- 3) **O metabolismo da dopamina:** Embora existam estudos reveladores de uma relação entre o aumento da dopamina e dos receptores dopaminérgicos em pacientes com esquizofrenia, este factor não pode, só por si, ser considerado uma causa. Sabemos que a dopamina interage com outros neurotransmissores, por exemplo, com a serotonina. Verificou-se ainda, em experiências laboratoriais com animais, que o metabolismo da dopamina se altera quando os animais são expostos a uma situação de "stress" (Haraez, 1982, 1984, 1985). Se esta hipótese se confirmar em seres humanos, então refutar-se-á o grande exemplo da causalidade da pesquisa biológica da esquizofrenia. Provavelmente temos apenas, em relação ao metabolismo da dopamina, um outro mediador, entre factores biológicos e psicossociais. Sabe-se ainda que o sistema dopaminérgico liga as regiões mais básicas do sistema límbico (relacionado com as emoções) ao lobo frontal do córtex (relacionado com as cognições mais elevadas). Temos então um elo explicativo das disfunções emocionais e cognitivas na esquizofrenia.
- 4) **Teoria da dinâmica dos sistemas complexos de Prigogine.** Esta teoria já aplicada em diversas áreas como a metodologia, biologia e terapia familiar, pode integrar o factor "tempo" ou evolução na esquizofrenia. Postula-se aqui que, sobre a influência de mecanismos de feedback em sistemas dinâmicos complexos - e podemos considerar a esquizofrenia como tal - podem surgir saltos de desenvolvimento não linear para um novo nível de funcionamento. São as chamadas "estruturas dissipativas". Estes saltos surgem após uma destabilização - "flutuações em pontos críticos" - do desenvolvimento, onde surgem alternativas

chamadas “estruturas dissipativas”. Estes saltos surgem após uma destabilização - “flutuações em pontos críticos” - do desenvolvimento, onde surgem alternativas de escolha - “bifurcações” - que uma vez escolhidas são irreversíveis. A escolha de uma ou outra alternativa depende de influências ambientais aleatórias.

Como exemplo, podemos supor que perante uma certa vulnerabilidade, um indivíduo reage inadequadamente num conflito familiar. Essa atitude por parte do indivíduo provoca ainda mais tensão e comportamentos não adequados, provocando situações de “stress” mais intenso na família num processo de escalação até ao ponto - “point of no return” - onde todo o sistema emocional cognitivo e comportamental se modifica, podendo entrar numa fase psicótica. Estes processos não só têm um impacto nos factores psicossociais, como afectam também o metabolismo dopaminérgico que na prevalência das situações de “stress” se podem fixar nas vias neuronais do sistema nervoso central.

Este modelo consegue, de forma muito explícita integrar muitas das concepções etiológicas anteriormente postuladas. Compreendemos agora a celebre afirmação de Eccles, em Popper & Eccles (1987), que o conhecimento das actividades neurofisiológicas não nos permitem explicar o psiquismo.

Podemos concluir que os modelos unidireccionais, são em geral substituídos por modelos multifactoriais e transaccionais complexos em relação às explicações etiológicas. Qualquer teoria que apenas aponte uma causa para a esquizofrenia, seja ela biológica ou psicossocial, deve ser considerada demasiado reducionista, face aos diversos estudos revelados.

No entanto, ainda hoje, perante a etiologia da esquizofrenia, encontramos muitas vezes, como um grupo de cegos à volta de um elefante, animal que desconhecem, tentando descrevê-lo. Um afirma; ao apalpar o marfim, que se trata de um animal muito duro; outro, por seu turno, discorda, dizendo que tem a forma de uma cobra; outro ainda agarrando-se a uma das pernas, garante que se trata de um animal semelhante a um tronco de árvore.

Apenas podemos avançar nesta área se estes “cegos”, com uma atitude tolerante, começarem a trocar essas informações, trabalhando em equipas pluridisciplinares. Os últimos aqui mencionados já são um resultado nesse sentido.

## 1.4. ASPECTOS NOSOLÓGICOS.

Existem várias dificuldades para diagnosticar a esquizofrenia:

- Nenhum sinal ou sintoma é patognomónico da esquizofrenia. Cada sintoma da esquizofrenia pode também ser visto noutros distúrbios.
- Os sintomas de um paciente mudam ao longo do tempo. Por exemplo, existem fases com e sem alucinações.
- No diagnóstico deve-se tomar em consideração o nível educacional, capacidade intelectual e filiações culturais e subculturais. Várias culturas ou instituições podem ter crenças ou costumes estranhos, fazendo no entanto sentido à pessoa.
- Por fim, existem as mais diversas classificações. Por exemplo, uns falam em esquizofrenia endógena e exógena e outros rejeitam este termo. A apresentação das várias classificações iria além do âmbito desta tese e por isso vamos-nos restringir à classificação do DSM - IV (1996) que é talvez o mais aceite actualmente.

### 1.4.1. Critérios de diagnóstico para a esquizofrenia (F20 do DSM-IV; ou 295 do DSM-III).

A. *Síntomas característicos: dois (ou mais) dos seguintes, cada um presentes por uma porção significativa de tempo durante o período de um mês (ou menos, se tratado com êxito):*

- (1) *Ideias delirantes.*
- (2) *Alucinações*
- (3) *Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequente).*
- (4) *Comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico.*
- (5) *Síntomas negativos, i.e., embutamento afectivo, alogia ou avolição.*

*Nota: Só é necessário um sintoma do critério A caso as ideias delirantes possuam um carácter bizarro ou as alucinações consistam numa voz comentando o comportamento ou pensamento da pessoa ou duas ou mais vozes conversando entre elas.*

*B. Disfunção social/ ocupacional: desde o início da perturbação por um período significativo de tempo, uma ou mais áreas maior de funcionamento tal como o trabalho, relacionamento interpessoal ou cuidado com o próprio estejam marcadamente abaixo do nível atingido antes do início (ou quando se inicia na infância ou na adolescência a incapacidade para atingir o nível interpessoal, académico ou ocupacional esperado).*

*C. Duração: os sinais contínuos da perturbação persistem, pelo menos, durante seis meses. Neste período de seis meses devem estar incluídos pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com êxito) que preencham o critério A, (i.e., sintomas de fase activa) e podem estar incluídos períodos de sintomas prodrómicos ou residuais. Durante estes períodos prodrómicos ou residuais, os sinais da perturbação podem manifestar-se apenas por sintomas negativos ou dois ou mais dos sintomas apresentados de forma atenuada enumerados no critério A (por exemplo, crenças estranhas, experiências preceptivas pouco habituais).*

#### **1.4.2. Critérios para o diagnóstico dos subgrupos da esquizofrenia.**

- **Critérios de diagnóstico para o tipo paranóide (F20.0 do DSM-IV e 295.30 do DSM-III).**

*Tipo de esquizofrenia, na qual se encontram os seguintes critérios:*

*A. Preocupação com uma ou mais ideias delirantes, ou alucinações auditivas frequentes.*

*B. Nenhum dos seguintes sintomas é dominante: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico, ou afecto embutido ou inapropriado.*

- *CrITÉRIOS de diagnóstico para o tipo desorganizado (F20.1. do DSM-IV ou 295.10 do DSM-III).*

*Tipo de esquizofrenia no qual se encontram os seguintes critérios:*

*A. Todos os seguintes são dominantes:*

- (1) Discurso desorganizado.*
- (2) Comportamento desorganizado*
- (3) Afecto embutado ou inapropriado*

*B. Não se encontram critérios que preencham o tipo catatónico.*

- *CrITÉRIOS de diagnóstico para o tipo catatónico (F20.2. do DSM-IV ou 295.20 do DSM-III).*

*Tipo de esquizofrenia no qual o quadro clínico é dominante pelo menos por dois seguintes:*

- (1) Imobilidade motora como a evidência por catalepsia (incluindo a flexibilidade séria) ou estupor.*
- (2) Actividade motora excessiva (aparentemente sem objectivo e não influenciada pelos estímulos externos).*
- (3) Negativismo extremo (uma resistência a todas as instruções aparentemente sem motivo ou à manutenção de uma postura rígida contra todas as tentativas para ser mobilizado) ou mutismo.*
- (4) Peculiaridades dos movimentos voluntários como os evidenciados pela postura (tomada de posturas voluntárias inapropriadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos dominantes ou trejeitos dominantes.*
- (5) Ecolália ou ecopràxia.*

- *CrITÉRIOS de diagnóstico para o tipo indiferenciado (F20.3. do DSM-IV e 295.90 do DSM-III).*

*Tipo de esquizofrenia no qual os sintomas que preenchem o critério A estão presentes mas não se encontram os critérios para os tipos paranóide, desorganizado ou catatónico.*

## 1.5. EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO.

Os quadros sintomatológicos, mesmo semelhantes, evoluem muitas vezes de forma diferente sobretudo no que diz respeito à estabilidade emocional, recaídas e à sua readaptação (Ciompi & Müller, 1976). São muitos os factores susceptíveis de influenciar a evolução e o prognóstico desta doença, incluindo o quadro premórbido, as terapêuticas farmacológicas, psicoterapias e intervenções reabilitativas aplicadas.

## 1.6. TERAPÊUTICAS

O primeiro bloco refere-se ao tratamento estritamente clínico (Kaplan & Harold, 1990; Talbott et al. 1992)

- 1) **Hospitalização:** Segundo os autores acima referidos, as principais indicações são para finalidades de diagnóstico, estabilização da medicação, segurança do paciente devido a ideação suicida ou homicida, ou comportamento amplamente desorganizado ou inapropriado, incluindo a capacidade de cuidar das próprias necessidades. As pesquisas têm mostrado que as hospitalizações breves são tão efectivas quanto as prolongadas e que os programas activos de tratamento com abordagens comportamentais são mais eficazes do que instituições custodiais. O programa do tratamento hospitalar deve ter uma orientação prática dirigida aos temas de situação vital, automanutenção, qualidade de vida, emprego e relacionamento social. A hospitalização deve ser dirigida ao alinhamento do paciente com facilidades pós-hospitalares, i.e. seguimento em estruturas intermédias na comunidade (ver cap. 4. da 1ª parte).
- 2) **Antipsicóticos:** a eficácia dos antipsicóticos foi comprovada em estudos comparativos com placebo. São largamente aceites mesmo no âmbito da reabilitação psicossocial, como um factor equilibrador (Lieberman, 1988; Lieberman et al. 1995, Kapelowicz et al. 1995; Smith et al. 1996; ver também cap. 4 e 5 da 1ª parte). No

entanto, os psicofármacos não possuem um efeito curativo; incidem mais sobre os sintomas positivos, especialmente na fase aguda. Os sintomas negativos não são muito receptivos a este tipo de tratamento, podem até aumentar numa administração prolongada. Uma discussão pormenorizada do tratamento farmacológico não cabe no âmbito desta tese.

3) **Tratamento electroconvulsivo:** o tratamento electroconvulsivo pode ser indicado em pacientes catatónicos que por alguma razão não respondem aos neurolépticos ou não os podem tomar.

Tratamentos psicossociais, psicoeducativos ou psicológicos. Tem-se demonstrado a eficácia de muitos tratamentos psicossociais para a esquizofrenia (ver cap. 4 e 5 da 1ª parte).

4) **Treino de aptidões sociais** (ver cap. 5 da 1ª parte).

5) **Terapia familiar:** aplicada só se o doente vive no seio da família. Existem várias abordagens: terapia familiar sistémica, psicoeducativa, comportamental e terapia familiar para a redução das emoções expressas.

6) **Intervenção ambiental** (para doentes internados). Este tipo de intervenção abrange:

- O ambiente e estrutura física, onde se mostrou ser favorável: pequenas enfermarias com um ambiente acolhedor.
- Relacionamento equipa/paciente, onde se revelou uma baixa rotatividade do pessoal, uma ampla delegação de responsabilidade com linhas claras de autoridade, baixos níveis percebidos de raiva e agressão (emoções expressas, negativas) e uma abordagem prática de solução de problemas.
- Organização: Diversos estudos concluíram que para um doente com esquizofrenia de evolução prolongada, um ambiente activo, com estimulação média, era superior a um ambiente meramente custodial. No entanto devem ser evitados tanto uma hipo- como hiperestimulação. Um ambiente com uma actividade intermédia pode ser proporcionado através de vários tipos de intervenção:

- Terapia ocupacional
- Musicoterapia (Costa, 1995)
- Terapia da dança e expressão corporal

- Terapia para a arte e actividades recreativas e do lazer
- Ergoterapia e participação nas tarefas e no funcionamento hospitalar (uma abordagem muito adoptada pela Casa de Saúde da Idanha).
- Ginástica
- etc.

7) **Psicoterapia de grupo** para doentes internados e em regime ambulatorio. Tem um efeito positivo quando assume mais uma abordagem psicoeducativa (resolução de problemas, aptidões sociais, relacionamento intrapessoal) e quando não está virada para o "inside". Esta abordagem tem como objectivo o aumento das competências sociais e o evitamento do isolamento e dos efeitos adversos da "hospitalização".

8) **Psicoterapia individual**: pode ser útil quando está orientada mais para a realidade e pragmática e não para o "inside". Contém, normalmente o desenvolvimento de novas estratégias, testes de realidade, resolução de problemas, identificação de "stressores", entre outros.

9) **Intervenções no âmbito da reabilitação psicossocial (RPS) e desinstitucionalização**. São descritos com mais pormenores nos cap. 4.7. e 5 da 1ª parte. Compreendem:

- Tratamento farmacológico
- Treino de Aptidões Sociais.
- Intervenção vocacional
- Intervenção residencial
- Intervenção comunitária
- "Case management"
- Grupos de auto- e interajuda.

Na RPS surgiram mais recentemente as abordagens integrativas que se baseiam nos modelos etiológicos interactivos e transaccionais (ver cap. 1 da 1ª parte).

Liberman (1988) inclui na sua abordagem integrativa: o TAS, terapia psicofarmacológica, terapia psicoeducativa familiar, reabilitação vocacional e suporte social.

Roder et al (1992) elaborou um "Programa Terapêutico Psicológico Integrado" para doentes com esquizofrenia. Este programa compreende cinco subprogramas que

têm como objectivo melhorar os défices cognitivos e sócio-comportamentais. São organizados hierarquicamente desde os aspectos moleculares cognitivos até molares (estratégias de resolução de problemas em contextos sociais). As intervenções iniciais visam "skills" cognitivos básicos (diferenciação cognitiva e percepção social); as intermédias promovem a passagem dos "skills" cognitivos a respostas verbais e sociais (aptidões sociais); e as últimas visam a elaboração de estratégias de resolução de problemas interpessoais complexas em situações sociais que incluem objectivos no âmbito da reabilitação (actividades da vida diária e do lazer, intervenção residencial e vocacional, relacionamento interpessoal).

#### **10) Outras intervenções comportamentais e/ou cognitivas:**

- Programas de "Token economy" para a mudança de comportamentos desajustados.
- Intervenções directas sobre os sintomas:
  - Intervenções sobre as alucinações auditivas (Haddock et al. 1996; Chadwick & Birchwood, 1996): estratégias de confronto com autoinstruções.
  - Intervenções sobre as alucinações visuais (Yusupoff & Tarrier, 1996)
  - Intervenções sobre os delírios (Turkington & Kingdon, 1996): desafio a ideias delirantes.
  - Intervenções sobre os sintomas negativos (Hogg, 1996).

#### **11) Aconselhamento pessoal, social e vocacional.**

Uma meta-análise de diferentes intervenções terapêuticas na esquizofrenia, englobando 31 trabalhos, verificou um considerável efeito aditivo em relação a uma intervenção psicofarmacológica para as intervenções cognitivas, familiares e intervenções comportamentais. As terapias psicoanalíticas e o aconselhamento não tiveram um efeito positivo (Wunderlich et al., 1996). Estes achados podem-nos dar uma indicação valiosa sobre as intervenções terapêuticas eficazes na esquizofrenia, indicando que as intervenções cognitivas, familiares e comportamentais revelam um efeito aditivo, quando aplicadas em conjunto com uma terapia farmacológica.

## 2. O MODELO DE LIBERMAN (1988). “STREES-VULNERABILITY-COPING- COMPETENCE MODEL”.

Este modelo, um dos modelos em que se baseia a presente investigação, destina-se a pessoas que sofrem de uma doença mental prolongada (ver cap 6 da 1. Parte).

Para entender melhor este modelo, que está intimamente ligado à prática reabilitativa, temos primeiro de clarificar alguns conceitos:

### 2.1. OS QUATRO ESTÁDIOS NO MODELO REABILITATIVO.

(PATOLOGIA) → (DEFICIÊNCIA) → (INCAPACIDADE) →  
(DESVANTAGEM ou HANDICAP)

#### ■ O estado patológico.

Representa as anomalias psicobiológicas no sistema nervoso central causadas por agentes ou processos responsáveis pela etiologia ou prevalência da doença bio-psicossocial. Já foram feitas referências às anomalias psicobiológicas nos capítulos anteriores. A avaliação deste estado pode ser feito mediante testes laboratoriais (radiografia computadorizada, TC, etc.). Esta patologia pode afectar o estágio seguinte.

#### ■ A deficiência:

anteriores. A deficiência pode conduzir ao estado seguinte. Uma intervenção consiste aqui no diagnóstico sintomático, na farmacoterapia e hospitalização.

■ A incapacidade:

Corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) da capacidade para exercer uma actividade de uma maneira e âmbito considerados normais para o ser humano. Na esquizofrenia assistimos a uma incapacidade na área das aptidões sociais. Uma intervenção neste estágio, consiste numa avaliação das funções pessoais (aptidões) ou no treino de aptidões sociais e no fornecimento de um suporte social. Estas incapacidades podem ou não afectar o último estágio.

■ Desvantagens ou "handicaps"

Este estado pode ocorrer por causa de uma discriminação, estigmatização ou falta de oportunidades. Por exemplo, o desemprego, pessoas sem abrigo ou rendimentos insuficientes. Estes aspectos estão intimamente ligados à aplicação dos direitos humanos a esta população e à elevação da sua qualidade de vida. Uma intervenção consiste em criar oportunidades através de programas reabilitativos, laborais e comunitários, ao nível nacional e regional, com respectiva legislação - criação de postos de trabalho protegidos, residências protegidas, etc..

Nota: Foi publicado pela OMS (1995) um manual de classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens ou "handicaps" em Saúde Mental.

Os níveis de patologia, deficiência, incapacidade e desvantagens sofridas não só varia muito entre as pessoas que sofrem de uma esquizofrenia, mas também num dado paciente ao longo da sua vida (Lieberman, 1982). Isto é, períodos de recaídas e incapacidades podem-se alternar com períodos de remissão e excelente funcionamento social (Harding & Strauss, 1985). Hoje em dia, considera-se uma pessoa com esquizofrenia não um doente permanente - vinte e quatro horas durante todos os dias - mas sim, alguém que tem fases, onde pode funcionar melhor do que noutras.

Este modelo também não é unilinear e irreversível. Uma dada patologia não reverte automaticamente num certo nível de deficiência e incapacidade que também

não são responsáveis directos de uma ou mais desvantagens. Por exemplo: uma pessoa pode, apesar de diminuídos dados clínicos, psicopatológicos (estádio 1), revelar episódios psicóticos severos (estádio 2), mas ter um bom percurso na sua recuperação social e funcionamento laboral (estádio 3 e 4). Uma outra pessoa pode, apesar de episódios psicóticos menos severos, atingir um estágio residual com muito déficite ao nível das suas capacidades (Anthony, 1979, 1982). Existe uma enorme variabilidade intra- e interindividual, em relação à revelação da doença e ao seu percurso, que é mais uma regra do que uma excepção.

Em relação à deficiência física, estes aspectos ainda são mais visíveis. Um paraplégico (estádio 1), numa cadeira de rodas, pode fazer uma vida quase normal num ambiente com rampas e outras facilidades de acesso (estádio 4). Podemos-nos aqui questionar, quais são as tais "rampas" em Saúde Mental. Provavelmente tratam-se de aspectos como residências protegidas, inserção no trabalho e por último, sobretudo as atitudes da sociedade em geral, em relação a esta população (ver também cap. 4. da 1. parte).

Podemos concluir que uma desabilidade é o resultado da interacção da capacidade ou incapacidade de um indivíduo que interage com as exigências e expectativas do ambiente social circundante. Uma incapacidade por si só não causa a desabilidade. Uma adaptação do ambiente pode sem dúvida impedir que uma incapacidade se converta em desabilidade ou desvantagem. Ou mais simplesmente, podemos afirmar que a esquizofrenia não só está na pessoa, mas também no seu ambiente social.

## **2.2. DESENVOLVIMENTO DO MODELO.**

Clarificando estes conceitos, podemos finalmente apresentar a estrutura global do modelo de Liberman (ver Fig. 1), que podemos inserir nos modelos transaccionais (ver capítulo 1.3.), visto que engloba conceitos de equifinalidade e considera o indivíduo um ser activo.

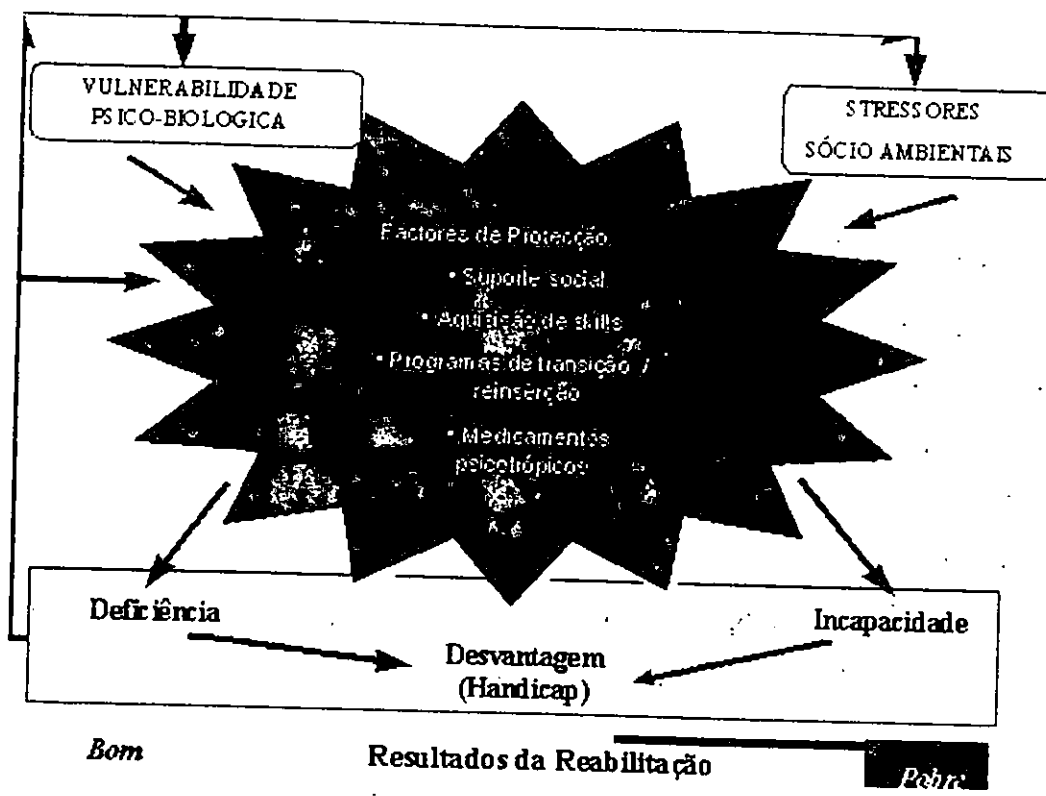


Fig. 1: Modelo de Liberman (1988)

Resumidamente, este modelo postula que a vulnerabilidade e os factores de “stress” socio-ambientais são moderadores no seu impacto, na deficiência, incapacidade e desvantagem, pela presença ou não da acção de factores protectores. Mas também é verdade que os níveis de deficiência, incapacidade e desvantagem exercem uma influência na vulnerabilidade, no nível de “stress” socio-ambiental tolerável e nas necessidades dos factores protectores.

Por vulnerabilidade psico-biológica entende-se anomalias patológicas, mais ou menos persistentes, que estão presentes antes, durante e depois dos episódios sintomáticos.

Factores de “stress” socio-ambientais são eventos passageiros ou ambientais que exigem uma mudança adaptativa por parte do sujeito, desafiando as competências e estilos de confronto - o chamado “coping” - do individuo.

Factores protectores são considerados variáveis pessoais (como aptidões sociais e estilos de “coping”), variáveis ambientais (como suporte familiar e comunitário,

tratamento profissional e psicofármacos e programas reabilitativos) que determinam se perante um dado nível de vulnerabilidade, a doença conduz ou não à sintomatologia manifesta sobre um dado nível presente de “stress”.

Desta forma, os factores psicossociais protectores, amortecem o impacto do “stress” e por isso reduzem a probabilidade de ocorrência de recaídas.

Em qualquer nível da psicopatologia as estratégias de confronto podem reduzir as desabilidades sociais, ocupacionais e pessoais associadas a esta doença.

Este modelo faz também apelo para uma intervenção optimal, psicofarmacológica que serve também como factor protector, pessoal cōntra a vulnerabilidade biológica, reduzindo, por isso, as taxas de recaídas. No entanto:

*“a modulação da vulnerabilidade biológica, através de antipsicóticos, não pode remediar inteiramente a susceptibilidade do individuo em ter uma recaída, numa situação de um elevado nível de “stress” associado a uma falta de suporte social e a uma diminuição das aptidões pessoais e sociais. Mesmo através de uma considerável administração de neurolépticos verificaram-se cerca de 40 % de recaídas durante um ano” Liberman et al., (1995).*

O surgimento ou aumento dos sintomas da esquizofrenia e as suas incapacidades associadas podem ocorrer se:

- devido a uma vulnerabilidade psicobiológica são desplotados determinados factores, o que ocorre mais facilmente na ausência de uma medicação optimal por meio de antipsicóticos.
- ocorrem acontecimentos “stressantes” que excedem as aptidões de confronto e competências em desempenhar um papel instrumental ou social do individuo.
- a rede do suporte social apresenta-se fraca ou diminuída.
- as aptidões sociais e estratégias de resolução de problemas são atrofiadas devido à sua fraca utilização, devido ao reforço por parte de terceiros do estatuto do doente ou ainda devido à falta de motivação em adquirir ou readquirir essas aptidões sociais.

Este modelo aponta para diversas intervenções: terapia farmacológica, redução de acontecimentos “stressantes” para esta população, alargamento do sistema de

suporte pessoal, familiar e social e finalmente o treino de aptidões sociais. Pelas razões atrás mencionadas, muitas destas intervenções não se podem considerar exclusivas. Todos têm efeitos aditivos. As recentes investigações (Lieberman, 1988) vem ao encontro dessa hipótese.

### 3. O MODELO DA PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO DE JOYCE-MONIZ (1993)

*... toda a psicopatologia é desenvolvimento, na medida em que a patologia se constitui num processo desviante que ocorre durante o tempo, tornando possível a comparação com um processo de desenvolvimento normal.*

Joyce-Moniz (1993)

#### 3.1. INTRODUÇÃO.

Este modelo, em que se baseia também a presente investigação, distingue-se claramente das concepções psicopatológicas do modelo biomédico, que descreve apenas as estruturas biológicas ou funcionais para os processos patológicos, e da psicopatologia analítica. Baseia-se antes nas concepções do desenvolvimento socio-cognitiva, na tradição piagetiana, integrando a patologia do pensamento, da emoção e da cognição (nosologia da patologia tradicional). Pode ser definido em termos latos, como um estudo das origens, do percurso e da predição, do desenvolvimento de processos inadaptados.

*"A psicopatologia do desenvolvimento constitui-se nas interações entre a psicopatologia do desenvolvimento cognitivo, emocional e/ou social, por um lado, e, por outro lado, as nosologias e os processos etiológicos da psicopatologia tradicional"* (Joyce-Moniz, 1993, pp 5/6).

O presente modelo refere-se tanto a processos adaptativos (generativos e majorantes) como aos processos degenerativos, atendendo tanto à continuidade como à descontinuidade entre o desenvolvimento patológico e o desenvolvimento natural.

A psicopatologia dialéctica e do desenvolvimento, onde se insere este modelo, considera os distúrbios como "descontinuidades" ou equilíbrios, níveis que se sucedem ordenadamente ao longo do desenvolvimento psicológico.

Mas ao contrário dos modelos tradicionais da psicopatologia, que fazem corresponder um determinado distúrbio a um determinado nível de desenvolvimento - exemplo: a concepção da esquizofrenia como regressão para uma fase de indiferenciação objectal do recém-nascido - a psicopatologia do desenvolvimento, expressa com base de formas sintomáticas, cada distúrbio ao longo do desenvolvimento, em cinco níveis de significações, de progressiva diferenciação e integração. Isto é, cada distúrbio - no nosso caso, a esquizofrenia - pode apresentar níveis de desenvolvimento ou muito rudimentares, ou muito diferenciados; semelhante ao desenvolvimento socio-cognitivo-adaptativo, como foi postulado por diversos autores (Kohlberg, 1969; Selman, 1980, entre outros).

### **3.2. NÍVEIS DO DESENVOLVIMENTO SINTOMÁTICO.**

No âmbito deste modelo, são postulados os seguintes níveis de significação sintomáticos para a esquizofrenia, que se sucedem a uma cada vez maior diferenciação.

#### **1º NÍVEL ("CENTRAÇÃO AUTISTA NO CORPO")**

- ACTIVIDADE DELIRANTE ENVOLVE TODOS OS SENTIDOS (ALUCINAÇÕES TÁCTEIS, GOSTATIVAS, OLFACTIVAS, ...)
- CONCEPÇÃO DO CORPO SEM ORGÃOS.
- MECANIZAÇÃO OU DESFUNCIONALIDADE MECÂNICA DO CORPO OU PARTES CORPORAIS.
- SENSACÃO DE QUE O CORPO NÃO LHE PERTENCE.
- SENSACÃO DE NÃO TER CONTROLO SOBRE O SEU CORPO.

#### **2º NÍVEL ("CENTRAÇÃO AUTISTA NO FUNCIONAMENTO DO CORPO COMO SENDO CONTROLADO EXTERIORMENTE")**

- ACTIVIDADE DELIRANTE ATRIBUI A ENTIDADES OU FORÇAS EXTERIORES. O CONTROLO DOS IMPULSOS OU SENTIMENTOS.
- TRANSFORMAÇÃO DA IDENTIDADE PRÓPRIA.
- ALUCINAÇÕES DE NATUREZA ESSENCIALMENTE SOMÁTICA (SENSAÇÕES BIZARRAS E INTRUSIVAS LOCALIZADAS NO CORPO).
- SIGNIFICAÇÕES DELIRANTES: ALTERAÇÕES NA ESTRUTURA E NO FUNCIONAMENTO DO CORPO (E. G. ORIFÍCIOS DOS OUVIDOS ESTÃO FECHADOS).

### **3º NIVEL** ("CENTRAÇÃO AUTISTA NOS PROCESSOS DO PENSAMENTO NUMA RELAÇÃO AFECTIVA")

- SIGNIFICAÇÕES DELIRANTES DA PESSOA SER CONTROLADA POR OUTRO INDIVÍDUO.
- DELÍRIOS DE PERSEGUIÇÃO
- DELÍRIOS DE REFERÊNCIA ( ATRIBUIÇÃO DE UM SIGNIFICADO RELACIONAL ESPECIAL A UM ACONTECIMENTO FORTUITO).
- IMPOSIÇÃO EXTERIOR DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES.
- ALUCINAÇÕES DO PENSAMENTO CONTROLADO, INSERIDO OU EMITIDO.
- METACOGNIÇÃO FUNCIONAL: ENTIDADES CONTROLADORAS SITUAM-SE FORA DO CAMPO SENSORIAL (DENTRO OU ATRÁS DA CABEÇA, NUM LOCAL DISTANTE).
- PERDA DA IDENTIDADE SEXUAL.
- DELÍRIOS DA POBREZA OU PERDA DE BENS MATERIAIS (AUTISMO RELACIONAL).
- NEGAÇÃO SISTEMÁTICA DA REALIDADE DAS REGRAS E NORMAS DE CONVÍVIO EM RELAÇÃO A UM INDIVÍDUO.
- NEGAÇÃO DE UM OU AMBOS OS PARCEIROS DE UMA RELAÇÃO AFECTIVA

### **4º NIVEL** ("CENTRAÇÃO AUTISTA NO PROCESSO DE PENSAMENTO NUMA RELAÇÃO INSTITUCIONAL")

- SIGNIFICAÇÕES DELIRANTES DA PESSOA SER CONTROLADA POR ENTIDADES (SISTEMAS E INSTITUIÇÕES SOCIAIS).
- (VER 3º NÍVEL, MAS AQUI EM RELAÇÃO A UM SISTEMA OU INSTITUIÇÃO SOCIAL)

### **5º NIVEL** ("AUTISMO EXISTENCIAL". MANIFESTAÇÃO DE UMA "INSEGURANÇA ONTOLÓGICA": CONVICÇÃO DE QUE A PESSOA É DIFERENTE DO RESTO DO MUNDO).

- A REALIDADE CONSTITUI UMA SÉRIA AMEAÇA PARA A SUA IDENTIDADE E AUTONOMIA.
- DESPERSONALIZAÇÃO POR DISSOLUÇÃO DOS ATRIBUTOS INDIVIDUAIS NO MUNDO DOS OUTROS.

- PERDA DA IDENTIDADE. CONSIDERA A SUA FORMA DE AGIR E PENSAR COMO PERDIDA OU ESTRANHA.
- NIHILISMO SOBRE A NÃO EXISTÊNCIA DO "SELF".
- PERDA DO SENTIDO DA REALIDADE DA EXISTÊNCIA E DA CONTINUIDADE DOS JUÍZOS E PROCESSOS DE PENSAMENTO (UNIVERSO SOLIPSISTA).
- ANGÚSTIA DE AUTO-DESTRUIÇÃO.
- SENSAÇÃO QUE SE PODE "VER OU OUVIR DE FORA".

Os níveis de significação para a paranóia, em geral, e hostilidade em especial, são caracterizados da seguinte forma:

### **1º NÍVEL (DELÍRIOS SOMÁTICOS)**

- TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS OBEDECEM A UMA CAUSALIDADE MÁGICA OU ANIMISTA (E.G. ORGÃOS DO CORPO POSSUEM UMA VONTADE PRÓPRIA).
- TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS OBEDECEM A UMA CAUSALIDADE FINALISTA (E.G. AS DOENÇAS SÃO O RESULTADO DE UMA PUNIÇÃO OU UM DESTINO).
- CONSEQUÊNCIAS DA PERCEPÇÃO DA HOSTILIDADE CONTRA O PRÓPRIO: "HOSTILIDADE DEVE SER AUTOMATICAMENTE SEGUIDA DE PUNIÇÃO".
- ATITUDE CONDENAVEL SEGUNDO A PESSOA: "DESOBEDIÊNCIA A DEVERES CONCRETOS, IMPOSTOS AO PRÓPRIO, PELA AUTORIDADE".

### **2º NÍVEL (DELÍRIOS DE PERSEGUIÇÃO)**

- DELÍRIOS DE PERSEGUIÇÃO NUMA PERSPECTIVA INTERACTIVA MAIS UTILITÁRIA E HEDONISTA.
- AVALIAÇÃO DO MEIO COMO HÓSTIL, CONSPIRATÓRIO E ENGANADOR QUE IMPEDE A SATISFAÇÃO PESSOAL DOS INTERESSES E NECESSIDADES CONCRETAS.
- CONSEQUÊNCIAS DA PERSEPÇÃO DA HOSTILIDADE CONTRA O PRÓPRIO: "HOSTILIDADE DEVE SER RETRIBUIDA DE ACORDO COM AS NECESSIDADES E INTERESSES DA PESSOA".
- ATITUDE CONDENAVEL SEGUNDO A PESSOA: "SATISFAÇÃO DE NECESSIDADES E INTERESSES PESSOAIS, SEM TER EM CONTA AS NECESSIDADES E INTERESSES DOS OUTROS".

### **3º NÍVEL (DELÍRIOS DE CIÚME)**

- DELÍRIOS DE CIÚME COM SIGNIFICAÇÕES DE RELACIONAMENTO DE POSSE E DEPENDÊNCIA - SENTIMENTOS AMBIVALENTES DE APROXIMAÇÃO E REJEIÇÃO DA PESSOA AMADA.

■ EROTOMANIA (A PAIXÃO É DIRIGIDA A UMA PESSOA QUE DESCONHECE O SENTIMENTO DE QUE É ALVO, OU A UMA PESSOA INACESSÍVEL, E A QUEM O SUJEITO NUNCA SE DIRIGIU - ELE VARIA ENTRE GRANDES ESPERANÇAS E DECEPÇÕES; FASES DE ADORAÇÃO E DE RANCOR; TENTATIVAS DE APROXIMAÇÃO E RECEIO DE DESAPROVAÇÃO.

- CONSEQUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DA HOSTILIDADE CONTRA O PRÓPRIO: "HOSTILIDADE DEVE SER REPROVADA, UMA VEZ QUE RESULTA DE "MAUS" MOTIVOS"

- ATITUDE CONDENAVEL SEGUNDO A PESSOA: "DESAPONTAR OS ENTES QUERIDOS".

#### **4º NÍVEL (DELÍRIO DE REIVINDICAÇÃO, NO QUAL A PESSOA PERSEGUE UM IDEAL DE ORDEM, LEI E RACIONALIDADE).**

- SUJEITO ESTÁ CONVENCIDO DA PERTINÊNCIA DOS SEUS DIREITOS E FAZ TUDO PARA OBTER DOS OUTROS, SATISFAÇÃO MORAL E INSTRUMENTAL.

- DELÍRIOS DE REIVINDICAÇÃO DIRIGEM-SE A UM IDEAL DE JUSTIÇA INSTITUCIONAL

- DELÍRIOS DE GRANDIOSIDADE (PESSOA PENSA QUE É A MAIS JUSTA).

- CONSEQUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DA HOSTILIDADE CONTRA O PRÓPRIO: "HOSTILIDADE DEVE SER CORRIGIDA/DISCIPLINADA, PARA SALVAGUARDA DOS VALORES SOCIAIS".

- ATITUDE CONDENAVEL SEGUNDO A PESSOA: " QUEBRAR AS NORMAS E REGRAS INSTITUCIONALIZADAS".

#### **5º NÍVEL (DELÍRIOS DE CULPA)**

- PREPONDERÂNCIA DA AUTO-ATRIBUIÇÃO DE CENSURAS RELACIONADAS COM O DESRESPEITO OU TRANSGRESSÃO DE VALORES DE AMIZADE, SOLIDARIEDADE, JUSTIÇA, ALTRUISMO, EQUIDADE, LIBERDADE, ETC.

- DELÍRIOS MÍSTICOS-RELIGIOSOS.

- ATITUDES DE AUTO-PUNIÇÃO

- DELÍRIOS NIHILISTAS EXISTENCIAIS.

- DEPRESSÃO SECUNDÁRIA.

- CONSEQUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DA HOSTILIDADE CONTRA O PRÓPRIO: "HOSTILIDADE DEVE SER DENUNCIADA PORQUE VIOLA OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS PESSOAS".

- ATITUDE CONDENAVEL DA PESSOA: "VIOLAÇÃO DE PRINCÍPIOS DA CONSCIÊNCIA DA PESSOA".

Em relação a estes níveis existem os seguintes postulados.

- Existe uma ordem invariável de acesso à sequência de discontinuidades, começando pelo nível inferior (nível 1) que expressa significações mais “primitivas” ou simples, ascendendo de estruturas cada vez mais complexas.
- Integração progressiva das significações de um dado nível nos do nível seguinte.
- Universalidade das sequências.
- A progressão na sequência é relativamente independente das características etárias. Pessoas de diversas idades podem situar-se ao mesmo nível; mas nem todas as pessoas ascendem aos níveis superiores.
- No entanto a progressão na sequência não é sempre continuamente majorante, podem existir retrocessos, temporários ou avanços e recuos bruscos para níveis diferentes. Isto é, as significações sobretudo patológicas, de níveis inferiores não desaparecem completamente; ficando no estado latente podem ser reactivadas em certas circunstâncias. Por exemplo, na esquizofrenia pode haver uma perda generalizada das significações dos níveis superiores. Por outro lado, pode existir um desfasamento vertical, ou seja a reconstrução dos mesmos processos dialécticos, em níveis diferentes. Desta forma, podem existir sujeitos que se encontrem claramente num determinado nível e outros, numa fase de transição de um nível para outro.
- Também pode existir, uma acumulação ou coexistência de significações de diferentes níveis na mesma pessoa. Por exemplo, uma pessoa pode apresentar significações dos níveis 1, 2 e 3 simultaneamente.

### **3.3. SIGNIFICAÇÕES SINTOMÁTICAS.**

Os níveis de desenvolvimento dos diferentes distúrbios são expressos por meio de significações (ou esquemas cognitivos), que não são meras representações da realidade, mas sim concebidas como identidades que participam activamente com outras significações na construção da realidade por meio de uma dialéctica interior,

autorreguladora e exterior ou de confronto. A sua direcção confere-lhes um carácter de intencionalidade.

As significações existem com vários graus de abstracção, por exemplo os chamados "temas ou sistemas" representam o maior grau de abstracção. O tema central da esquizofrenia é considerado a "dificuldade em individualizar e controlar o próprio *self* concebido enquanto corpo e/ou pensamento" (idem p 24). As dimensões metafísica, descentrante, normativa e de autocontrolo representam um grau de abstracção menor em relação aos temas. Esta organização hierárquica é semelhante ao modelo beckiano (Beck et al., 1985), referindo níveis de abstracção como o "modo", "constelações de esquemas", "esquemas específicos" e "pensamentos automáticos".

Existem significações adaptativas e sintomáticas que podem coexistir em cada nível. As significações - também de níveis diferentes - podem estar em competição pela predominância cognitiva, sendo uns mais hipervalentes que outros. Não existe uma diferença entre os processos de aquisição e mudança das significações adaptativas e das significações sintomáticas. Ambas são adquiridas ordenadamente, acompanhando o desenvolvimento psicológico. Muitas das significações num dado nível são transformados e integrados em significações nos níveis seguintes. O acesso ou não a cada nível cognitivo de desenvolvimento é determinado pela hipervalência e densidade de um conjunto de significações dos níveis anteriores.

As significações sintomáticas dos níveis superiores são mais inclusivas, extensivas e abstractas:

As mudanças para níveis superiores só é possível se a pessoa possui além das significações sintomáticas também significações adaptativas ou majorantes.

### **3.4. ACÇÕES DIALÉCTICAS DE SIGNIFICAÇÕES SINTOMÁTICAS.**

As significações resultam das acções dialécticas, consideradas como estruturas de todo o processo cognitivo, que possibilitam a resolução de conflitos sucessivos (processo de equilibração).

Existem vários autores, que numa corrente desenvolvimentista piagetiana estabeleceram acções ou dialécticas adaptativas. Joyce-Moniz (1993) conceptualizou de forma inédita acções dialécticas, mas de significações sintomáticas, que permitem explicar o processo desenvolvimentista dos principais distúrbios psicopatológicos. Nesta conceptualização, estes processos são entendidos mais, como “erros” dialécticos:

*“Esses ‘erros’ dialécticos, que estruturam as significações sintomáticas dos adolescentes e adultos, não são mais do que repetições ou replicações de processos dialécticos normais, nos períodos iniciais do desenvolvimento. É a sua persistência ou recorrência, nos períodos seguintes, que constitui a perturbação.”*

Joyce-Moniz (1993, p.58)

No entanto os processos dialécticos, que estruturam as significações sintomáticas, não são os mesmos processos que estruturam as significações adaptativas; embora possam coexistir. Apenas as acções dialécticas adaptativas, permitem a aquisição de diferentes significações, que podem levar a uma mudança de nível. Desta forma, “Quando as acções dialécticas adaptativas de descentração e compensação prevalecem, a pessoa tem a possibilidade de mudar de nível, transformando tanto as significações adaptativas como as sintomáticas”. Joyce-Moniz (1993, p.74).

Temos então, segundo o mesmo autor, dois grandes grupos de acções dialécticas de significações sintomáticas diferenciadas, que ocorrem simultaneamente.

### **3.4.1. Acções dialécticas de destruturação.**

As acções dialécticas de destruturação constituem uma abertura no sistema, num movimento de “feedforward” ou o início da competição pela hipervalência que abre a possibilidade de renovação e da criatividade de novas significações (semelhante ao conceito da acomodação em Piaget). Podemos discriminá-las em:

- A diferenciação progressiva do sujeito em relação ao objecto que permite a sua individualização e a compreensão das relações causais.
- A coordenação gradual das acções permitindo o surgimento de significações de forma cada vez mais inferencial.

- A transformação entendida como uma abertura ao mundo do outro, através de uma descentração e consideração das significações de outrém.

### **3.4.2. Acções dialécticas de reestruturação.**

A acção de reestruturação representa o fecho ou “feedback”, a resolução da hipervalência que permite ultrapassar os conflitos e elementos perturbadores (assemelha-se ao termo da “assimilação” em Piaget). No entanto, esta acção dialéctica, para ser adaptativa, tem de ser tanto equilibrada como provisória, isto é, devia conter a possibilidade da sua própria transformação.

Um desvio dessa dinâmica equilibradora que resulta numa autotransformação pode cair no domínio da patologia. Os processos dialécticos que estruturam as significações sintomáticas não são os mesmos processos da estruturação das significações adaptativas.

A seguir expomos a lista das dialécticas de significações sintomáticas de destruturação e reestruturação das significações e sua operacionalização:

## **PROCESSOS DE DESTRUTURAÇÃO**

(ABERTURA AO SISTEMA, MOVIMENTO DE FEEDFORWARD OU INÍCIO DE COMPETIÇÃO PELA HIPERVALÊNCIA).

### **A) INDIFERENCIAÇÃO**

(FRONTÉIRAS ENTRE O “SELF” E O MUNDO EXTERIOR RELATIVAMENTE INDIFERENCIADAS).

- ALUCINAÇÕES DE MODIFICAÇÕES DA ESTRUTURA OU DE FUNÇÕES CORPORAIS (2º NIVEL).
- PENSAMENTO CONTROLADO, INSERIDO OU EMITIDO (3º E 4º NIVEL)
- DESPERSONALIZAÇÃO (SENSAÇÃO DE PERDA DA SUA IDENTIDADE, CONSIDERAR A SUA FORMA DE AGIR E PENSAR COMO ESTRANHA) = 5º NIVEL.
- INSEGURANÇA ONTOLÓGICA: CONVICÇÃO DE QUE A PESSOA É DIFERENTE DO RESTO DO MUNDO (5º NIVEL).

### **B) DESCOORDENAÇÃO**

(CADA SIGNIFICADO DA PESSOA FUNCIONA DE FORMA ISOLADA, SENDO DIRECTAMENTE LIGADA À ACÇÃO INSTRUMENTAL).

## **DESORDENAÇÃO DOS SIGNIFICADOS**

(AUSÊNCIA DE QUALQUER POSIÇÃO CAUSAL, ESPAÇO-TEMPORAL, ETC., QUE POSSIBILITE SITUÁ-LAS UMA EM RELAÇÃO ÀS OUTRAS COM UM MÍNIMO DE ESTABILIDADE).

- PERDA DE ASSOCIAÇÃO "SPALTUNG"
- NA PARANÓIA: ACTIVIDADE DELIRANTE COM CONTEÚDOS INCOERENTES, NÃO SISTEMATIZADOS E DESTRUTURADOS (MAIS NA ADOLESCENÇA).

## **DESVIO**

(MUDANÇA SÚBITA E DESARTICULADA DE UMA SIGNIFICAÇÃO MOMENTANEAMENTE HIPERVALENTE.

FUGA DE IDEIAS: FLUXO MENTAL NÃO OBEDECE A QUALQUER SEQUENCIAÇÃO RACIONAL. IDEIAS SURGEM DE FORMA APRUPTA E ACELERADA.

BLOQUEAMENTO: DISCURSO É APRUPTAMENTE INTERROMPIDO (A PESSOA JÁ NÃO SABE O QUE ESTAVA A PENSAR).

NA PARANÓIA: DELÍRIO SOMÁTICO.

## **FUSÃO**

(FUSÃO DE SIGNIFICAÇÕES UMAS NAS OUTRAS).

- FUGA DE IDEIAS: AS SIGNIFICAÇÕES SURGEM SOLTAS, JUSTAPOSTAS OU ENLEADAS, SEM QUE A PESSOA SE DÊ CONTA DA INCOERÊNCIA DO DISCURSO.
- PERSISTÊNCIA DE IDEIAS.

## **C) ESTAGNAÇÃO**

(AUSÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO DOS SISTEMAS HIPERVALENTES OU PARAGEM EXCESSIVA EM SIGNIFICAÇÕES CONTRÁRIAS À EVOLUÇÃO = INFLEXIBILIDADE, IRREVERSIBILIDADE, IMOBILISMO).

## **RIGIDEZ**

(PERMANÊNCIA IMUTAVEL DE UMA SIGNIFICAÇÃO HIPERVALENTE, PODE SER INCESSANTE E COMPULSIVAMENTE REPETIDA).

- CATATONIA: IMOBILIDADE; MANUTENÇÃO RÍGIDA DE POSTURAS BIZARRAS, ALHEAMENTO TOTAL, MOVIMENTOS ESTEROTIPADOS SEM PROPÓSITO APARENTE, RESISTÊNCIA A QUALQUER IMPOSIÇÃO DE MUDANÇA POSTURAL OU DE MOVIMENTO.
- PERSISTÊNCIA DE IDEIAS IRRELEVANTES.
- ECOLÁLIA (REPETIR PALAVRAS DE OUTREM).

- NA PARANÓIA: ACTIVIDADE DELIRANTE CARACTERIZADA POR GRANDE SISTEMATIZAÇÃO, PERMANÊNCIA E IMUTABILIDADE "IDEIAS FIXAS".

## **INIBIÇÃO**

(HIPERVALÊNCIA DE UM SISTEMA DE SIGNIFICAÇÕES, QUE AFASTA A PESSOA DA DIALÉCTICA COM O MUNDO OU COM ELA PRÓPRIA).

- ISOLAMENTO: OU EVITAÇÃO SOCIAL. ATITUDE DE OPOSIÇÃO OU NEGATIVISMO.

## **PROCESSO DE RESTRUTURAÇÃO.**

(CONSTITUI O FECHO OU FEEDBACK, ISTO É A RESOLUÇÃO DA HIPERVALÊNCIA).

### **I. CENTRAÇÃO CIRCULAR**

APARENTE ESTRUTURAÇÃO DE SIGNIFICAÇÕES CONTRADITÓRIAS, ALTERNANDO NEGAÇÕES E AFIRMAÇÕES. O PROCESSO AVALIATIVO É INSUFICIENTE. IMPÕE UNILATERALMENTE A HIPERVALÊNCIA DE UMA ÚNICA SIGNIFICAÇÃO E NÃO CONSIDERA AS VALÊNCIAS DAS SIGNIFICAÇÕES CONCORRENTES. O SISTEMA SIGNIFICATIVO HIPERVALENTE CAI NUMA REPETIÇÃO TAUTOLÓGICA, UTILIZANDO A ESTRATÉGIA DE "RESTRUTURAR PARA NADA MUDAR".

#### **A) NEGAÇÃO**

(HIPERVALÊNCIA DE UMA SIGNIFICAÇÃO QUE SE OPÕE COMPLETA E SISTEMATICAMENTE A TODAS AS OUTRAS SIGNIFICAÇÕES RESTRUTURANTES (E.G. FLEXÍVEIS, REVERSÍVEIS. LEVA À TAUTOLOGIA).

- NEGATIVISMO
- NA PARANÓIA: OPOSIÇÃO AO MEIO OU NEGAÇÃO:
- DELÍRIO DE PERSEGUIÇÃO
- DELÍRIO DE REIVINDICAÇÃO
- DELÍRIO DE CULPABILIDADE
- DELÍRIO NIHILISTA.
- SENTIMENTOS DE DESCONFIANÇA, OPOSIÇÃO, RESENTIMENTO E ALIENAÇÃO.

#### **B) INCLUSÃO**

(HIPERVALÊNCIA DE UMA SIGNIFICAÇÃO QUE INTEGRA COMPLETA E PEREMPTORIAMENTE NO SEU SISTEMA, TODAS AS OUTRAS SIGNIFICAÇÕES RESTRUTURANTES).

- DELÍRIO DE REFERÊNCIA (ATRIBUIÇÃO DE UM SIGNIFICADO ESPECIAL A UM ACONTECIMENTO FURTIVO).

- NA PARANÓIA: RACIONALIZAÇÃO DE GENERALIZAÇÃO DE CRENÇAS PERSECUTÓRIAS.
- EROTOMANIA
- DELÍRIO DE CULPABILIDADE
- DELÍRIO DE GRANDIOSIDADE.

### **C) AMBIVALÊNCIA**

(OU ALTERNÂNCIA CIRCULAR DA HIPERVALÊNCIA DE DOIS SISTEMAS SIGNIFICATIVOS, GERALMENTE OPOSTOS, QUE MARGINALIZAM TODAS AS OUTRAS SIGNIFICAÇÕES RESTRUTURANTES (ABERTURA, DESCENTRAÇÃO)

- IDENTIDADE: PESSOA SENTE-SE REPARTIDA ENTRE DUAS IDENTIDADES, OU SENTE-SE COMO UMA MASSA INDIFERENCIADA, MAS ACREDITA TAMBÉM QUE OS DIFERENTES ORGÃOS ACTUEM INDEPENDENTEMENTE OU AINDA SENTE PERDA DO SIGNIFICADO DA EXISTÊNCIA, MAS CONTROLADA PELO EXTERIOR.
- SIGNIFICAÇÃO DUPLA E CONTRADITÓRIA DE PALAVRAS.
- CATATONIA: PASSA DA EXCITAÇÃO MOTORA E DOS MOVIMENTOS DESORDENADOS AO IMOBILISMO.

NA PARANÓIA:

- DELÍRIO DE CIUME: OSCILAÇÃO ENTRE SIGNIFICAÇÕES DE ADESÃO (PROCURA DE AFECTO, SENTIMENTO DE POSSE, DEPENDÊNCIA, ...) E DE REJEIÇÃO (SUSPEITA, HOSTILIDADE, VIGILÂNCIA CONSTANTE, ...)
- "LOCURA A DOIS": CONTEÚDO PERSECUTÓRIO PARTILHADO POR DUAS OU MAIS PESSOAS.

## **II TENTATIVA DE COMPENSAÇÃO**

TENTATIVA FALHADA DE UM FECHO DE UM SISTEMA. FUNDAMENTA-SE NUMA ACTIVIDADE ANTICIPATÓRIA, MAIS OU MENOS "CONSCIENTE", OU COM A ESTRUTURA METACOGNITIVA, PARA RESTABELECER O EQUILÍBRIO PROVOCADO PELAS SIGNIFICAÇÕES PERTURBADORAS. NAS TENTATIVAS DE COMPENSAÇÃO, AS ACÇÕES PRETENDEM-SE MAJORANTES MAS NÃO CONSEGUEM ATINGIR UMA REVERSIBILIDADE COMPLETA. APRESENTAM NO ENTANTO UMA ORIENTAÇÃO DELIBERADA. ESTAS ÚLTIMAS ACÇÕES DIALÉCTICAS SÃO MAIS FLEXIVEIS, PORQUE PODEM SER RAPIDAMENTE TRANSFORMADAS NOOUTRAS ACÇÕES, OU COMBINADAS COM ELAS, CASO A TENTATIVA NÃO RESULTE.

### **A) INVERSÃO**

ANTECIPAÇÃO DA ANULAÇÃO DAS SIGNIFICAÇÕES DO CONFLITO. ENVOLVENDO A TENTATIVA DE HIPERVALÊNCIA DE UM SISTEMA SIGNIFICATIVO AO CONTRÁRIO.

## **B) IDENTIDADE**

ANTECIPAÇÃO DA ANULAÇÃO DAS SIGNIFICAÇÕES DO CONFLITO. ENVOLVENDO A TENTATIVA DE HIPERVALÊNCIA DE UM SISTEMA QUE NEGA A VALÊNCIA PERTURBANTE (NEGAÇÃO DA NEGAÇÃO).

## **D) RECIPROCIDADE**

ANTECIPAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DAS SIGNIFICAÇÕES DO CONFLITO, ENVOLVENDO A TENTATIVA DE HIPERVALÊNCIA DE UM SISTEMA DE RECIPROCIDADE DAS RESPECTIVAS VALÊNCIAS (COMPRÓMISSO POR TROCA DE POSITIVOS E NEGATIVOS). TENTATIVA DE UMA INTEGRAÇÃO PARCIAL, SEM EQUILÍBRIO COMPLETO DAS VALÊNCIAS. AVALIAÇÃO ENTRE AS POSSIBILIDADES ENTRE UM MAL MENOR E UM MAL MAIOR.

## **D) PROPOSIÇÃO**

ANTECIPAÇÃO DA TRANSFORMAÇÃO INFERENCIAL DAS SIGNIFICAÇÕES DO CONFLITO, ENVOLVENDO A TENTATIVA DE HIPERVALÊNCIA DE UM SISTEMA DE EXPLORAÇÃO COM INFERÊNCIAS IMPLICATIVAS, ALTERNATIVAS, DISJUNTIVAS, ETC..

Estes processos dialécticos sintomáticos, são semelhantes aos “erros de pensamento” na concepção de Beck (1976).

É de referir que só as dialécticas adaptativas permitem o avanço para níveis superiores. A prevalência de dialécticas sintomáticas tem a tendência de manter a pessoa no mesmo nível ou de a obrigar a uma regressão, para níveis inferiores.

## **3.5. CONCLUSÃO:**

Podemos concluir “que o grau de gravidade da perturbação depende não da qualidade ou intensidade dos sintomas, mas da generalização de acções dialécticas deficientes que impossibilitam o processo adaptativo (ou majorante) da equilibração” (Joyce-Moniz 1993, p. 75): Por outro lado, “quanto mais integrativo e complexo é o nível da sequência considerada do desenvolvimento sócio-cognitivo, mais tende a diminuir a gravidade do distúrbio” (Idem, p 37).

Uma leitura desenvolvimentista e dialéctica das significações individuais em relação a uma determinada patologia - no nosso caso a esquizofrenia - contém várias vantagens:

- Permite uma melhor revisão das mudanças ou da direcção das mesmas em relação às manifestações dos sintomas cognitivos do paciente.
- Permite adequar a intervenção clínica ao doente, a um nível ou níveis da sua representação sobre a identificação, as causas, a duração e a consequência da sua doença, o confronto, etc., em que está a funcionar (Joyce-Moniz, Reis, 1991).
- Permite, além disso, melhorar a sua adesão ao processo de tratamento e às terapêuticas.
- Na área de investigação, a que se refere concretamente esta tese, permite averiguar se um determinado tipo de intervenção, como por exemplo o treino de aptidões sociais, não só teve resultados "superficiais" (mudanças de comportamento), mas também se estas mudanças são acompanhadas de uma reestruturação cognitiva mais adaptativa, ou de um salto qualitativo para níveis de desenvolvimento superior.
- Se uma mudança comportamental for acompanhada por uma mudança ao nível das significações em termos desenvolvimentistas, podemos então afirmar que provavelmente estamos perante uma mudança mais duradoura e mais generalizável a diversas situações, do que uma mera mudança comportamental que não foi acompanhada por uma reestruturação ou seja, uma readaptação à realidade no nível cognitivo superior.

## 4. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

“Andando se faz o caminho”

Ortega y Gasset

Testemunhos de pessoas no processo de desinstitucionalização na CSI

*“Disseram, em tempos idos, que construir, planejar  
fantasiar, era o objectivo a seguir, o Mundo  
melhor. Pareceu-me isso uma utopia, pois pensava  
que só os seres dotados poderiam alcançá-lo, mas,  
presentemente a dedicação e amizade de todos os  
que me rodeiam, fizeram ver que a Construção de  
um Mundo melhor está ao alcance de qualquer  
pessoa.*

*É a luz que começa a despontar no túnel, em que eu  
estava encerrada e é esta a transformação que se  
está a operar com a experiência de ter ingressado  
na equipa que trabalha no restaurante”.*

M.O.

### **Outras testemunhos**

A residência é diferente do internamento  
porque:

- *Tem mais sossego*
- *Menos gente*
- *Vêm-sê as causas e os efeitos daquilo que fazemos*
- *Chego a esquecer-me que estou internada*
- *Sinto-me mais distraída e não penso tanto na doença*
- *Trabalhar também nos distrai*
- *Ambiente de paz e amizade*
- *Parece uma família*

Como o nosso título da investigação é “Treino de Aptidões Sociais para Fomentar a Desinstitucionalização de Doentes de Evolução Prolongada” vamos então neste capítulo clarificar os aspectos ligados à desinstitucionalização.

Para compreender melhor este fenómeno temos de recuar na História, como já fizemos em relação à própria concepção da doença mental, no capítulo 1.1., I parte.

#### **4.1. A INSTITUCIONALIZAÇÃO/DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DA HISTÓRIA.**

Na Grécia antiga, os doentes mais benignos ou sociáveis andavam em liberdade, mas eram muitas vezes objecto de desprezo, abuso e metidos a ridículo por parte da sociedade. Os indivíduos considerados mais graves ou violentos foram encarcerados em casa, presos em cadeias ou até atirados de precipícios.

Na antiga Roma a situação era idêntica. Por um lado, vendiam-se doentes para exposição em público, por outro, havia famílias que recebiam estes doentes para lhes propôr uma vida mais digna (Theunissen, 1991).

Já vimos que na Idade Média, predominavam as ideias místicas e ocultistas. Os “doentes mentais” eram perseguidos, encarcerados em caves, enviados para as guerras e cruzadas ou simplesmente abandonados.

Havia, no entanto, várias contra-correntes a estas atitudes obscurantistas. A concepção humanista dos árabes fazia com que se criassem, a partir do século VIII, os primeiros hospitais para os “doentes mentais”, submetendo-os a um tratamento “moralizante” (em Fonseca, 1991). Os primeiros hospitais deste tipo foram os de Fez (700), de Bagdad (705), Cairo (800) e Damasco (1270).

Em virtude da influência humanista dos médicos árabes, foram mais tarde fundados os primeiros asilos, no Sul da Península Ibérica, como Valência (1409), Saragoza (1425), Sevilha (1436) e Granada (1527), onde se propunha já uma assistência diferenciada que consistia basicamente, num melhoramento das condições higiénicas, jogos, ocupações e musicoterapia.

De igual forma foram estabelecidos os primeiros asilos em outros países da Europa, como a “Colônia de Cheel” na Bélgica (805) e o priorado Santa Maria de Belém em Londres (1403); no entanto, estes asilos eram de muito pequena dimensão. Este último teve até ao séc. XVII menos de uma centena de doentes. A maior parte dos doentes ou se encontravam no seio da família, ou vagabundeavam como pedintes.

No entanto, a “assistência hospitalar” na maior parte dos asilos existentes no séc. XVI era desastrosa, como relata um texto de Iginio Giordani (em Fonseca 1991): “os hospitais serviam promiscuamente de refúgio de mendigos, enfermos e inválidos. Amontoavam-se seres humanos sem distinção de sexo ou doença, no mesmo quarto e até na mesma cama. Chegavam a acumular-se 10 a 15 pessoas por quarto, num ambiente de respiração defeituosa, imundice e mau cheiro”.

A reforma hospitalar da rainha D. Leonor, fundadora do hospital das Caldas, opunha-se a esta situação. Estabeleceram-se deveres e obrigações a todos os que ficaram ligados ao Hospital. Por exemplo, obrigatoriedade de visitas médicas diárias, preocupação de higiene e com as roupas dos doentes. Além disso, foram separados claramente os chamados “doentes curáveis”, dos chamados “incuráveis”, que constituíam uma distinção pioneira entre o asilo e o hospital.

S. João de Deus (já referido no capítulo 1 da I parte) revolucionou a assistência e enfermagem hospitalar. Pela primeira vez na História da Medicina, surge uma nova dimensão hospitalar “sem distinção de fronteiras, nem de raças, nem de classes, nem de credos: recebe o pobre e o rico, o cristão e o mouro, o homem livre e o escravo, a mulher honesta e a prostituta, o violento ou o renegado. A todos trata com o mesmo carinho e o mesmo cuidado. Para todos sonha com uma instalação condigna em que cada doente possa ter o seu mobiliário próprio, a sua cama asseada, os cuidados terapêuticos apropriados e a alimentação conveniente” (em Fonseca, 1991).

Pôs em prática a noção de equipa hospitalar e da equipa de saúde, já definidas anteriormente pela rainha D. Leonor. Inventou a assistência social, a noção de Saúde Mental e o serviço de assistência domiciliária. Mais tarde, em 1633, S. Vicente de Paulo da mesma ordem, criou a primeira escola das enfermeiras visitadoras, noção que apenas viria ser aceite em pleno séc. XX.

No entanto, na época do absolutismo, houve um movimento repressivo. Devido a um grande crescimento populacional e a uma sobrecarga de trabalho por parte das famílias foram instauradas as chamadas casas de correcção e trabalho. Aqueles doentes

que eram capazes de trabalhar, foram obrigados a trabalhos forçados. Em relação aos outros, foi exercida uma repressão massiva “para lhes tirar o mal”, através das mais variadas técnicas que eram verdadeiros instrumentos de tortura. Foi nesta época que se inventou o “colete de forças”, utilizado até ao nosso século.

De igual forma o movimento protestante, com a sua ênfase na virtude de trabalho, combateu a doença mental e apoiou a inserção destes doentes em casas de trabalho forçado ou casas de correcção.

Nos séculos XVII e XVIII, a situação podia-se resumir da seguinte forma. As famílias ricas tinham a possibilidade de internar o seu membro doente em casas particulares, que começaram a surgir com fins lucrativos. Outros eram encerrados em instalações estatais, como a Salpêtrière, onde se encontravam toda a espécie de pessoas, desde criminosos, grávidas solteiras, cegos, idosos incapacitados e doentes mentais. A grande massa de pessoas com doenças mentais se não tinham ninguém da família que os pudesse tratar, eram entregues a si próprios, vivendo de esmolas. A única excepção, constitui algumas ordens religiosas, com implementação, sobretudo no Sul da Europa, como a ordem S. João de Deus, já referida, sobre as quais foi exercida em diversas épocas uma repressão por parte das entidades estatais. Estas ordens, guiadas pelos princípios de amor ao próximo, da caridade e compaixão, tiveram uma atitude humanista para com esta população.

No final do século XVIII Tinel, em França, separou o doente mental das pessoas de delito comum e acabou com os métodos repressivos, livrando os doentes mentais das suas correntes. Introduziu a chamada “terapia moral” que pretendia tratar o doente mental com dignidade e respeito, considerada hoje como a primeira revolução psiquiátrica. Também em Inglaterra, se iniciou uma abordagem mais pragmática, onde o doente era tratado com mais consideração, empregando técnicas semelhantes às técnicas modernas de modificação comportamental, e onde se fez uma tentativa de ocupar mais os doentes e não de puni-los (Hume & Pullen 1986). Na Alemanha retomou-se a distinção entre “Heilanstalt” - instituição de tratamento - e “Pflegeanstalt” - instituição de assistência - dando origem à distinção, hoje ainda usada entre instituição para doentes agudos e outra para doentes de longo internamento (Sobral Cid, 1997).

A crescente institucionalização no século XIX, e a crescente dissolução da família alargada, assim como o empobrecimento da classe operária, tiveram como consequência uma maior dificuldade, por parte dos familiares, em cuidar dos seus

doentes (Theunissen, 1991). Houve então um aumento significativo de pessoas internadas, onde se pretendia através de programas educativos-curativos (“Heilpädagogik”) torná-las membros úteis para a sociedade; mas não raramente a sua força de trabalho era explorada.

Embora houvesse inicialmente no século XIX, a ideia de criar pequenas instituições com atmosfera familiar onde os doentes eram conhecidos pelo seu nome, a qualidade dos asilos sofreu no início do séc. XX um declínio. Em Inglaterra o número médio por instituições em 1930 era de 1220 doentes. O tratamento era massificado. As medidas de porta aberta introduzidas pela primeira vez em Inglaterra, em 1920, para doentes voluntários e a introdução das primeiras terapias ocupacionais em 1925, tiveram pouca duração. Depressa foram fechadas as portas, devido à falta de pessoal, na repressão económica no início dos anos 30.

Sobretudo na Alemanha, surgiram já no início do século XX, as ideias que conduziam ao triste fim da eutanásia no período Nazi. Theunissen (1991) chamou a atenção pela importância que tem o conhecimento das ideias que abriram o caminho para o surgimento da eutanásia, evitando deste modo que algo parecido possa repetir-se. Neste sentido gostaríamos de expô-las aqui previamente:

- A teoria de Nietzsche do Homem perfeito: já Platão postulou a ideia de “homem belo” que era inteligente, dotado, poderoso e forte. Nietzsche retomava esta ideia do “*übermensch*” estabelecendo um protótipo de Homem ideal e em consequência disso, tudo o que era fraco tinha de ser aniquilado. Hoje em dia, subsistem ideias da “normalização” no sentido de que os doentes devem atingir níveis considerados bons por determinada cultura. Uma ideia oposta é o direito à diferença e à relativização das capacidades em cada ser humano.
- O utilitarismo: com o renascimento e a institucionalização desenvolveu-se uma “cultura utilitária” que predomina ainda nos dias de hoje, onde conta sobretudo o desempenho e não a existência humana em si com a sua singularidade e peculiaridade. A introdução de parâmetros meramente utilitários ou económicos conduziu a que no séc. XIX se separaram doentes mentais úteis dos não úteis. Hoje, ainda prevalece a argumentação de parâmetros económicos (custos), para avaliação de projectos nesta área. No entanto não devemos esquecer os aspectos de ordem humanitária nas nossas metodologias e avaliações.

- As ideias do pensamento racista e do social-darwinismo ou sociobiologia são suficientemente conhecidas e por isso não expostas aqui.
- “A psiquiatrisação dos doentes com a sua ênfase na patologia e ideias utilitárias faziam com que fossem afastadas as abordagens humanitárias e criativas” (Theunissen, 1991). Esta tendência teve as suas origens, segundo o autor, na concepção “biológico-niilista”, ainda hoje muito divulgadas, que enfatiza os sintomas, defeitos, incapacidades, doença, etc.; deixando de fora toda a dialéctica entre o ser e o seu ambiente. Esta concepção revela-se em atitudes extremamente pessimistas por parte dos técnicos (e.g. “é incapaz de”, “não há nada a fazer”). O autor deste trabalho lembra-se de uma afirmação relativamente recente de um médico: “se puder ajudar em 0,01% dos casos, é muito”.

Estas concepções levaram na Alemanha, muito antes do período Nazi, ao que Theunissen (1991 pp 35-38) chamou “hospitalismo total” onde se tiraram ao doente os direitos humanos mais básicos; ou seja o direito de ter contacto social de uma actuação espontânea e autorealização, autonomia, respeito pela sua pessoa e até direito a um tratamento eficaz, vivendo num isolamento total, fechando-se cada vez mais em si e entrando num processo de degradação e despersonalização. Normalmente, nesta época a organização hospitalar era um complexo sistema sancional autoritário, que provocava nos colaboradores sentimentos de frustração, impotência e finalmente indiferença. Com a ajuda da psiquiatria de então, o estado conseguiu segundo este autor discriminar, “ghettoguitar” e isolar esta população. O fim bárbaro da eutanásia é conhecido por nós. Para evitá-lo devemos sempre, a tempo, mostrar a nossa desconfiança activa em relação às concepções atrás descritas.

Após a Segunda Guerra Mundial houve várias tendências inovadoras:

- Em 1946 abriu o primeiro hospital de dia que levou ao começo do “movimento terapêutico comunitário”, que considerou que os doentes deviam ser, sempre que possível, ser tratados não compulsivamente e na comunidade. Maxwell Jones criou em 1953 (Jones, 1953) a noção da “Comunidade Terapêutica” que pretendia a participação dos doentes com os colaboradores, na própria organização e gestão hospitalar. Mais tarde, em 1964 foi declarada a psiquiatria e assistência comunitária considerada, como 3ª Revolução Psiquiátrica. Foi considerado, na “Lei dos Centros de Saúde Mental Comunitária do EUA” por Kennedy, que a Saúde Mental

Comunitária é a forma mais eficaz e humana para a assistência da maioria dos doentes mentais.

- Nos anos 50 e 60 foram introduzidos os neurolépticos que permitiram uma redução drástica, do internamento nos hospitais psiquiátricos.
- Caplan introduziu nos anos 60 a ideia pioneira da psiquiatria preventiva, com noções de prevenção primária (profilaxia), secundária (diagnóstico e tratamento precoce) e terciária (reabilitação e inserção socio-profissional com minimização dos efeitos da doença), mas também a prevenção quaternária (evitar a iatrogenização do doente e o hospitalismo).
- Por parte da medicina em geral e a psiquiatria em particular, começou nos finais dos anos 40, um grande interesse pelos estudos dos factores socio-culturais na etiologia da Doença Mental (Arenas et al., 1994):
  - Barton descreve a “neurose institucional” em 1959; Goffman (1961) o “síndrome institucional” e Spitz nos anos 60 o “hospitalismo”. Segundo estes autores o internamento prolongado provoca sintomas como apatia, perda de interesse e iniciativa, atitudes de submissão e passividade, falta de expressão de sentimentos e a deterioração das aptidões sociais e pessoais; mas também, perturbações de sono, incontinência, auto- e heteroagressões, deficiências na coordenação óptica e motora, etc. Estes sintomas, vistos como efeitos da hospitalização e não como efeitos da própria doença, podem diminuir drasticamente a capacidade de aprendizagem. Jervis (1979) verificou que as pessoas que passaram pelos campos de concentração revelaram sintomas muito semelhantes aos do “síndrome institucional”.
  - Wing & Brown descreveram em 1961 (em Thornicroft & Bebbington, 1989) três diferentes hospitais psiquiátricos onde o comportamento dos doentes era correlacionado com diferentes regimes e tratamentos hospitalares. Chegaram à conclusão que as condições nas quais os doentes viviam, em particular um empobrecimento social, são responsáveis por muitos sintomas revelados (Brown, 1970)
  - Sainsbury chega em 1969 (em Thornicroft & Bebbington, 1989) à conclusão de que o tratamento comunitário pode encurtar o período de tratamento e revelou-se pelo menos tão eficaz como o tratamento hospitalar.

Estes estudos provocaram o início de uma luta contra os efeitos adversos da hospitalização e os interesses pelos aspectos sociais familiares e ambientais do tratamento com a criação de dispositivos na comunidade e a ênfase na assistência extrahospitalar. Houve mesmo uma contestação às instituições psiquiátricas que na Itália, com o movimento da antipsiquiatria, levou a uma ruptura total com a publicação da famosa lei de Maio de 1978 que mandou fechar simplesmente uma série de hospitais psiquiátricos. No entanto, verificou-se mais tarde, que muitos doentes desses hospitais se encontravam num estado de abandono, onde muitas vezes, não era conhecido o paradeiro dos então chamados “desaparecidos da psiquiatria” (Zanaldi, 1991). Embora a antipsiquiatria não tivesse os resultados desejados, teve o mérito de chamar a atenção à estigmatização que uma pessoa com doença mental sofre, pelo facto de ser internada. Nos fins dos anos 70 e princípios dos anos 80 foi feito um balanço das ideias da antipsiquiatria e perspectiva comunitária que conduziu a um novo realismo. Surgiram então diversas abordagens:

- Em França foi iniciada a “psiquiatria do sector” onde equipas móveis de técnicos de saúde mental procederam a serviços ambulatoriais na comunidade, sobretudo em zonas periféricas.
- Nos EUA e Inglaterra foram criados e alargados Centros de Saúde Mental Comunitária, os Hospitais de Dia ou as chamadas aldeias psiquiátricas (Collins, 1980, em Fonseca, 1987).
- Numa orientação mais tradicional da psiquiatria, preferia-se falar em “psiquiatria da ligação” ou ainda em “psiquiatria integrada” ou “psiquiatria em rede”.
- Houve por outro lado uma tentativa de transformar os hospitais psiquiátricos em estruturas humanizadas, contendo os efeitos adversos do internamento através de:
  - Uma separação de situações agudas (internamentos breves) e de evolução prolongada.
  - Criação de estruturas mais acolhedoras.
  - “Porta aberta”.
  - Diversificação da terapêutica assistencial (psicoterapia, musicoterapia, terapia ocupacional, ergoterapia, ludoterapia, etc.)
- Surgiram as mais diversas associações e “clubes terapêuticos” como estruturas autónomas, onde tanto os familiares como os doentes participaram no processo de ressocialização.

- Por fim, surgiu a noção da “Reabilitação Psicossocial” e “Desinstitucionalização” em particular que iremos descrever com mais detalhe.

Podemos desde já, através desta análise Histórica, fazer um pequeno balanço em relação a uma possível desinstitucionalização:

- Não podemos guiar-nos cegamente através de modelos inovadores de outros países, mas devemos ter sempre em consideração a situação e o contexto concreto onde trabalhamos. A assistência “ideal” pode não ser ideal em todas as culturas ou para todas as pessoas em causa.
- Não podemos dizer, apenas com bases teóricas ou ideológicas, se um dado modelo ou projecto é de facto benéfico para esta população. Existe portanto a necessidade de uma permanente avaliação, que no entanto não se deve fazer apenas com parâmetros de custos/ efeitos mas ocupar-se de igual forma de aspectos de qualidade de vida para esta população. Pensamos que só assim poderemos progredir e evitar erros graves.
- A desinstitucionalização não pode significar a abdicação das nossas responsabilidades perante as pessoas com uma doença mental. Um mero encerramento de instituições psiquiátricas sem acompanhamento e estruturas adequadas alternativas, para esta população constitui, para nós uma crueldade.
- Por outro lado, a mera argumentação “científica” de que uma dada intervenção é mais eficaz parece-nos que não chega. Por exemplo, hoje em dia é difícil justificar as dezenas de milhar de leucotomias executadas nos anos 50. Qualquer intervenção deverá ser inserida no âmbito geral da humanização da assistência e a promoção da qualidade de vida.
- Perante as mais diversas abordagens em psiquiatria e saúde mental, existe a necessidade, por questões éticas, que os técnicos de saúde tornem transparentes os seus objectivos com suas vantagens e desvantagens, não só perante os outros colaboradores, mas também em relação aos utentes e seus familiares.
- Finalmente, para evitar futuramente erros, devemos considerar o mais possível, e da óptica do doente, os seus valores, necessidades e opiniões assim como os dos seus familiares, para a realização de projectos inovadores.

## 4.2. DEFINIÇÕES SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

Thornicroft & Bebbington (1989) consideram que a recente história do tratamento de pessoas com uma doença mental prolongada, deve ser uma das mais significativas mudanças sociais da nossa época; que no entanto parece passar despercebida na opinião pública, apesar de atingir milhares de pessoas e seus familiares.

É natural, como em muitas outras abordagens novas, que exista uma grande variedade no processo e nas metodologias da desinstitucionalização em diversos países, difíceis de serem todas expostas neste trabalho. Por isso, expomos aqui apenas as linhas mais gerais e comuns a este fenómeno.

Bacharach definiu em 1976, pela primeira vez a desinstitucionalização, como “diminuição de abordagens institucionais tradicionais, a favor de serviços baseados na comunidade” (em Ekdawi & Conning, 1994). O processo da desinstitucionalização desencadeia-se assim, em dois movimentos: por um lado a saída dos doentes psiquiátricos hospitalizados e por outro lado a progressiva substituição hospitalar pelo tratamento na comunidade (Arranz, 1989).

São considerados componentes essenciais da desinstitucionalização:

- A prevenção de admissões inapropriadas para um hospital psiquiátrico.
- A distinção, entre centro como instituição e centro como função. O proporcionamento de um sítio seguro não está necessariamente relacionado com o impacto ou âmbito institucional (Wasow, 1986, Wing & Furlong, 1986). I.e., uma instituição pode dispor de uma dinâmica que reduz drasticamente os efeitos de institucionalização, ou vice-versa, residências protegidas podem levar a quadros institucionalizantes se não dispõem do necessário apoio e se estão isoladas no meio da comunidade.
- A desinstitucionalização significa uma abordagem comunitária. Idealmente não só deverá haver cuidados na comunidade, mas também pela comunidade. Isto implica uma mudança no *locus* do tratamento e também nos objectivos, métodos e funcionamento dessa nova abordagem.

### 4.3. PERSPECTIVAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

Segundo Ekdavi & Conning (1994) existem três diferentes perspectivas da forma como encarar a desinstitucionalização que não são necessariamente, mutuamente exclusivas:

#### a) Desinstitucionalização como facto:

Em muitos países assiste-se a uma redução considerável nos pacientes psiquiátricos institucionalizados e camas disponíveis para o internamento:

- Na Grã-Bretanha houve uma redução de 84% dos internamentos de pessoas com uma doença mental prolongada entre 1954 até 1989 (Thonicroft & Bebbington, 1989).

- Nos EUA houve uma redução de 558 000 pacientes internados em 1955 para apenas 132 000 em 1980. Nos estimados 1,7 até 2,4, milhões de pessoas com uma doença mental prolongada, apenas 116 mil se encontravam hospitalizadas em 1983.

- De igual forma noutros países, como na Itália, houve um declínio drástico nos pacientes institucionalizados nos últimos 30 anos.

- Nota: Não foi possível obter dados estatísticos em relação ao mesmo período sobre a situação em Portugal.

#### b) A desinstitucionalização como processo.

A desinstitucionalização é entendida como um processo de mudança social, nomeadamente da assistência baseada em instituições psiquiátricas para uma assistência na comunidade. Não se trata aqui apenas de transpor os doentes da instituição para a comunidade, mas sim de oferecer melhores alternativas, em termos de qualidade de vida face ao internamento. De igual forma não só deve abranger a população internada, ou os ex pacientes internados, mas também pessoas com uma doença mental que não usufruíram dos serviços psiquiátricos. Em muitos países existe já uma legislação em relação a este processo, que prevê, como na Grã-Bretanha, que os hospitais psiquiátricos devem assumir mais uma função no tratamento dos casos agudos e que aos casos de evolução prolongada cabe mais a identidades locais.

c) A desinstitucionalização como filosofia.

A desinstitucionalização tem as suas raízes na antipsiquiatria dos anos 60 e 70. Aqui considerou-se uma pessoa com uma doença mental, vítima de efeitos perversos provindos das instituições. Resumia-se então que estas pessoas pudessem adquirir uma vida mais humana se as instituições deixassem de existir. No início não tomaram em consideração que deveria haver um acompanhamento e alternativas adequadas à institucionalização. De qualquer forma como Thonicroft & Bebbington (1989) afirmam, a desinstitucionalização não nasceu tanto de evidências empíricas mas de concepções mais teóricas que pretendiam o alcance de objectivos mais humanos.

#### **4.4. FACTORES QUE PROMOVEM A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.**

Os principais factores que contribuem para a desinstitucionalização já foram em parte mencionados, nos capítulos anteriores. Temos assim:

- Argumentação de ordem social, como a “neurose institucional” (Barton, 1959); o conceito da “instituição total” (Coffman, 1961, em Thonicroft & Bebbington, 1989).

- Resultados negativos de averiguações sobre o funcionamento hospitalar: muitos estudos em diversos países revelaram um funcionamento deficiente na maioria dos hospitais psiquiátricos como isolamento da instituição, desinteresse e indiferença dos colaboradores devido a uma rotina na assistência e até casos de negligência.

- Desenvolvimento do tratamento: Por um lado a introdução dos psicofármacos permitiu a redução do tempo de internamento, por outro lado foram desenvolvidas outras técnicas como ergoterapia, treino de aptidões sociais, etc. que também facilitaram o processo da desinstitucionalização.

- Influências legislativas: alguns países optaram por uma legislação bastante avançada para promover a desinstitucionalização. A mais importante talvez tenha sido nos EUA, pronunciada por Kennedy em 1963 “lei para os Centros de Saúde Mental Comunitárias”, cuja emenda em 1975 dizia “a assistência de Saúde Mental

Comunitária é a forma mais eficaz e humana para a assistência da maioria das pessoas com uma doença mental”.

■ Considerações de ordem financeira: pressupunha-se que a assistência na comunidade seria muito mais barata em relação ao internamento (e.g. Arranaz, 1989). No entanto os estudos mais actuais são controversos em relação a esta matéria. Thonicroft & Bebbington, (1989), chegam à conclusão que cuidados comunitários com um nível adequado ou bom, e com o necessário apoio não deverão ser muito mais baratos que os cuidados hospitalares.

#### **4.5. ASPECTOS METODOLÓGICOS.**

Avison & Speechley (1987); Afleck & McGuire (1984) fizeram uma revisão de estudos avaliativos de projectos de desinstitucionalização. Nestes estudos foram sobretudo utilizadas as seguintes seis categorias:

- 1) Taxa de readmissões hospitalares.
- 2) Intervalo antes da nova readmissão.
- 3) Desempenho do papel social.
- 4) Ajustamento social.
- 5) Grau de sintomatologia
- 6) Avaliação global.

Os autores verificaram que existem apenas poucos estudos avaliativos e comparativos (desinstitucionalização *versus* institucionalização) que empregam um amplo leque de avaliação social, clínica, financeira e administrativa. Além disso, muitos estudos eram baseados em pequenas amostras ou amostras heterogéneas.

Nos anos que se seguirão será um maior desafio para a desinstitucionalização, elaborar amplos estudos e pesquisas neste campo, para a recolha de dados mais consistentes.

## 4.6. ABORDAGENS NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO (em Ekdavi & Conning, 1994).

Estas abordagens deverão ser consideradas como complementares e não mutuamente exclusivas.

■ **Abordagem médica ou “curativa”:** Trata-se de um modelo mais tradicional tanto da psiquiatria como da psicologia. O princípio fundamental deste modelo, é a elaboração de um tratamento para remover os sintomas e alcançar uma cura. Tem pouca utilidade na desinstitucionalização, visto tratar-se em muitos casos, de uma intervenção prolongada ou até vitalícia, onde os aspectos da cura são relativizados. A desinstitucionalização pretende sobretudo um melhoramento do funcionamento e um aumento da qualidade de vida. No entanto um tratamento sistemático, seja medicamentoso, cognitivo ou comportamental é importante, mas deverá ser considerado em conjunto com outras abordagens.

■ **Abordagem da deficiência** (ver também capítulo 3 da I parte): Reconhece tanto factores fisiológicos como factores sociais e faz um apelo tanto na intervenção individual como no seu ambiente circundante. Não tem o objectivo da cura, mas pretende um ajustamento. Reconhece que uma intervenção pode ser prolongada, no entanto, focaliza mais as dificuldades do que as capacidades e recursos em questão. Também se torna difícil estabelecer, meramente por este modelo, prioridades a seguir.

■ **Abordagem funcional ou modelo das aptidões sociais:** O objectivo é desenvolver as aptidões sociais e pessoais (e não a remissão dos sintomas) necessárias, para uma sobrevivência na comunidade. Trata-se muitas vezes de uma intervenção directiva (treino de aptidões sociais) com programas bem definidos e avaliações mais objectivas. Pode ter a desvantagem de não considerar as necessidades individuais e o ambiente circundante (ver também capítulo 5 da I parte).

■ **A abordagem das necessidades:** Tem uma perspectiva focalizada nas necessidades de variada ordem, onde as pessoas revelam as suas necessidades, para viver adequadamente, num contexto de desinstitucionalização. Por exemplo, em vez de perguntar “sabe cozinhar?” pergunta-se “necessita de cozinhar (num determinado

contexto)?". Este modelo necessita então de uma intervenção individualizada que permite uma variedade de soluções possíveis. Evita o falhar, como no modelo curativo ou funcional, ao tentar considerar um amplo leque de alternativas possíveis. Existe no entanto a dificuldade, não só em relação a uma clara definição de uma necessidade, como em dar respostas adequadas perante recursos limitados. O mero levantamento das necessidades não implica automaticamente a sua solução.

■ **A abordagem do desempenho de um papel:** Esta abordagem mais recente, mas ainda pouco empregue, tem como objectivo a maximização do desempenho de papéis sociais que a pessoa desempenha ou irá desempenhar (papel doméstico, papel laboral, etc.). Esta abordagem pode integrar as três abordagens anteriores porque um determinado papel:

- Envolve mais que uma lista de disfunções.
- Envolve mais que uma série de aptidões pessoais e sociais, porque é definida em relação a determinado contexto interrelacional.
- Pode fornecer o contexto, onde necessidades específicas podem ser definidas.

Pode-se considerar que uma pessoa abdique de um papel doméstico, a favor de um papel laboral e vice-versa. Isto é, num grupo de doentes, uns podem concentrar-se num trabalho laboral, fora da residência e outros nas tarefas domésticas, permitindo uma divisão de trabalho. Acontece algo de muito semelhante, no projecto de desinstitucionalização na Casa de Saúde da Idanha.

Em relação ao "papel do doente" é de referir que alguns técnicos realçam este papel e outros querem abolí-lo porque entendem que diminui a autoestima da pessoa e dificulta o processo de desinstitucionalização. Pode transmitir a ideia de que a pessoa não pode fazer nada ou pouco para melhorar. Mas a abolição completa do papel do doente, (dizer que não estão doentes) pode também ter efeitos negativos, como a não adesão ao tratamento farmacológico e não só. A melhor forma talvez, é de transmitir o papel do doente, mas como qualquer outra doença crónica (e.g. diabetes), onde sobre a adesão de um tratamento e num contexto específico permite fazer uma vida "normal" ou quase normal. Por outro lado devemos dar mais ou menos ênfase, ao "papel do doente", dependendo se a pessoa se encontra numa fase de crise ou se está a avançar no processo de reabilitação.

Para concluir, podemos dizer que na prática, é raro seguir rigidamente um só modelo. Devemos considerar os modelos complementares e não competidores entre si.

## 4.7. ÁREAS DE INTERVENÇÃO NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

(em Kuehnsel et al., 1990; Formigoni, 1994)

- Assistência psiquiátrica como farmacoterapia, sobretudo em casos agudos e para diminuição dos sintomas negativos.
- Fornecimento de alojamento adequado (ver capítulo 4.9. da I parte).
- Serviços de apoio e assistência em caso de crise, com eventual hospitalização temporária. Os serviços de apoio referem-se ao seguimento psiquiátrico para verificar a medicação, serviços de enfermagem, serviços para responder às necessidades básicas dos doentes (alimentação, higiene, etc.), treino de aptidões sociais (ver capítulo 5 da primeira parte) e o apoio psicológico pontual.
- Reabilitação vocacional: O trabalho pode significar:
  - O desempenho de uma actividade onde o doente se sente útil.
  - Fornecer um sentido de domínio de um papel social.
  - Evitar a discriminação.
  - Adquirir um estatuto social.
  - Melhorar a situação financeira.
  - Constituir um critério na recuperação.
  - Fornecer mais contactos interpessoais e um alargamento da rede social.

Além disso foi revelado, uma correlação entre o tempo em que os doentes não faziam nada e o nível da sintomatologia primária (Wing & Brown, 1970) em Thornicroft & Bebbington, 1989).

A reabilitação vocacional consiste em assistir os doentes na preparação para encontrar e manter um trabalho. O trabalho pode realizar-se sobre as mais diversas formas.

- Terapia ocupacional.
- Oficinas protegidas
- Emprego transitório.
- Trabalho suportado, apoiado ou supervisionado
- Emprego suportado e supervisionado
- Emprego normal competitivo

A escolha destes formatos depende de:

- Das capacidades e do grau de autonomia dos utentes.
- Dos recursos e oportunidades disponíveis
- Da motivação dos utentes

Não deverá haver apenas um critério económico, mas também deverão ser consideradas as necessidades e desejos dos utentes, os aspectos ligados à sua qualidade de vida e à sua autorrealização.

A reabilitação vocacional pode ser implementada através de

- “Clubes” como as “Fountain Houses” que não só oferecem empregos para o seu próprio funcionamento e administração, como preparam as pessoas para uma vida laboral e tentam encontrar um emprego no mercado de trabalho, garantindo aos empregadores que em caso de crise (descompensação), o trabalhador é automaticamente substituído por outro utente.

- Programas vocacionais, como o programa “Horizon I e II” e o programa “Helius” (1995) apoiados pelo Fundo Social Europeu.

- Nos EUA foram elaborados “programas de emprego transitórios ligados aos serviço de saúde mental (agência) que não só tentam preparar os utentes para a vida profissional mas também negociam com empregadores lugares de emprego para esta população, semelhante aos “Fountain Houses”.

- Treino de aptidões sociais (Ver capítulo 5 da I parte).

- “Peer support programs” (programas de apoio de grupos de autoajuda, ajuda mútua e organizações de interajuda para promover a integração social) consistem em promover:

- Clubes psicossociais, que podem ser organizados e geridos pelos próprios utentes com apoio técnico. Podem ter objectivos de desenvolver a

reabilitação social, o treino de aptidões sociais, serviços informativos e/ou objectivos de ordem lúdica e recreativa.

- Promover o apoio a associações de representações dos próprios doentes, como o movimento “Grow” (Rappaport, 1990).

- Promover associações de familiares de doentes. Na Casa de Saúde da Idanha, foi constituída uma associação dos familiares e amigos dos doentes, a ASA.

→ ■ “Case Managment” (gestor de casos): trata-se de uma pessoa responsável para o doente que funciona como sua referência e apoio, desempenhando o papel de coordenador. Tem como objectivo, a utilização eficaz dos serviços e recursos disponíveis para o doente, fomentar o emprego, aumentar a adaptação e funcionamento social (Cangas, 1995; Fernández, 1995).

A sua função consiste em:

- Apoiar o doente na elaboração de um projecto que vá ao encontro das suas necessidades e desejos

- Informar o doente e apoiá-lo, nas escolhas em relação aos serviços e oportunidades.

- Apoiar o doente em obter assistência e apoios de serviços, como a segurança social entre outros.

- Advocacia

Desta forma o “case manager” garante uma continuidade na assistência ao doente. Mais recentemente Cangas, 1995, propõe uma variante do “case managment”, ou seja a COMSORT (= “Comprehensive Social Reintegration Treatment”) que inclui uma intervenção clínica, social, ambiental e ecológica. A maior diferença consiste que no COMSORT, se pretende envolver a comunidade no apoio directo ao doente.

- Programas integrados de reabilitação/ desinstitucionalização.

Existem vários programas que pretendem integrar as áreas mencionadas nas alíneas anteriores, nomeadamente Liberman (1988), Roder (1992).

- Pode haver intervenções específicas como:

- Terapias cognitivas, sobretudo em relação à resolução de problemas e estratégias de confronto.

- Terapias comportamentais específicas.
- Em caso de reinserção familiar, terapias familiares, psicoeducativas e sistémicas.

#### **4.8. PLANEAMENTO E TRIAGEM PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.**

Existem vários modelos gerais para o planeamento da desinstitucionalização cuja descrição pormenorizada iria para além do âmbito deste trabalho. Por isso vamos-nos referir apenas aos modelos mais conhecidos em termos sintéticos.

- Hume & Pullen (1986) estabeleceram:
  - 1) Avaliação do doente
  - 2) Estabelecimento de um objectivo
  - 3) Programas de intervenção
  - 4) Reavaliação
  - 5) Modificação dos objectivos; e 3), 4), 5), sucessivamente.
  
- Unger (1990) estabeleceu três fases:
  - Diagnóstico (estabelecer um objectivo global) e avaliação funcional e dos recursos.
  - Planeamento (desenvolvimento das aptidões sociais e dos recursos)
  - Intervenção (treino de aptidões sociais, desenvolvimento das condições e modificação dos recursos)
  
- Philling (1991) proporciona para a desinstitucionalização o seguinte:
  - Triagem e avaliação dos doentes
  - Preparação dos técnicos
  - Preparação dos doentes
  - Preparação da comunidade.

A selecção de doentes para a desinstitucionalização, tem sido realizada segundo Warts & Lavender (1987, em Thonicroft & Bebbington, 1989) muitas vezes de forma não sistemática *ad hoc*. A avaliação inicial deve ter em conta tanto, aspectos clínicos como níveis de aptidões sociais que não são necessariamente correlacionados. Ekdawi & Conning (1994, p. 37) afirmam, que é difícil fazer um prognóstico de doentes internados, prevendo a futura adaptação ou não num contexto de desinstitucionalização. No nosso projecto “Laço Verde” (residências extra-hospitalares na CSI) verificámos de igual forma que apesar de uma determinada avaliação para a triagem, houve candidatos com muitas potencialidades iniciais que tiveram dificuldade em adaptar-se ao novo contexto e vice-versa; candidatos, aparentemente menos favoráveis faziam uma evolução extraordinária, nas residências extrahospitalares. Existe pouca pesquisa para averiguar a relação entre as características dos doentes e a probabilidade de uma desinstitucionalização sucedida, num determinado contexto. Baker & Hall (1984) apontam como indicadores para o prognóstico de uma sucedida desinstitucionalização, o nível de funcionamento nas aptidões sociais e pessoais e o comportamento inadequado. Ambos os factores poderão ser avaliados pela escala REHAB (ver a metodologia na II parte). Clifford et al. (1991) verificaram que o grau de comportamento antissocial (como a agressividade) é um indicador de prognóstico mais importante para a desinstitucionalização. Num estudo longitudinal de Wykes & Dunn (1992, em Ekdawi & Conning, 1994) verificaram que o grau de disfunção é um importante indicador para averiguar o nível de assistência requerida por parte dos doentes.

Queremos chamar a atenção, que tanto funções cognitivas como comportamentais associadas foram incluídas na triagem para a desinstitucionalização da CSI (ver capítulo 7. da II parte).

O “Royal College of Psychiatrists” estabeleceu em 1987, em conjunto com instituições representativas de doentes e seus familiares, os princípios gerais para os programas de desinstitucionalização.

- Devem ser suficientemente abrangentes para lidar com todo o leque dos distúrbios psiquiátricos.
- Devem ser geográfica e culturalmente acessíveis.
- Devem ser aceites pelos doentes e seus familiares.

- Devem ser eficazes e eficientes em termos de custos/ benefícios.

#### **4.9. MODELOS RESIDÊNCIAIS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.**

O sucesso da desinstitucionalização depende sobretudo da natureza das futuras residências onde as pessoas serão inseridas. Cada vez mais se aponta para uma maior flexibilidade no formato de realojamento, dependente das necessidades e do grau de autonomia dos utentes, dos hábitos culturais e dos recursos disponíveis. Na literatura existem os mais diversos formatos que sintetizamos aqui, desde alojamentos para doentes muito autónomos até unidades para os mais dependentes (Lieberman, 1988; Desviat, 1995; Cangas, 1995; Ekdawi & Conning, 1994):

1) Alojamentos sem supervisão para os mais autónomos:

- Reinserção familiar; que deve ser realizada apenas numa base de aceitação por parte da família.
- Reinserção numa família de acolhimento
- Alojamento onde o doente vive só ou com amigos.

2) Alojamentos com supervisão, onde existe uma supervisão regular ou pontual por parte dos técnicos, para averiguar a qualidade de alimentação, higiene, manutenção e funcionamento residencial e a sintomatologia dos utentes. Por vezes esta supervisão pode ser assumida por um chamado “Key-neighbour” (vizinho responsável).

3) Residências em grupos, onde alguns doentes vivem em grupos numa casa ou apartamento, fora da instituição e com uma supervisão semelhante à alínea anterior. A supervisão inclui neste formato, a qualidade de relacionamento entre os utentes.

4) Residências supervisionadas, onde existe uma supervisão e organização intensiva e diária por parte dos técnicos, por exemplo no controlo da medicação. Nestas residências podem ser fornecidas a alimentação e a elaboração do orçamento se não há condições para a sua realização por parte dos utentes.

5) Residências assistidas caracterizadas por uma alta estruturação por parte dos técnicos, que organizam a vida diária dos doentes altamente perturbados. Pode exigir a presença contínua durante o dia de um monitor.

6) Unidades de enfermagem, serão necessárias para doentes incontinentes, acamados, doentes com dificuldades de locomoção ou com grande desorientação.

Ekdawi & Conning (1994) referem que num processo de desinstitucionalização, os hospitais não podem fechar as enfermarias enquanto não surgirem alternativas residenciais adequadas para os doentes e uma preparação destes para a sua reinserção. Desta forma, o próprio hospital psiquiátrico, pode assumir funções, para a preparação da desinstitucionalização, através do desenvolvimento das aptidões sociais e da promoção de uma vida autónoma. Segundo os mesmos autores, existe uma vantagem, sobretudo para doentes de longo internamento, ao passarem por uma forma transitória intermédia, ou seja, de passarem por residência intrahospitalar, que tem a função de preparar, de forma gradual a desinstitucionalização, através de:

- Conhecimento interpessoal de grupo, sobretudo se irão viver em conjunto.
- Desenvolvimento das aptidões sociais, domésticas e pessoais.
- Conhecimento gradual da futura comunidade onde irão ser inseridos (alojamento, lojas, cafés, etc.).
- Estabelecimento da relação entre a equipa técnica e os doentes.

→ Verificou-se que os doentes de longo internamento sentem normalmente grandes dificuldades em se desvincularem do hospital, ficando ansiosos e aumentando muitas vezes, a sua sintomatologia (sintomas positivos). Uma preparação gradual, através de uma residência intra-hospitalar, intermédia ou residência de preparação, pode diminuir estes efeitos. Na CSI optou-se por este formato.

Existem vários estudos sobre a distribuição da população “desinstitucionalizada” e o seu impacto (em Thonicroft & Bebbington, 1989):

- Em 1984, verificou-se na Califórnia que 45% de doentes ex- hospitalizados se encontravam supervisionados; 22% viviam independentemente ou com os seus familiares; 7% viviam em residências assistidas; 7% em residências transitórias e 9%

encontravam-se numa situação de sem-abrigo, não usufruindo de qualquer assistência.

■ Em York, Inglaterra, 44% dos doentes viviam em 1985, consideravelmente independentes e a mesma percentagem em residências assistidas.

■ Kunze verificou em 1985 que os centros de enfermagem para os mais dependentes revelaram um ambiente social mais pobre e um grau de fenómenos de institucionalização maior.

■ Lehman et al. (1986) comparou doentes em hospitais psiquiátricos com doentes desinstitucionalizados e verificou que os últimos consideraram as suas condições de vida mais favoráveis, tinham mais recursos e eram menos agredidos.

■ Wiersma et al. (1995) comparou doentes hospitalizados, com doentes que usufruíam uma assistência comunitária, verificando que os últimos, eram superiores no desempenho de aptidões pessoais e domésticas, revelavam uma maior adesão ao tratamento e uma maior satisfação com suas condições.

■ Wilkinson et al. (1995) verificaram que uma assistência comunitária num contexto semirural melhorou de forma estatisticamente significativa após dois anos, a impressão clínica e o desempenho nas aptidões sociais.

■ Um amplo estudo comparativo e longitudinal elaborado por Arranz (1989) verificou que os utentes melhoraram muito significativamente em relação aos doentes hospitalizados nas seguintes áreas: aptidões sociais, adaptação ao meio, ideias delirantes, transtornos psicomotores e do impulso. Houve uma melhoria, mas não muito significativa, nas relações interpessoais e familiares, transtornos de pensamento e socioperceptivos. Não houve melhoria, nas actividades laborais, recreativas e socioculturais, nos transtornos de orientação, memória e afectivos. Resumindo podemos dizer que houve uma melhoria nas aptidões pessoais e nos sintomas positivos, mas não nos sintomas negativos.

De qualquer forma podemos dizer que estes estudos se referem a condições locais e são difíceis de ser generalizados. Muitos autores fazem um grande apelo para a elaboração de mais investigação nesta área recente.

## **4.10. ORGANIZAÇÃO GLOBAL E FINANCIAMENTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.**

É óbvio que os programas da desinstitucionalização devem ser apoiados por diversas entidades governamentais e públicas a nível nacional e local, em diversas áreas como:

- Elaboração de planos globais e legislação adequada
- Apoios financeiros, por exemplo, para aquisição das residências
- Apoios, em termos de fornecimento do “know-how”
- Apoio, para a formação dos técnicos envolvidos
- Apoios, em termos da preparação da comunidade.

Na Inglaterra existe um apoio directo do serviço nacional de saúde para os projectos da desinstitucionalização. Em Espanha, existem mais acordos ao nível autárquico (Arranz, 1989). No nosso país, por enquanto, apenas existem apoios pontuais, sobretudo provindos do Fundo Social Europeu.

## **4.11 LEGISLAÇÃO PORTUGUESA E PROJECTOS GOVERNAMENTAIS EM RELAÇÃO À RPS / DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Foi realizada uma pesquisa para reunir dados sobre a legislação portuguesa e projectos governamentais em relação à Reabilitação Psicossocial (RPS) / Desinstitucionalização, para pessoas que sofrem de uma doença mental.

■ Na Constituição da República Portuguesa estão consagradas no Artigo 71.º os seguintes direitos para os deficientes:

1. *Os cidadãos, física ou mentalmente deficientes, gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.*

2. *Ó Estado obriga-se a realizar uma política nacional e de tratamento, reabilitação e integração de deficientes, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais e tutores.*

3. *O Estado apoia as associações de deficientes.*

■ A lei de Saúde Mental de 1963 preconizava a reforma dos Serviços de Saúde Mental, propondo como princípios orientadores, a sectorização dos serviços psiquiátricos e a criação de Centros de Saúde Mental (CSM).

■ Em 1981 houve uma Proposta de Planeamento do subsistema de Cuidados de Saúde Mental na Área Metropolitana de Lisboa, que definiu as linhas que devem presidir à organização e implementação dos CSM.

■ Em 1985 foi apresentado um Programa de Saúde Mental pela Direcção dos Serviços de Saúde Mental, de acordo com os princípios consignados na Declaração dos Ministros Europeus de Saúde, aprovada e subscrita por Portugal no mesmo ano, que previa como principais objectivos: a criação na comunidade de um conjunto de serviços localmente acessíveis à população; a articulação funcional dos serviços de saúde mental com os restantes serviços de saúde; a garantia da continuidade de cuidados; e o desenvolvimento de alternativas residenciais e de meios de reabilitação para os doentes de evolução prolongada.

■ Em 1988 (DSSM, 1988) foi elaborado um programa de Reorganização dos Serviços de Saúde Mental pela Direcção de Serviços de Saúde Mental, que designou vários objectivos gerais:

*.- Promover o desenvolvimento de programas de reabilitação, de estruturas residenciais e de meios de reintegração sócio-profissional que permitam criar para os doentes de evolução prolongada alternativas ao internamento asilar.*

Este programa previa:

■ Criar Comissões Técnicas, entre as quais uma para a Reabilitação e Desinstitucionalização.

■ Para as áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto e para o Distrito de Coimbra: *Desinstitucionalização e Reabilitação dos Doentes de Evolução Prolongada, através de programas que permitirão, para cada caso, uma*

*avaliação clínica e social, a definição de alternativas mais indicadas (reintegração familiar, Lar, Residências Comunitárias, outras instituições), a reabilitação possível e a preparação para a transferência e integração na alternativa preconizada*

■ Criar um Programa de Reabilitação e Desinstitucionalização no âmbito da Comissão Interministerial para a Reabilitação e Desinstitucionalização, constituída por representantes do SNR, DSSM, IEFP, da Segurança Social e dos Hospitais Psiquiátricos. Este programa deverá definir o quadro geral de orientações e princípios do processo de Desinstitucionalização a implementar, estudar os meios financeiros envolvidos na criação de estruturas de reabilitação; deverá ainda criar condições para o emprego protegido e a integração comunitária. Prepara os projectos de criação dessas estruturas.

■ Em relação à formação de Técnicos: *Realização de Seminários sobre Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Desinstitucionalização e Intervenção em Crise, através da cooperação do OMS.*

■ Encontramos uma vasta legislação em relação ao emprego e emprego protegido relevante a nossa população:

■ Despacho Normativo nº 388/79 de 13 de Março

■ Decreto lei 40/83 de 25 de Janeiro 1983.

■ Decreto Regulamentar nº 37/85 de 24 de Junho 1985.

■ Decreto-Lei nº 194/85 de 24 de Junho 1985.

■ Decreto-Lei nº 247/ 89 de 5 de Agosto, que prevê o Regime de apoio ao programa de formação profissional, apoio ao programa de emprego no mercado normal de trabalho, incentivos ao emprego de pessoas deficientes, prémio de mérito.

■ Decreto-Lei nº 299/86 de 19 de Setembro

■ Despacho do Ministério do Emprego e da Segurança Social do 7 -8-1990.

■ Despacho Normativo nº 99/90 de 13 de Agosto

■ Sobre as estruturas e competências específicas nesta área do IEFP temos:

■ Decreto-Lei nº 247/85 de 12 de Julho

■ Portaria nº 656/86 de 4 de Novembro: Prevê uma Direcção de Serviços de Reabilitação do IEFP, que compete entre outros: a) *Contribuir para a definição da política de integração sócio-profissional de deficientes, no contexto da política nacional de emprego e formação profissional; d) apoiar as entidades públicas, cooperativas e privadas que prossigam fins de reabilitação profissional.*

■ LEI Nº 9/89 DE 2 DE MAIO “Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência”:

■ No seu Artigo 3º define a reabilitação como: 1- *“... um processo global e continuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, desenvolver ou a restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma actividade considerada normal. 2 - O processo de reabilitação envolve o aconselhamento e a orientação individual e familiar, pressupondo a cooperação dos profissionais aos vários níveis sectoriais e o empenhamento da comunidade”.*

■ Artigo 10º Reabilitação profissional: 1- *A reabilitação profissional tem por objectivo permitir à pessoa com deficiência, o exercício de uma actividade profissional e compreende um conjunto de intervenções específicas no domínio da orientação e formação profissional, bem como as medidas que permitam a sua integração, quer no mercado normal de emprego quer noutras modalidades alternativas de trabalho”.*

■ Artigo 11º Reabilitação Psicossocial: *A reabilitação psicossocial compreende um conjunto de técnicas específicas integradas no processo contínuo de reabilitação, com vista a desenvolver, conservar ou restabelecer o equilíbrio da pessoa com deficiência e das suas relações afectivas e sociais”.*

■ Decreto-Lei nº 184/92 de 22 de Agosto, que redefine a estrutura e o funcionamento do Secretariado Nacional de Reabilitação (SNR).

■ Despacho Conjunto de 12 de Fevereiro de 1994, dos Ministérios da Educação, das Obras Públicas, Transportes e Comunicações, da Saúde e do Emprego e Segurança Social, que define um *“Plano Nacional de Acção para a Reabilitação*

até ao Ano 2000 .... que pretende definir as medidas operacionais ... para a prossecução de uma política global e coerente a favor das pessoas com deficiência, visando:

- *A prevenção primária, secundária e terciária da deficiência*
- *A sua participação plena e activa na vida cultural, social e económica.*

Esta política ... é particularmente orientada para:

- *A promoção de uma vida autónoma, segundo as suas necessidades e projectos pessoais.*
  - *A reabilitação médica*
  - *A orientação profissional.*
  - *O emprego*
  - *A integração social*
  - *A formação do pessoal das áreas da reabilitação e da integração social*
- (entre outros)

■ “Princípios e Modelos da Organização dos Serviços de Saúde Mental” do Grupo de Trabalho (Caldas de Almeida et al., 1995), apresentado na conferência sobre a saúde Mental “Proposta para a Mudança”; promovida pela Direcção Geral de Saúde. A finalidade neste princípios consistem em:

1. *A promoção da saúde mental das populações*
2. *A luta contra as doenças mentais*
3. *A reabilitação e inserção social das pessoas com problemas de saúde mental.*

Os objectivos prioritários são entre outros:

- *Assegurar às pessoas com problemas de saúde mental os cuidados e as medidas necessárias à prevenção da sua inserção social e do seu estatuto de sujeito*
- *Assegurar os cuidados e as medidas necessárias à máxima autonomia e reinserção social das pessoas actualmente dependentes de instituições psiquiátricas*

■ *Preservar e restabelecer a autonomia e as capacidades das pessoas com problemas de saúde mental, bem como os seus elos de ligação com o meio sóciofamiliar.*

Os princípios organizacionais são entre outros:

■ *Diversificação de Dispositivos: "O internamento ..., o hospital e o centro de dia, o centro de intervenção comunitária, o centro de intervenção em crise, a consulta externa, as estruturas de reabilitação ( atelier protegido, empresa social, etc.) e as diferentes estruturas residenciais (apartamentos protegidos, residências comunitárias, etc.), são cada vez mais dispositivos essenciais ...*

■ *Continuidade de Cuidados*

■ *Desenvolvimento de Actividades na Comunidade.*

■ *Reestruturação da Hospitalização: No que diz respeito aos doentes de evolução prolongada, as ideias hoje prevalecentes ... condensam-se nos seguintes pontos:*

1. ... *alguns doentes podem exigir, durante períodos prolongados, cuidados prestados num "setting" que inclua uma dimensão residencial e possibilite intervenções terapêuticas específicas.*

2. *Para estes doentes, o internamento num hospital psiquiátrico, sobretudo nas predominantemente asilares, acarreta sempre riscos de institucionalização e de separação do meio social. Importa por isso, recorrer o mais possível a outro tipo de dispositivos - comunidades terapêuticas, residências comunitárias, apartamentos protegidos - mais facilitadores da reabilitação e reinserção dos doentes. Importa ainda, simultaneamente ... .. assegurar nos hospitais psiquiátricos as transformações que garantam, a quem neles continua a viver, condições de vida consentâneas com a dignidade do ser humano.*

■ *Garantia de Qualidade*

■ *Reabilitação, como prioridade actual*

Em relação à Questão dos Hospitais Psiquiátricos, este documento afirma: *A transição de um modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para modelos cada vez mais centrados num conjunto diversificado de estruturas, é uma tendência verificada em todo o mundo. ... esta transição se faça respeitando ... princípios essenciais:*

1. *As estruturas alternativas a criar, deverão prestar cuidados de melhor qualidade do que as dos antigos hospitais.*

2. *Nenhuma estrutura hospitalar poderá ser desactivada sem que exista uma alternativa melhor, pronta a funcionar.*

#### **4.12. LIMITES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.**

Promover a desinstitucionalização, não significa necessariamente que os hospitais psiquiátricos e casas de saúde se tornem inúteis. Embora existam projectos, como no Estado Federal de Bremen, que dissolveram por completo um hospital psiquiátrico, inserindo mesmo doentes com perturbações profundas (Raab et al., 1988; Brill et al., 1992).

Os hospitais podem assumir futuramente diversas funções, como sucedeu na Inglaterra e no EUA, ou seja:

- Servirão de base de apoio para os diversos projectos de desinstitucionalização.

- Recolherão, temporariamente doentes em crise, que já tenham sido desinstitucionalizados

- Funcionarão como hospital de dia, com uma assistência ambulatória

- Fornecerão um diagnóstico e uma reavaliação e reequilíbrio da medicação.

- Fornecerão tratamento médico e de enfermagem que é difícil de administrar na comunidade (ECG, EEG, TAC, etc.).

- Fornecerão uma protecção para doentes difíceis de serem desinstitucionalizados, a chamada população residual, que inclui:

- Doentes com idades avançadas

- Doentes agressivos, com graves perturbações que podem pôr em risco os outros e a si próprio.

- Doentes com grandes tendências para o suicídio

- Doentes que são muito vulneráveis à exploração, económica e sexualmente.

Guldman & Shoue (1984, em Thonicroft & Bebbington, 1989) estimaram que 15 por cem mil pessoas, numa área populacional, caem nesta categoria (população residual).

Mais recentemente, o momento de desinstitucionalização refere-se mais às funções do que ao formato de colocação dos doentes. Desta forma, entende-se que também poderá ser aumentada a qualidade de vida para a população acima referida nas instituições, através de:

- Construção de unidades hospitalares mais pequenas, ou comunidades terapêuticas.
- Elaboração de um programa ocupacional e laboral dentro da instituição
- Organização de actividades de lazer e recreativas
- Treino de aptidões sociais:

### **4.13. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (RPS)**

*“É melhor acender uma vela, do que queixar-se da escuridão” (provérbio chinês)*

Não devemos esquecer que a desinstitucionalização se insere no âmbito da Reabilitação Psicossocial (RPS).

A Reabilitação Psicossocial teve origem na prevenção terciária: reabilitação e inserção social da pessoa; e na reabilitação quaternária: evitar a iatrogenização do doente e o hospitalismo (Caplan, 1980).

Existem as mais diversas definições em relação a reabilitação:

Hume & Pullen (1986) definem a reabilitação como um processo no qual se ajuda a pessoa ajustar as suas limitações devidas à doença/ deficiência ou incapacidade.

Wolfensberger (1980) considera a reabilitação como utilização de meios para estabelecer e /ou manter um comportamento e características tanto quanto possíveis adaptada a uma determinada cultura (em Pilling, 1991).

Anthony & Liberman (1986) consideram em termos filosóficos, que a RPS tem o objectivo de aumentar as capacidades dos doentes, de modo a que estes possam alcançar o máximo do seu potencial, para uma vida independente e um desenvolvimento útil e significativo.

Unger (1990, p. 164) define o objectivo da reabilitação psiquiátrica como “permitir que indivíduos com problemas psiquiátricos melhorem o seu funcionamento, de forma a terem mais êxito e satisfação nos seus ambientes de escolha”.

Bennet (1983, em Ekdawi & Conning, 1994) propõe seis aspectos básicos para o desenvolvimento do conceito da RPS:

1) Tentar modificar a incapacidade psiquiátrica, depois compensar esta incapacidade através do desenvolvimento de capacidades compensatórias e finalmente colocar a pessoa num ambiente onde pode utilizar as novas capacidades adquiridas.

2) Alcançar uma actividade remunerada

3) Reabilitar a pessoa, de forma a poder ser desinstitucionalizada.

4) Desenvolver as aptidões sociais, de modo a que possa ser inserida na família ou comunidade, na escola ou no trabalho.

5) Desenvolver as competências e capacidades, com ênfase no “coping” (estratégias de confronto adequadas) e não na cura.

6) Processo de ajuda aos doentes para utilizar ao máximo as suas capacidades para que possa funcionar num nível óptimo e num contexto social, o mais normal possível.

Sarraceno (1995) estabeleceu sete princípios para a RPS:

1) A RPS é um processo que pretende diminuir a incapacidade e desvantagem, produzida por uma doença mental e as respostas por vezes inadequadas, dadas por psiquiatras e instituições sociais.

2) A RPS pretende promover as aptidões cognitivas e emocionais

3) A RPS pretende activar os recursos disponíveis para esta população, inclusive aumentar direitos, oportunidades de trabalho e qualidade de vida.

4) O impacto do modelo teórico na RPS depende do contexto micro e macro, onde se pretende implementar.

5) No entanto a RPS não é uma mera aplicação de um modelo teórico, mas inclui todas as acções que podem favorecer o percurso da pessoa que sofre de uma doença mental.

6) É necessário elaborar pesquisas para conhecer os determinantes de um bom resultado na RPS e os factores de risco.

7) As actividades nos países em vias de desenvolvimento revelavam que a escassez dos recursos, muitas vezes não constituem um factor impeditivo para se atingirem excelentes resultados. Nesta área o Norte pode aprender do Sul, nas palavras do autor.

A WAPR (“World Association for Psychosocial Rehabilitation”) em 1996, na sua declaração concensual, definiu a RPS como um processo que facilita a obtenção de oportunidades para pessoas que sofrem de uma doença, incapacidade ou desvantagem, de forma a que possam alcançar um nível de funcionamento independente na comunidade. Isto implica tanto o desenvolvimento de competências pessoais e a introdução de mudanças ambientais, para se obter uma vida com a melhor qualidade de vida possível.

Podemos concluir que a reabilitação psicossocial consiste essencialmente no seguinte:

- ✎ Um processo activo e complexo para atingir um funcionamento psicossocial óptimo;
- ✎ É um processo contínuo e individualizado, centrado nas necessidades da pessoa;
- ✎ Procura a humanização e a qualidade de vida definida como capacidade de uma pessoa com saúde comprometida, em interagir com o seu ambiente familiar, social e profissional no sentido de uma satisfação e realização pessoal;
- ✎ Procura o aumento de autonomia

Os principais objectivos da Reabilitação Psicossocial recaem:

- ✎ Na maximização das oportunidades e potencialidades do indivíduo
- ✎ Na minimização dos efeitos incapacitantes;

- No aumento do apoio das famílias e às famílias;
- Na desestigmatização da doença mental.

A RPS surge como conceito central de mudança radical na saúde mental podendo mesmo ser considerado como uma mudança de paradigma (Kuhn, 1988), dado que difere significativamente nas suas concepções básicas, das perspectivas anteriores, que podemos sistematizar da seguinte forma (Lind, 1994 a):

Fig.2: Mudança paradigmática na Reabilitação Psicossocial:

Antigo Paradigma	Novo Paradigma
☞ 1) Doença Mental: mais como estado e limitação	☞ Modelo desenvolvimentalista: há um processo e uma evolução contínua.
☞ 2) Ênfase na patologia e nas incapacidades	☞ Ênfase nas aptidões, recursos e capacidades. Abordagem positiva
☞ 3) Categorização das pessoas em doenças	☞ Ver mais a pessoa como pessoa, os seus interesses e pontos de vista
☞ 4) Recorte: Ver mais o doente	☞ Alargar o recorte: Ver o "doente", a sua família e o ambiente físico-social.
☞ 5) Doente mental como receptor de ajuda: caritativismo, paternalismo	☞ Responsabilidade, desafio e "empowerment"
☞ 6) Doente mental só recebe da sociedade	☞ O "doente" também pode dar enriquecimento recíproco:
☞ 7) Causas na pessoa	☞ Causas na pessoa (vulnerabilidade) em interacção com o ambiente físico e social e com as expectativas da sociedade
☞ 8) Protecção, segregação	☞ Inserção social; reabilitação (individual, familiar, social e profissional)
☞ 9) Abordagens específicas. Defender o seu modelo como mais eficaz	☞ Abordagem holística (biológica, física, psíquica, cultural, social e espiritual)
☞ 10) Intervenção dos técnicos para o doente, que é apenas objecto	☞ Intervenção com o "doente". Ele e a sua família fazem parte da equipa técnica. ☞ Reconhecer que estamos perante um problema complexo que exige uma intervenção multidisciplinar
☞ 11) Qualidade de assistência	☞ Também qualidade de vida, algo que tem de ser gratificante para esta população
☞ 12) Mudança de comportamentos	☞ Mudar também o ambiente e a nossa atitude
☞ 13) Ajuda	☞ Auto-ajuda, ajuda mútua, autonomia
☞ 14) Limitação dos direitos, Decidir para os doentes	☞ Alargar os direitos; participação na tomada de decisão. Reconhecimento dos direitos humanos para esta população.

Vamos seguir explicar estes parâmetros:

1) Modelo desenvolvimentista: A vida é um processo de crescimento e de mudanças contínuas e todas as pessoas, mesmo com uma doença mental severa são capazes de se desenvolver e modifica, sendo difícil de prever os seus limites.

Quanto mais uma pessoa evolui, mais se pode desenvolver. Devemos então ajudar as pessoas a desenvolverem ao máximo as suas potencialidades e oferecendo-lhes oportunidades para tal, sem limites pré-definidos, sob forma de objectivos técnicos e médicos.

2) Segundo vários autores o que determina o sucesso na RPS não são os sintomas clínicos, mas sobretudo a ausência ou presença de aptidões sociais. Da mesma forma verificou-se que a falta de aptidões sociais é um factor relevante para o número de sucessivas hospitalizações (Lieberman & Kapelowicz, 1995). Além disso uma demasiada ênfase na patologia reforça o papel do doente que pode tornar-se um bloqueador para a sua futura reabilitação. Podemos dizer que o modelo médico clássico, tem mais uma visão no passado e a RPS enfatiza o presente e o futuro.

3) Cada pessoa tem as suas próprias necessidades, interesses, capacidades e pontos de vista, mesmo na população em causa. A RPS tende a tomar em conta estes aspectos peculiares de cada pessoa, ao oferecer de forma flexível uma gama de possibilidades. A mera categorização por doenças, tiraria toda a peculiaridade e individualidade da pessoa.

4) O processo de RPS não pode ser visto de forma restritiva de meras mudanças intrapsíquicas. Aqui também se toma em consideração o ambiente circundante que compreende os familiares (Lind, 1994 b), amigos, vizinhos, alojamento e também serviços assistenciais e comunitários, a legislação e as atitudes favoráveis perante pessoas com uma doença mental.

5) Por vezes um pequeno desafio, pode ser mais útil do que uma demasiada protecção, para a evolução favorável da pessoa. Por "empowerment" entende-se a capacidade fornecida, para que um indivíduo possa o mais possível, tomar conta da sua vida.

6) Cada pessoa tem aspiração em ser útil numa área, o que faz com que seja reconhecida e que aumente por sua vez a sua autoestima e resistência a futuras frustrações. Se considerarmos a pessoa com uma doença mental, como mero receptor de ajuda, atrofiaremos as suas capacidades. A RPS prevê a promoção de oportunidades para que estas pessoas possam também dar algo de si próprios, tornando-se não só mais capazes como também enriquecendo a sociedade.

7) Ver capítulo 1.3. da I. parte, sobre a etiologia.

8) Cada individuo tem direito a viver no ambiente social o mais normal possível, com o mínimo de restrições e de interagir com outras pessoas; isto é, ser parte integrante da sociedade. Também existe o direito de viver num alojamento apropriado, de ter uma actividade profissional à sua escolha, segundo as suas capacidades e interesses e de participar em acontecimentos de lazer. Impedir as pessoas destas oportunidades, faz com que elas não se possam desenvolver, degenerando como já foi mencionado.

9) Como já vimos, chegou-se à conclusão de que nesta área, nenhum método por si só pode ser considerado eficaz. Estamos perante um problema multifactorial que exige uma abordagem holística e diversificada. Segundo Ekdawi & Conning (1994) podem participar nas equipas multidisciplinares ou transdisciplinares da RPS, diversos técnicos, tais como enfermeiros, médicos, psicólogos, TO's, educadores e até voluntários, onde cada um pode contribuir com base nas suas competências e formação. É um trabalho desafiador que necessita de uma persistência e visão a longo prazo. O sucesso depende mais das qualidades pessoais dos técnicos, como energia, optimismo, pragmatismo e valores humanos, do que de uma qualificação avançada. Torna-se importante devido à multidisciplinaridade, de estabelecer um objectivo comum e fomentar a coesão através da permissão da tomada de decisão por todos, reforço positivo, formação, discussão e realização de estudos e pesquisas.

10) Na RPS uma intervenção deve ser feita de acordo com a perspectiva da pessoa com uma doença mental e dos seus familiares. Desta forma uma intervenção não pode ficar obscura perante aqueles a quem se dirige. Os técnicos da RPS devem tentar desmistificar o processo de reabilitação, não só perante os utentes, mas também perante os outros técnicos.

11) Muitos autores, como Saraceno (1995) consideram que não basta uma mera qualidade de assistência na óptica dos técnicos, a RPS pretende que qualquer intervenção deve não só fazer sentido às pessoas a quem se dirige, mas também ser gratificante para os mesmos. Trata-se do conceito da qualidade de vida (Bertolote, OMS, 1994; Xavier & Caldas de Almeida, 1995)

12) A própria mudança comportamental, embora útil não chega. Também o ambiente circundante, deve ser estruturado de forma a que possa constituir um suporte social para esta população (Pilling, 1991). Na deficiência física a reestruturação do ambiente é mais visível (e.g. rampas para paraplégicos). Devemos

questionar quais serão as “rampas” em saúde mental. Provavelmente serão, entre outros aspectos, as residências e trabalho protegido, as nossas atitudes e o alargamento da rede social que constituem, segundo Sota (1994) um preditor para a prevenção da hospitalização.

13) Este ponto está estritamente ligado à alínea 3). A RPS pretende estimular as organizações de autoajuda como as associações familiares com um membro que sofre de uma doença mental e as associações das próprias pessoas com uma doença mental (e.g. “Grow” que funciona semelhantemente aos Alcoólicos Anónimos e que ainda é desconhecida no nosso país).

14) Muitas das pessoas em causa, têm a capacidade de participar em várias áreas e de fazer decisões em relação à sua vida. Muitos modelos médicos e profissionais presumem que os técnicos sabem melhor do que o doente o que ele necessita, mas a RPS supõe que os doentes de facto têm o direito, a capacidade e a informação para fazerem decisões. Esta capacidade de saber tomar decisões, pode também ser desenvolvida. A única excepção, onde os técnicos devem decidir, para e não com os doentes, é em caso de emergência, onde está em risco, a vida ou integridade do doente, ou de outras pessoas à sua volta; mas, mesmo assim, esta decisão deve ser sempre explicada convenientemente.

O autor do presente trabalho costuma ilustrar este novo paradigma com a metáfora da planta. Uma planta tem normalmente folhas murchas, verdes, e folhas ainda por desabrochar. Em vez de nos concentrarmos nas folhas murchas (doença, incapacidades, sintomas, etc.) devemos dar mais atenção às folhas verdes (capacidades, recursos, etc.) e encontrar formas para que estas se possam desenvolver e para que “novas folhas possam nascer” (aquisição de novas aptidões sociais). Porém isso só será possível se proporcionarmos a cada “planta” um meio ideal, i.e. terra, água e luz suficiente (promoção de recursos: residências, trabalhos, lazer, etc.). Existem “plantas” que necessitam pouco para puderem desenvolver-se bem, outras precisam de uma terra mais fértil, mais solo e mais sais minerais para garantirem um desenvolvimento óptimo (trabalho e residências com mais ou menos supervisão e apoio). Uma equipa multidisciplinar pode proporcionar uma “terra mais fértil” e promover os recursos para que cada “planta” se possa desenvolver à sua maneira.

#### 4.14. CONCLUSÕES.

Podemos dizer que a desinstitucionalização surgiu mais devido a ideias humanizantes (aumento da qualidade de vida) do que por evidências empíricas, assume as mais diversas abordagens e tornou-se, por várias razões, num movimento mundial irreversível (e.g. legislação mesmo ao nível da OMS). A sua futura eficiência e eficácia depende das pesquisas realizadas neste campo que ainda são globalmente insuficientes, do apoio de diversas instituições, da qualidade dos projectos e da vontade dos técnicos assim como de toda a sociedade em geral. A WAPR propôs, por isso, como tema central no seu próximo congresso em Maio de 1998 (Hamburgo) "Os Novos Dados Empíricos na Desinstitucionalização e RPS".

## 5. APTIDÕES SOCIAIS.

### 5.1. INTRODUÇÃO.

Muitos leitores, podem achar que o assunto das aptidões sociais (AS) é algo muito antigo, nada inovador ou mesmo ultrapassado. De facto, o interesse pelo treino de aptidões sociais (TAS) tem diminuído para a população “normal” no sentido de melhorar a sua assertividade. Mas sobretudo nos últimos 10 anos tem revelado uma grande adesão e divulgação na área da saúde mental, sobretudo para uma população psicótica, onde este tipo de intervenção, considerado essencial, é largamente aceite como vamos ver mais adiante.

Os primeiros trabalhos, referiam-se apenas à assertividade nesta área (Galassi & Galassi, 1977; Jakubovsky & Lange, 1978; Holland & Wart, 1990). Outros autores ou abandonaram ou definiram a assertividade como subcategoria das aptidões sociais.

De igual forma, existem abordagens mais comportamentais em relação às AS (Galassi & Galassi, 1977) e outras que incluem componentes comportamentais, cognitivos e emocionais (Jakubovsky & Lange, 1978; Priestley et al., 1982; Holland & Wart, 1990; Hutchings et al., 1991; Stern & Drummond, 1991).

Existem abordagens que se destinam mais a uma população não patológica, como profissionais de saúde, professores, trabalhadores, familiares, etc. que incluem até uma autoaprendizagem (Galassi & Galassi, 1977; Priestley et al., 1982; Del Prette, 1996); e outros que têm como alvo uma população patológica em geral (Tower et al., 1978) ou ainda especificamente para pessoas com uma psicose (Pope, 1986; Liberman, 1988; Liberman & Kapelowicz, 1995; Smith et al., 1996).

Como vimos existe uma grande variabilidade no TAS não só em relação às abordagens, mas também em relação à população-alvo a quem se dirige.

#### 5.1.1. Origens das AS

As primeiras referências sobre as AS (denominadas também de “habilidades sociais” ou “competências sociais”) remontam, conforme Caballo (1993), a trabalhos

clínicos, sobretudo acerca do comportamento causal das crianças, publicadas na década dos anos trinta. Mas tiveram sobretudo três grandes fontes de estudos científicos sistemáticos:

- Os trabalhos de Salter (1949) sobre a terapia dos reflexos condicionados, que foram continuados por Wolpe (1958) e outro autor que introduziu o termo “assertividade”, Lazarus (1966).

- Os trabalhos de Zigler e Phillips (1960) sobre a “competência social”, que mostraram que quanto maior for a competência social prévia de pacientes internados, menor a duração de internamento e menores as taxas de recaídas. O nível de competência social prévia, revelou-se maior preditor, que o próprio diagnóstico psiquiátrico.

- Os estudos sobre a aplicação do conceito “aptidões” ou “habilidades” dos sistemas Homem-Máquina, aos sistemas Homem-Homem (Argyle, 1967).

### **5.1.2. Factores e modelos do TAS.**

A abordagem do TAS “bebeu” nas mais diversas fontes ou modelos teóricos para averiguar as variáveis associadas ao processo de socialização, a análise de factores causais dos défices e dificuldades do desempenho social e o estabelecimento de critérios para a elaboração de metodologias e técnicas. As principais fontes teóricas para o TAS foram:

- Teorias clássicas comportamentais.
- Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1977).
- Teorias cognitivas
- Aprendizagem socio-cognitiva (Mischel, 1981)
- Teorias sobre a comunicação
- Teorias ou modelos no âmbito da psicologia social, nomeadamente percepção social, papéis e outros aspectos do comportamento social e interpessoal.

Apesar destas variadíssimas fontes existe hoje em dia uma grande lacuna nas abordagens do TAS (Caballo, 1993), ou seja, a ausência de uma teoria geral, ou de um modelo largamente aceite para guiar a prática, avaliação, treino e investigação das AS. Curiosamente, esta lacuna não tem impedido que se alcançassem, tanto nos

■ está baseada na capacidade de um indivíduo em escolher livremente uma acção

■ é uma característica do comportamento socialmente eficaz e não prejudicial.

■ Liberman (1988, pp.149/150) considera que “as aptidões sociais podem ser vistos como processos de confronto no qual é adquirida uma competência social. A aptidão - comunicação verbal e não verbal, sentimentos internos, atitudes e percepções do contexto interpessoal - mede um resultado sucedido de interacções sociais que se reflectem no alcance dos objectivos individuais e de uma impressão favorável nos outros. A competência social pode ser equacionada com uma alta frequência de resultados sociais, positivos e de uma satisfação de qualidade de vida”.

■ Uma definição mais abrangente é de Caballo (1993, p.6) para quem “o comportamento socialmente ajustado é um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo, num contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de uma forma adequada à situação, respeitando esses mesmos comportamentos nos outros, e que geralmente resolvem os problemas imediatos da situação, minimizando a probabilidade de futuros problemas”.

■ Existe uma distinção recente importante de Smith et. al. (1996) entre a “competência social” e o “ajustamento social”. Estes autores consideram a *competência social* como “um termo subjectivo avaliativo da capacidade global do indivíduo em causar um impacto favorável, num ambiente social através da utilização de aptidões específicas num determinado contexto ambiental”. O *ajustamento social* refere-se à “obtenção presente de necessidades instrumentais e relacionais, o que constitui a consequência natural da competência social”. Esta distinção tem importantes implicações terapêuticas e científicas. É possível, para um indivíduo com esquizofrenia, obter um bom nível de aptidões sociais, mas ser socialmente pouco competente, devido a factores ambientais que bloqueiam a realização destas aptidões. De igual forma é possível que um indivíduo seja socialmente competente, mas socialmente pouco ajustado. Por exemplo, um indivíduo pode estar motivado em adquirir os AS, mas é incapaz, numa situação concreta (trabalho) atingir os objectivos desejados.

A maior parte destas definições contém então três dimensões:

- Dimensão comportamental (topografia das componentes moleculares observáveis; e.g. gestos, contacto visual, etc.).

- Dimensão pessoal (estado interno do indivíduo, seus sentimentos, atitudes e aspectos cognitivos; e.g. percepção do contexto social).

- Dimensão situacional (e.g. locutores). Resultado da interacção, que reflecte o alcance dos objectivos do indivíduo e as atitudes, sentimentos e comportamentos dos outros locutores.

No entanto ainda não foi evidenciada a competência social como factor geral. Uma pessoa pode revelar maior competência numa determinada área das AS do que noutra. A competência social, é um termo geral avaliativo que se refere à qualidade ou ajustamento social do desempenho global de uma pessoa, numa interacção social.

## **5.2. COMPONENTES MOLECULARES DAS AS.**

Nas AS fala-se em categorias molares, que se referem a aptidões gerais como a assertividade, manter uma conversa, capacidade de efectuar uma entrevista de candidatura a um emprego, etc. As componentes destas categorias molares são designados por componentes moleculares. A literatura destaca 5 destas classes moleculares:

- Componentes não verbais (contacto visual, latência de resposta, sorrisos, gestos, expressão facial, postura, distância/proximidade, etc.).

- Componentes paralinguísticos (referem-se às características da fala como o volume, entoação, velocidade, pausas, fluidez, etc.).

- As componentes verbais são características do conteúdo do discurso, como incidência de perguntas, variedade de temas, formalidade, etc..

- Os componentes mistos (afectividade, atenção, tomar e dar a palavra, etc.).

- Características fisiológicas associadas (taxa cardíaca, pressão sanguínea, resposta galvânica da pele, dilatação da pupila, respiração, etc.).

Caballo (1993) apresenta uma topografia exaustiva desses componentes moleculares e estudos que correlacionam estas características, com um comportamento socialmente ajustado.

## **5.3. TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO DO TAS**

### **5.3.1. O que se pode avaliar no TAS ?**

■ Podem ser avaliados, em geral, aspectos comportamentais, emocionais (emoções, ansiedade, sentimentos de culpa e vergonha, satisfação pessoal, etc.), cognitivos (crenças, atitudes, percepções, expectativas, etc.) e psicofisiológicas (dilatação da pupila, ritmo cardíaco, etc.).

■ Nos aspectos comportamentais podem ser avaliados os componentes moleculares e molares (ver cap. anterior). Na investigação do presente trabalho foi realizada, tanto uma avaliação dos componentes molares (através do REHAB e QSS), como dos componentes moleculares (através do TIS). Ver II parte.

■ Além disso, podem ser avaliados factores associados ao TAS como:

- factores ambientais e situacionais
- o nível de funcionamento psicológico ou psicopatológico (que foi avaliado na nosso estudo pelo BPRS e MMPI - SC )

### **5.3.2. Metodologias de avaliação do TAS**

■ A avaliação do TAS pode realizar-se através de uma heteroavaliação (escalas, inventários, “check-lists”, etc.) ou autoavaliação (inventários, auto-registos, etc.). Utilizamos no nosso estudo, tanto uma heteroavaliação (REHAB, TIS) como uma autoavaliação (QSS).

■ A avaliação pode basear-se na recolha de informação retrospectiva (entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, inventários como o QSS, etc.)

- A avaliação realiza-se com base de um “role-play” (e.g. TIS).

- Por fim a avaliação pode realizar-se num ambiente artificial, análogo ou simulado ou num ambiente natural (e.g. desempenho em determinadas tarefas reais como “fazer uma chamada telefônica”).

Caballo (1993, pp. 137-139) resumiu os principais inventários, para a avaliação do TAS; e chama a atenção pela necessidade de construir uma “Bateria Multimodal para a Avaliação das Aptidões Sociais”.

Smith et al. sugerem que os futuros estudos sobre o TAS deverem incorporar medidas de avaliação mais rigorosos e abrangentes, para ultrapassar as falhas nos estudos realizados no âmbito do TAS até agora. Por sua vez Atkisson et al. (1992) sugere que as pesquisas na esquizofrenia deverão incluir a avaliação de diferentes domínios, incluindo o nível sintomático, a qualidade de vida, “independent living skills”, os laços familiares, direitos e oportunidades.

## **5.4. TREINO DE APTIDÕES SOCIAIS.**

### **5.4.1. Premissas**

Segundo Curran (1985):

- As relações interpessoais são importantes para o desenvolvimento e funcionamento psicológico.

- A falta de harmonia interpessoal, pode contribuir ou conduzir a disfunções e perturbações psicológicas.

- Certos estilos e estratégias interpessoais são mais adaptativos que outros estilos e estratégias, para contextos específicos interpessoais.

- Estes estilos e estratégias interpessoais podem ser especificados e ensinados.

- Uma vez adquiridos esses estilos e estratégias melhoram a competência em situações específicas.

- A melhoria na competência interpessoal pode contribuir ou conduzir a uma melhoria no funcionamento psicológico.

## 5.4.2 Causas de um comportamento socialmente desajustado e elementos do TAS.

Segundo Caballo, (1986, 1993) as razões de um comportamento não ajustado são as seguintes:

- A resposta adequada necessária não está presente no repertório de respostas do indivíduo.
- O indivíduo sente ansiedade condicionada, que o impede de responder de uma forma socialmente adequada.
- O indivíduo avalia de uma maneira incorrecta a sua actuação social (autoavaliação negativa).
- Falta de motivação.
- O indivíduo não sabe discriminar adequadamente as situações em que uma determinada resposta seja provavelmente eficaz.
- O indivíduo não está seguro dos seus direitos e pensa que não tem o direito de responder apropriadamente.
- Os efeitos da institucionalização provocaram uma desabituação nesta área.
- Existem obstáculos restritivos, que impedem o indivíduo de se exprimir apropriadamente, ou até punem a manifestação de um comportamento socialmente adequado.

Deste modo, o TAS deve inserir-se, segundo o autor nos seguintes quatro elementos:

- Treino de aptidões, onde se ensinam comportamentos específicos.
- Redução da ansiedade.
- Restruturação cognitiva
- Ensino de solução de problemas.

## 5.4.3. Técnicas do TAS



■ “Behavior Rehearsal” e “Role Playing” (ensaio do comportamento e representação de papéis).

- “Modeling”.
- “Shaping”
- “Prompting”
- Reforço positivo.
- “Feedback”
- Instruções.
- “Coaching”
- Trabalhos de casa
- Elaboração de um diário
- Restruturação cognitiva
- Exercícios de resolução problemas.
- “Thought Stopping”
- Exercícios de relaxamento
- Desensibilização
- “Flooding”
- “Mirroring” e autoscopia
- Discussão em grupo
- Exercícios para clarificar valores
- Exercícios não verbais
- Autoavaliação
- Autocontrole
- Psicodrama

#### **5.4.4. Procedimentos no TAS.**

Existem basicamente, um procedimento ligado a um método estruturado ou deductivo e um outro a um método não estruturado ou inductivo. O nosso estudo tem como objectivo comparar a eficácia dos dois métodos. Para mais detalhes ver os capítulos 9.2. e 9.3. da II parte.

### **5.4.5. Formato grupal**

Na maioria das abordagens do TAS, opta-se por um formato grupal que oferece várias vantagens:

- O grupo oferece uma situação social já estabelecida na qual os participantes que recebem o TAS podem praticar as aptidões sociais com os outros *in loco*.
- Os membros do grupo podem também assumir uma diversidade de modelos ajudando a desmistificar a ideia de que o terapeuta é o único modelo correcto.
- A situação de grupo em que se aplica a TAS tem a vantagem de ser uma situação real em vez de simulada.
- O TAS no grupo é muito mais económico e eficiente.

### **5.4.6. Conteudos ou componentes molares do TAS.**

- Fazer e aceitar cumprimentos.
- Fazer pedidos
- Expressar amor, agrado e afecto.
- Iniciar, manter e terminar uma conversa
- Defender os seus próprios direitos
- Recusar pedidos
- Expressar opiniões pessoais incluindo o desacordo
- Exprimir e justificar desagrado e moléstia.
- Pedir mudança de atitude ou comportamento a outros
- Pedir desculpa e admitir a sua ignorância em determinado assunto.
- Enfrentar as críticas
- Dar e receber feedback
- Etc.

## **5.5. LIMITES DO TAS.**

- Ausência de uma teoria ou modelo global.
- Alguns AS não são universais, mas específicos de uma determinada cultura.
- Não existe um factor geral para o desempenho nos AS. Verificou-se uma grande variabilidade interpessoal em relação ao desempenho em várias aptidões sociais. Por exemplo, uma pessoa pode desempenhar bem as tarefas laborais, mas revela dificuldades em participar nas reuniões.
- Uma avaliação do TAS depende da situação específica (e.g. outros interlocutores).
- Uma não revelação de determinada AS pode ocorrer por outros factores que não a falta ou ineficácia do desempenho (e.g. factores motivacionais).
- Um bom desempenho em determinadas AS não garante por si só um comportamento socialmente ajustado porque um desempenho de um papel social, exige uma variedade de competências.
- Também não é suficiente um bom desempenho nas AS se não existirem oportunidades no ambiente circundante onde se podem realizar. Por exemplo, serve pouco a um paciente institucionalizado, saber realizar uma tarefa doméstica (e.g. cozinhar) se não houver uma oportunidade para a aplicação desta aptidão.

## **5.6. O TAS EM SAÚDE MENTAL.**

Numerosos estudos têm assinalado um déficite nas AS, como fonte para as principais formas de psicopatologia.

Phillips (1978) considera o TAS não apenas como um outro enfoque no tratamento, mas sim como um modelo alternativo ao modelo bio-médico tradicional da psicopatologia.

Outros autores (Argyle et al., 1974, p. 64) têm sugerido que muitas doenças mentais podem ser concebidas principalmente como perturbações da comunicação e das relações interpessoais.

Os trabalhos de Zigler & Phillips (1960) em Caballo (1993), têm demonstrado, que o nível de competência social anterior ao ingresso de um paciente psiquiátrico hospitalizado, era o melhor preditor para o seu ajustamento após a alta. Esta relação nem estava afectada pelo diagnóstico médico nem pelo tipo de tratamento recebido durante o internamento.

Paul & Lentz (1982) verificaram que o nível do funcionamento social estava correlacionado com a alta e as recaídas.

Curran (1985), que fez uma revisão dos estudos das AS em saúde mental, concluiu que as evidências apresentadas por estes estudos são fundamentalmente associonistas, o que não implica uma relação directa de causa e efeito. Estas correlações permitem diversas interpretações:

- O não ajustamento social, pode considerar-se como factor de pré-disposição, que permite o desenvolvimento de determinadas perturbações mentais. (Paul & Lentz, 1982; Phillips, 1978).

- O não ajustamento social pode considerar-se uma consequência dos sintomas psicopatológicos (modelo bio-médico).

- O não ajustamento social e a psicopatologia podem ser considerados distúrbios, que, embora apareçam associados, podem ter etiologias diferentes:

- O não ajustamento social e a psicopatologia, podiam ter uma relação cíclica circular, onde existe uma interinfluência mútua (hipótese aceite mais recentemente pelos modelos multifactoriais e transaccionais. (Nuechterlein et al., 1984 1989; Liberman, 1988; Ciompi, 1982, 1989; ver também capítulo 1.3. da 1ª parte).

No entanto, a interrelação exacta entre o não ajustamento social e a psicopatologia, tem mais um interesse teórico. Sabemos que estes dois fenómenos aparecem em muitos casos de doenças mentais associados, independentemente do facto, de o não ajustamento social predispor, manter ou aumentar a perturbação psicopatológica. Parece óbvio, tornar o TAS como um dos objectivos básicos de tratamento nesta área.

## **5.7. O TAS ESPECIFICAMENTE PARA UMA POPULAÇÃO COM PSICOSE.**

TAS evoluiu rapidamente, nos últimos dez anos, para uma intervenção numa população que sofre de uma esquizofrenia. Existem as mais variadas argumentações que justificam o TAS, como intervenção nesta área.

### **5.7.1. Argumentação de ordem teórica.**

■ Os mais recentes modelos multifactoriais e interaccionais na área da reabilitação psicossocial, incluem de uma forma directa ou indirecta, a necessidade do TAS. Nuechterlein et al., (1989) fala dos “factores pessoais equilibradores que provocam a resistência” entendendo-os como estratégias de confronto, ou seja, AS. Ciompi (1989) fala de “factores psicossociais”, “estratégias de confronto” e “estilos de comunicação”. Liberman (1988, 1995) refere-se às AS, como factores protectores que permitem lidar com situações de “stress”, apesar de uma vulnerabilidade da pessoa (ver também capítulo 1.3.12. da I parte).

■ Os parâmetros metodológicos para a avaliação de projectos de desinstitucionalização, incluem segundo Avison & Speechley (1987) entre outros: o desempenho social e o ajustamento social; ambos os aspectos estão ligados às AS (ver capítulo 4.5. da I parte).

■ Na desinstitucionalização existe uma abordagem funcional das AS, e uma abordagem do desempenho do papel social (ver capítulo 4.6. da I parte). Uma das prioridades de intervenção, nesta área, é constituída pelo TAS (ver cap. 4.7. da I parte).

■ Praticamente, todas as abordagens da reabilitação psicossocial incluem directa ou indirectamente o TAS (Ekdawi & Conning, 1994; Lind, 1994; Saraceno, 1995; ver também cap. 4.13. da I parte). Podemos dizer resumidamente que a RPS é constituída por duas vertentes:

- a) A aquisição de uma competência social ou ajustamento social.

b) O desenvolvimento e reconhecimento de recursos ambientais.

### **5.7.2. Argumentação de ordem científica.**

■ O déficit do funcionamento social e interpessoal na revelação e no percurso da esquizofrenia, foi largamente documentado por diversos autores como Wallace et al. (1980), Bellack et al. (1990). Muitas pessoas com esquizofrenia vivem isoladas e, segundo os autores acima mencionados, dois terços não dispõem das AS mais básicas necessárias, para lidarem com situações interpessoais “stressantes” (i.e. apresentam um considerável déficit nas AS).

■ Strauss & Carpenter, foram os primeiros a verificar que o funcionamento social e ocupacional, tendem a variar, independentemente dos sintomas psicóticos. Mais recentemente, diversos estudos verificaram que o déficit no funcionamento social constitui um preditor de curto e longo prazo no grau da capacidade, do percurso e dos resultados na esquizofrenia (em Smith et al., 1996).

■ Desde os anos setenta houve os mais diversos estudos de TAS, na população com psicose. Os primeiros tiveram como estratégia o treino assertivo. Foram avaliados, sobretudo através de um “roll-play” onde se mediam as componentes moleculares (e.g. contacto visual, gestos, ...) e molares (e.g. assertividade). Praticamente todos estes estudos do TAS conduziram, a uma melhoria significativa o que levou a “American Psychiatric Association Practice Guidelines for Schizophrenia” e os principais manuais psiquiátricos (Kaplan et al., 1990; Talbott et al., 1992), a recomendar o TAS como tratamento eficaz para a esquizofrenia.

■ Smith et al. (1996) resumiu os maiores estudos comparativos acerca do TAS para a esquizofrenia publicados entre 1983 e 1985. Nestes estudos, tornou-se evidente a eficácia do TAS.

■ Kapelovicz & Liberman (1995), verificaram resultados positivos em estudos comparativos para módulos no âmbito no TAS como “Symptom Management”, “Medication Management”, “Recreation” em relação a um grupo de controlo onde só havia um tratamento farmacológico.

■ De igual forma, foi revelado por diversos estudos um efeito positivo, aditivo e interactivo, tanto do TAS como de intervenções familiares psicoeducativas, em relação a uma intervenção farmacológica.

■ Hogarty et al. (1986,1991, em Smith et al., 1995) verificaram a seguinte taxa de recaídas após um ano de intervenção: 38% num grupo só com tratamento farmacológico, 20% com tratamento farmacológico mais TAS, 19% com tratamento farmacológico mais intervenção psicoeducativa familiar e 0% com os três tipos de intervenção ou seja, farmacológico, TAS e intervenção psicoeducativa familiar.

■ Uma meta-análise de 27 trabalhos verificou a eficácia do TAS na aquisição das aptidões sociais, diminuição do tempo de hospitalização e diminuição das recaídas (Benton & Schroeder, 1990) em Smith et al. (1996).

■ Eckman et al. (1992) em Smith et al., (1996) verificou igualmente um efeito aditivo do TAS e psicofármacos, baseando-se em estudos comparativos com grupos de placebo.

■ Talbott (1995), ao rever vários estudos, chegou igualmente à conclusão de que uma intervenção familiar e TAS tem efeitos aditivos em conjunto com uma intervenção farmacológica.

■ Uma meta-análise de diferentes intervenções terapêuticas na esquizofrenia, englobando 31 trabalhos, verificou um considerável efeito aditivo em relação a uma intervenção psicofarmacológica para as intervenções cognitivas, familiares (psicoeducativas) e intervenções comportamentais que englobaram o TAS (Wunderlich et al., 1996).

Estes achados não surpreendem. Roder et al. (1992) e Liberman et al. (1985, 1988, 1995), referiram que os neurolépticos, embora tenham um efeito eficaz em relação aos sintomas positivos, sobretudo numa fase aguda - que são por isso considerados por estes autores um factor protector - tenham no entanto, pouco impacto nos sintomas negativos, ou até possam aumentar ainda estes últimos, numa administração a longo prazo. Por isso, sugerem que uma intervenção farmacológica devia ir passo a passo, com uma intervenção psicossocial. Isto é, se o doente é muito delirante aumenta-se a dosagem; se desaparecerem os sintomas a dosagem é diminuída; paralelamente inicia-se o TAS; se o doente estabiliza, diminui-se ainda mais a dosagem; se no entanto entra

em crise, aumenta-se de novo, temporariamente, a dosagem; e assim sucessivamente. Este tipo de intervenção faz um apelo a uma estreita colaboração entre médicos e outros técnicos, como psicólogos, nesta área.

### **5.7.3. Modelos, metodologias, procedimentos e técnicas do TAS para a esquizofrenia.**

Embora as metodologias e técnicas do TAS para a esquizofrenia possam assumir diferentes formatos, são no entanto baseadas na maior parte das vezes, nas metodologias gerais descritas no capítulo 5.4. dessa parte. A metodologia e o procedimento de Liberman (1988) em que se baseia a investigação da presente tese, irá ser descrito detalhadamente no capítulo 9 da II parte.

Liberman (1988) também chamou a atenção para a necessidade de encontrar metodologias para alcançar uma maior generalização nas aquisições das AS. Por exemplo, através de trabalhos de casa e exercícios *in vivo*.

Ekdawi & Conning (1994) estabeleceram alguns princípios gerais para o TAS:

- Especificidade: o TAS deve realizar-se, tanto quanto possível, num ambiente, onde as aptidões requeridas podem aplicar-se directamente.
- Sistematização: trata-se de dividir aptidões molâres em componentes moleculares que podem ser adquiridas sucessivamente.
- Não devemos assumir especificamente para esta população que uma incapacidade numa certa aptidão implica uma incapacidade geral, como é postulado pelas teorias do desenvolvimento da criança. A capacidade ou incapacidade nas diversas aptidões podem variar consideravelmente nesta população.

Embora Liberman (1988, 1990; Liberman et al., 1986, 1995) inclui na sua abordagem do TAS módulos como "Medicamentation Managment", "Symptom Managment", "Comunnity Re-Entry" além de outros módulos como "Basic Conversational Skills", "Grooming and Self-Care" e "Job Finding" estamos no entanto longe de possuir um formato específico do TAS para a esquizofrenia.

Além disso as recentes pesquisas sugerem que aspectos cognitivos como a percepção social, resolução de problemas (que inclui avaliação da situação, elaboração de respostas e escolhas alternativas, avaliação de uma resposta dada) têm uma influência sobre a eficácia nos AS molares (Ballack et al., 1990). A integração destes resultados fez surgir o "Free Process Model of Social Skills" (Lieberman, 1982; Lieberman et al. 1986; Smith et.al. 1996). Este modelo representa uma sequência interactiva de três eventos:

- 1) Recepção da informação social (percepção sociocognitiva).
- 2) Processamento da informação (avaliação e elaboração de alternativas de respostas no processo de resolução de problemas).
- 3) Emissão da resposta (utilizando as diversas componentes comportamentais moleculares, verbais e não verbais).

Os autores sugerem que um TAS eficaz deverá considerar e incluir na sua intervenção esses três processos.

#### **5.7.4. Conclusão.**

Parece não haver dúvidas de que o TAS tem um efeito positivo nas pessoas que sofrem de uma esquizofrenia, em termos de adquirir uma maior competência social, redução da probabilidade de recaídas e tempo de internamento. De igual forma, parece-nos evidente que os psicofármacos constituem um factor protector, no sentido da redução sintomatológica, na esquizofrenia. Muitos estudos revelaram que o TAS e os psicofármacos têm efeitos aditivos ou interactivos (potencializadores) na sua eficácia. Por um lado, os psicofármacos têm um efeito equilibrador, mas não aumentam a competência social que é alcançada pelo TAS. Todavia, uma estabilização através dos psicofármacos e uma aquisição de certa competência social através do TAS, não serve muito a esta população se não houver oportunidades onde possam aplicar e praticar essas novas competências sociais adquiridas. Surge então a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização descritos no cap. 4 da I parte que pretendem sobretudo uma modificação e ajustamento do suporte ambiental, físico e social. Gostariamos de referir aqui, o velho provérbio chinês do pescador: "Se vês um Homem à beira de um rio, com

fome, não lhe dê um peixe, mas ensina-o a pescar”. Metaforicamente, o “ensinar a pescar” constitui o treino de aptidões sociais, que pode ser feito quando existe uma mínima estabilidade. Mas esta aptidão só serve, se propusermos ao pescador um rio, lago ou mar, onde de facto, há peixe (residências e o trabalho protegido). Desta forma o nosso “pescador” pode viver com melhor qualidade de vida, o que no fundo constitui o objectivo último a alcançar, no âmbito da reabilitação psicossocial..

## 6. PESSOA COM UMA “DOENÇA MENTAL DE EVOLUÇÃO PROLONGADA”

Como a nossa investigação tem como população alvo, os “doentes de evolução prolongada”, torna-se finalmente necessário definir esta população.

A definição desta expressão tem sido objecto de muita discussão, pelo facto de serem múltiplos os critérios que são postos em causa, quando se pretende definir e classificar esta população específica. Por outro, lado uma classificação esta inevitavelmente baseada, explicitamente ou não, num modelo teórico sobre a etiologia e evolução da esquizofrenia, o que dificulta ainda mais esta questão.

Têm sido usados pelos técnicos de saúde, diversos termos, como “doente de evolução prolongada”, “doente crónico”, “pessoa com uma doença psiquiátrica severa”, “utente”, “desable”, “residente”, etc.. Talbott (1978) em Liberman (1988) consideram, que o termo “doente mental crónico” estigmatiza a pessoa, porque esconde a diversidade da patologia e o seu potencial para a sua melhoria. No entanto Liberman, (1988) acha que um determinado termo que se dê a esta população, não é tão estigmatizante como a ausência de uma tratamento adequado e a falta de programas reabilitadores. O autor lembra que doenças como a tuberculose e a sífilis, sofreram no passado uma estigmatização, que desapareceu quando surgiu um tratamento eficaz. É de referir aqui, que existem também pessoas, como verificámos em Congressos de Reabilitação, que dizem de forma assumida “eu sou esquizofrénico”, para quebrar tabus.

As divergências não se deviam centrar então tanto, nas palavras em si mesmas, mas nas características, que diferenciam estes doentes daqueles que sofrem de uma perturbação psíquica esporádica ou aguda.

As primeiras definições referiam-se apenas à duração da hospitalização:

Brown (1960) em Ekdawi & Conning (1994), considerou a cronicidade, com estadias hospitalares de dois ou mais anos.

Com o movimento de desinstitucionalização houve uma diminuição drástica dos doentes nos hospitais, de forma a que se redefiniu este conceito. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA considerou que a doença mental crónica pode ser definida por “um episódio de hospitalização nos últimos cinco anos, com um mínimo de seis meses de duração ou duas ou mais hospitalizações durante os últimos doze meses” (em Liberman, 1988).

No nosso país, adopta-se mais a perspectiva inglesa, que define o doente de evolução prolongada como “todo aquele que apresente um internamento contínuo de pelo menos um ano” (Delgado, 1995).

Outros autores distinguem três grupos:

Os “velhos crónicos”, que estão hospitalizados pelo menos cinco anos.

Os “novos crónicos”, que estão hospitalizados pelo menos um ano, mas menos de cinco anos.

Os “novos doentes de evolução prolongada”, que nunca estão hospitalizados por muito tempo, mas que necessitam uma assistência contínua, incluindo hospitalizações breves.

Na Escandinávia diferenciam-se os doentes de internamento prolongado, dos doentes que desenvolveram um padrão de “porta giratória” (em Ekdawi & Conning, 1994).

Para fins de pesquisa, diferenciam-se na Alemanha, as pessoas com uma doença crónica severa, com uma hospitalização no total de sete anos ou mais, das pessoas com uma doença crónica intermédia, com uma hospitalização no total de um a seis anos (Roder et al, 1992).

Surgiram então, cada vez mais autores que incluíam um maior número de características, sobretudo de ordem social, para definir os “doentes de evolução prolongada:

Bacharach (1988) elaborou três factores para a sua definição (em Pilling, 1991):

Diagnóstico: (habitualmente psicose).

Cronicidade: O tempo desde o primeiro surto psicótico.

Incapacidade: grau de incapacidade de lidar com as actividades primárias da vida diária.

A definição de uma doença mental prolongada, é consequentemente o produto de uma complexa interacção entre estes três factores. A dificuldade de entender inteiramente a natureza desse interacção reflecte a nossa incompreensão sobre o desenvolvimento e percurso da doença mental prolongada (Lieberman, 1988).

McCreadie et al. (1984) em Ekdawi & Conning (1994) considera o “doente crónico” uma pessoa que conserva sintomas de esquizofrenia residuais e sobretudo sintomas negativos, ... e tem óbvias dificuldades nas relações pessoais e no funcionamento social.

Searigt & Handel (1988) em Ekdawi & Conning (1994) descrevem a pessoa que sofre de uma doença mental crónica, como alguém que poderá lidar com a sua vida em determinados contextos comunitários, mas que manifesta problemas clínicos, sociais e profissionais.

A “American Psychiatric Association” (1980, em Lieberman, 1988) considerou que existem as mais diferentes formas de definir uma pessoa com uma doença mental prolongada. Os dois critérios com validade segundo esta associação, que devem ser inseridos em qualquer definição, são:

Diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação afectiva severa.

Dependência de apoios financeiros da família ou da Segurança Social e outros serviços sociais.

Existem definições mais específicas que têm tido, sobretudo nos EUA, uma aceitação geral:

Bacharach (1988) afirma: *“O doente crónico é definido como uma pessoa cujo funcionamento emocional ou comportamental é tão prejudicado, que interfere severamente na sua capacidade de permanecer na comunidade, sem um tratamento assistencial ou apoio de longa duração ou período indeterminado. A doença mental é neste caso tão severa e persistente, que resulta numa limitação prolongada das suas capacidades funcionais para actividades primárias da vida diária como relações interpessoais, aptidões domésticas e pessoais, emprego, ou actividades de lazer. Pode*

*haver uma limitação na capacidade de procurar, por meios próprios, ou receber um apoio local ou estatal, como alojamento, assistência médica e dentária, serviços de reabilitação, rendimento monetário e alimentação e outros serviços de protecção.*

*Goldman et al. (1981) elaboraram a seguinte definição (Lieberman, 1988): "Pessoa que sofre de certa perturbação mental ou emocional (...) acrescentada por outra perturbação que pode tornar-se crónica e que prejudica ou impede o desenvolvimento das suas capacidades funcionais em relação e três ou mais aspectos, nas actividades da vida diária: - higiene pessoal e "self-care"; auto-determinação; relacionamento interpessoal; relações interpessoais; transacções sociais - e que afecta ou impede o desenvolvimento da sua independência económica".*

Podemos concluir que as pessoas com uma doença mental prolongada têm, em comum, uma combinação de distúrbios clínicos e sociais. No entanto devemos ter em conta o seguinte: Os critérios para definir as pessoas com uma doença mental são por um lado necessários para estabelecer limites objectivos para fins diagnósticos, terapêuticos e interventivos, assistenciais, sociodemográficos e estatísticos, sociopolíticos e para a elaboração de pesquisas nesta área. Estas definições não fazem mais do que dar uma alusão a grande heterogeneidade clínica (e.g. sintomas e padrões de hospitalização), social (funcionamento, nível de dependência), assim como em relação à aspectos de ordem socioeconómicos, étnicos e culturais da população em causa. Existem pessoas, embora na minoria dos casos, que estão incluídas nas definições expostas, e que podem revelar longos períodos de remissão sintomática e de um nível de funcionamento psicológico "normal" ou "quase normal". Uma grande parte dessa população pode possuir a capacidade de viver relativamente independente, quando recebe uma adequada medicação, um tratamento psiquiátrico e psicológico, serviços de apoio na comunidade, um suporte social e determinadas oportunidades (Lieberman, 1988).

A população com uma doença mental prolongada inclui sujeitos, cujas condições clínicas e capacidades funcionais não só apresentam uma grande variancia interindividual, como também estão sujeitos a grandes modificações no percurso de cada pessoa ao longo da sua vida. Esta variabilidade torna uma adequada definição da doença mental prolongada e a determinação da sua extensão e natureza, extremamente difícil.

Por outro lado, qualquer definição, não pode tirar o sentido da vida da pessoa singular envolvida e seus familiares, a esperança e as suas aspirações em alcançar, embora com dificuldades, uma vida mais adequada e gratificante.

Desta forma, devemos considerar as definições sobre as pessoas que sofrem de uma doença mental, apenas como fios condutores, sem esquecer o indivíduo singular que temos a nossa frente.

## **II PARTE**

# **INVESTIGAÇÃO**

### **DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO**

## 1. ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação, insere-se no que denominei “Novo Paradigma em Saúde Mental”, isto é a “Reabilitação Psicossocial - Desinstitucionalização” (Lind 1994 a), que se vem desenvolvendo nos últimos anos, a nível mundial (ver capítulo 4 da I parte).

Para tornar possível a realização dessa Reabilitação Psicossocial - Desinstitucionalização, torna-se necessário, por um lado, encontrar técnicas eficazes e eficientes e, por outro lado criar um ambiente o mais adequado possível, para as pessoas num processo de Reabilitação Psicossocial.

O internamento pode, no entanto, apesar de uma óptima assistência, impedir, bloquear ou até atrofiar, determinadas aptidões sociais. Para inverter este processo podem ser elaboradas metodologias de desinstitucionalização e (re) inserção social, que no entanto devem ser concebidas de forma gradual, passando por etapas sucessivas, para impedir os resultados, de certo modo desastrosos, da Antipsiquiatria nos anos sessenta, onde hospitais psiquiátricos, foram fechados apenas por decreto-lei (Laing, R. 1972; Bono, E. 1976; Jervis, G. 1977).

Uma das possíveis metodologias que começa a surgir é a instalação de uma pré-residência intra-hospitalar onde estas pessoas possam, num regime de semi-autonomia praticar “in loco” aptidões sociais e pessoais (readquiri-las) segundo um plano gradual e contínuo, para uma futura reinserção na comunidade (reinserção familiar ou reinserção de um pequeno grupo na comunidade, em residências extra-hospitalares).

Dentro desta metodologia, optou-se na Casa de Saúde da Idanha de forma inédita no nosso país, por uma mistura do processo de desinstitucionalização de pessoas com doença mental e de pessoas com deficiência mental, o que poderá permitir uma certa complementaridade. Isto é, as pessoas com deficiência mental, podem sobretudo, servir de catalisador ou suporte para as relações interpessoais do grupo e as pessoas com doença mental poderão, por sua vez, compensar as limitações cognitivas das primeiras (por exemplo encarregar-se da gestão financeira do grupo).

No entanto, uma residência intra-hospitalar, tem as suas limitações, em termos de lotação e custos envolvidos. Daí surgir a questão: como fomentar a Reabilitação Psicossocial de pessoas com problemas psíquicos, ainda internadas num hospital psiquiátrico, para uma futura (re)inserção social? -

## 2. OBJECTIVOS E JUSTIFICAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO.

Uma vez que ainda se carecem de estudos na área da Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, a presente investigação pretende encontrar metodologias mais eficazes na Reabilitação Psicossocial, para pessoas em regime de internamento prolongado no hospital psiquiátrico ou numa Casa de Saúde. Muitos autores têm feito ultimamente, um apelo para se realizarem, nesta área, estudos neste sentido (e.g. Liberman & Kapelowicz, 1995; Saracena, 1995; Smith et al., 1996).

Se for possível elaborar programas de reabilitação para esta população, que ainda se encontra em regime de longo internamento, então poderá ser encurtada a sua futura estadia numa residência intra-hospitalar transitória; isto, permitirá, por sua vez acelerar o processo de Reabilitação Psicossocial e (re)inserção social, tornando-o ao mesmo tempo mais viável.

Uma das áreas mais importantes na Reabilitação Psicossocial, é como já vimos, a aquisição das aptidões sociais, onde o treino de uma comunicação adequada tem um lugar destacado para a população em causa.

Concretamente, a presente investigação pretende comparar a eficácia de dois diferentes métodos para a aquisição de aptidões sociais em Saúde Mental.

O resultado desta investigação, poderá permitir que o processo da Reabilitação Extra-hospitalar e a Desinstitucionalização, se tornem mais eficazes e viáveis.

Além disso, a presente investigação pretendia, que a sua intervenção tivesse além do valor científico, um valor intrínseco, isto é, que a intervenção fosse útil e gratificante, para a população em estudo.

### 3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E HIPÓTESES

Já discutimos a importância do treino de aptidões sociais como parte integrante da reabilitação psicossocial, para fomentar a desinstitucionalização de doentes de evolução prolongada.

A questão que aqui colocamos é qual o formato ou procedimento para este treino ou formação que se revele por um lado, mais eficaz, no sentido de uma aquisição das competências sociais de forma durável e generalizada, (aplicadas a diversas situações) e, por outro lado, qual o formato proposto aos participantes para um melhor nível da qualidade de vida, i.e. uma gratificação intrínseca em relação ao próprio acto de formação, e às novas formas de interacção adquiridas.

Lieberman (1982, 1988, 1990); Liberman et al. (1980, 1985, 1986, 1995) propõe uma abordagem mais estruturada para adquirir as aptidões sociais, defendendo-a como “método que utiliza de forma deliberada e sistemática, técnicas de aprendizagem comportamental numa abordagem estruturada para a aquisição das aptidões sociais” (Lieberman 1988 p. 158). Afirma o autor que o quadro clínico dos pacientes que sofre de uma esquizofrenia exige uma intervenção por meio de técnicas altamente estruturadas (Lieberman 1995, p. 195) argumentando que “pacientes crónicos apresentam muitas vezes um déficite no processo da informação e atenção e revelam um *hiper* ou *hipoarousal*. Estes pacientes, podem vivenciar uma hiperestimulação devido a “stressores” emocionais ou até devido a sessões de treino psicopedagógicas que não são devidamente estruturadas e modeladas”.

Desta forma, torna-se necessário para o autor, reduzir a complexidade através de uma pequena mas sucessiva progressão de objectivos sequencialmente a atingir.

Com base nestes pressupostos, o autor elaborou diversos módulos préprogramados e estruturados de forma sequencial em relação a várias temáticas na formação das aptidões sociais (ver capítulo 5 da I parte).

Estes modelos apresentarão várias vantagens segundo o autor:

- Permitem uma aquisição, passo a passo, evitando uma demasiada exigência e complexidade.

- Uma abordagem estruturada, permite ao grupo acompanhar progressivamente a matéria apresentada.

- O estabelecimento de pequenos objectivos sucessivos permite avaliar melhor o sucesso, por parte dos participantes.

- Uma progressão estruturada facilita detectar problemas específicos em relação aos pacientes.

- Os terapeutas ou formadores dispõem de um manual com instruções bem definidas ou estruturadas, que podem aplicar facilmente, reduzindo ao mínimo uma formação ou orientação prévia. Existe um manual de cada módulo para os participantes e um manual com instruções para os terapeutas.

- O manual evita uma demasiada improvisação dando mais confiança aos terapeutas.

Podemos considerar esta abordagem psicopedagógica um método dedutivo, onde o terapeuta necessita de preparar cada sessão antecipadamente. Exige por parte do mesmo, um papel muito directivo, sistemático e activo durante as sessões, onde observa as interacções dos participantes e determina medidas correctivas específicas (e.g. aumentar o contacto visual quando alguém dirige a palavra outro).

No entanto, Saraceno critica esta abordagem directiva, costumando contar em diversos congressos a seguinte história: um paciente em Milão, que foi treinado para alimentar um crocodilo com pão e manteiga; após dois anos de treino, conseguiu desempenhar perfeitamente esta “aptidão social”; o problema estava contudo no facto de não existirem crocodilos em Milão.

Saraceno (1995) definiu que uma intervenção em relação à população em causa deverá ser mais orientada no sentido de desenvolver os recursos existentes nos pacientes, tomando em conta as necessidades de cada um.

Por outro lado, seria também importante criar várias oportunidades onde os pacientes podem desenvolver as suas competências pessoais, domésticas, laborais e sociais. Uma abordagem muito estruturada de tipo Liberman, tem segundo aquele autor, as seguintes desvantagens:

- Contém expectativas demasiado elevadas em relação ao funcionamento optimal desta população.

■ As sessões pré-programadas, podem conter aspectos que não fazem muito sentido, para determinados pacientes, i.e. não corresponder às suas necessidades e valores.

■ Necessitam de muitos recursos humanos e materiais, que podem não estar disponíveis em muitos países. Por isso, os objectivos e abordagens na reabilitação psicossocial, deveriam ser relativizadas tendo, em conta os contextos geográficos e sociais, onde os pacientes se inserem.

Aponta-se também o facto, de em países menos desenvolvidos do terceiro mundo, onde técnicas altamente estruturadas são praticamente desconhecidas, existir, no entanto, uma maior integração social dessa população.

O autor afirma porém, que é necessária uma intervenção para manter as aptidões sociais dos pacientes, mas esta intervenção, deverá não só ter em conta os vários recursos pessoais, comunitários e técnicos disponíveis, mas também, estar orientada estritamente às necessidades dos pacientes. A técnica não é imposta ao sujeito, mas deverá fazer sentido aos participantes.

Podemos designar este método por indutivo e centrado no cliente, onde uma programação e preparação da intervenção não faz sentido. Em cada sessão os pacientes levantam as suas dificuldades e necessidades, estabelecem os seus objectivos, que serão depois trabalhados em conjunto com o terapeuta.

Existe uma grande controvérsia na área da reabilitação psicossocial, no que diz respeito ao formato e procedimento do treino das aptidões sociais. Por um lado, temos a Escola Americana de Lieberman que propõe um método psicopedagógico mais estruturado ou dedutivo. Por outro, a escola italiana (Saraceno) que aposta mais no método não estruturado ou indutivo. Qual destes métodos será então mais eficaz? Visto que se trata de uma controvérsia recente, não foram ainda realizados estudos comparativos neste sentido. Saraceno faz um apelo para a necessidade de elaborar pesquisas nesta área: "existe a necessidade de desenvolver pesquisas em relação aos programas da reabilitação psicossocial, de forma a promover os nossos conhecimentos acerca dos determinantes, de resultados favoráveis e de factores de risco". Com base nesta exposição, podemos sugerir várias hipóteses, para a presente investigação.

É de referir que o modelo do desenvolvimento psicopatológico de Joyce-Moniz (1993) permite averiguar, se um determinado tipo de intervenção, no nosso caso o treino de aptidões sociais, não só teve resultados "superficiais" (mudanças de

comportamento), mas também se estas mudanças estão acompanhadas de uma reestruturação cognitiva mais adaptativa, ou de um salto qualitativo para níveis de desenvolvimento superior. Se uma mudança comportamental, como já foi referido no cap. 3 da I parte, for acompanhada de uma mudança ao nível das significações em termos desenvolvimentistas, podemos então afirmar que provavelmente, estamos perante uma mudança mais duradoura e mais generalizável de diversas situações, do que uma mera mudança comportamental que não seja acompanhada de uma reestruturação, ou seja, de uma readaptação à realidade no nível cognitivo superior. Para validar estes pressupostos, torna-se também necessário, proceder a uma validação empírica desse modelo.

Temos diversas hipóteses em relação à controvérsia, método estruturado versus não estruturado e em relação ao modelo desenvolvimentista de Joyce-Moñiz (1993):

a) Espera-se que os dois grupos experimentais (E: método estruturado e NE: método não estruturado) tenham uma "performance", em relação às aptidões sociais, em geral (componentes molares) e em relação ao desempenho comunicacional em concreto (componentes moleculares), superior na pós-avaliação em relação à pré-avaliação.

b) Espera-se que o desempenho nas aptidões sociais e na capacidade comunicacional seja significativamente superior na pós-avaliação nos grupos experimentais (E e NE), em relação ao grupo de controlo (C).

c) Espera-se que os dois métodos, (estruturado ou não estruturado), se revelem igualmente eficazes, no desempenho das aptidões sociais e na capacidade comunicacional, visto que ambos contêm tanto vantagens como desvantagens, como foi já referido (Lieberman, 1988; Saraceno, 1995).

d) Poderá constatar-se em ambos os grupos experimentais, uma diminuição da sintomatologia psicopatológica (sintomas positivos e/ou negativos).

e) Poderá verificar-se em ambos os grupos experimentais (E, NE), um salto qualitativo significativo na pós-avaliação em relação à pré-avaliação nos níveis do desenvolvimento sintomático, no sentido de um avanço para níveis superiores (modelo desenvolvimentista).

f) Espera-se que o eventual avanço em e) seja acompanhado por dialécticas sintomáticas menos desadaptativas ou sintomáticas.

g) Espera-se que as hipótese em d), e), e f) não se verifiquem no grupo de controlo.

h) Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional (b, c) possa estar relacionado com um salto qualitativo significativo, nos níveis de desenvolvimento sintomático ( e)

i) Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional (b, c) possa estar relacionado por uma escolha significativamente superior, de dialécticas sintomáticas menos desadaptativas (f).

j) Hipótese teórica: Espera-se que exista uma correlação geral (em todos os grupos) entre níveis do desenvolvimento sintomático e dialécticas sintomáticas menos desadaptativas, para validar o modelo desenvolvimentista. Isto é, quanto mais avançados os níveis de desenvolvimento sintomático, menos desadaptativas deverão ser as dialécticas reveladas pelos sujeitos.

Outros objectivos da investigação:

k) Verificar qual dos métodos experimentais, (estruturado versus não estruturado) é mais gratificante, na óptica dos participantes.

l) Averiguar os conteúdos das representações ou significações subjectivas, em relação a várias dimensões.

As dimensões destas representações dizem respeito a (Leventhal et al, 1984):

- Identidade da doença; “label” ou seja identificação e nomeação da doença e seus sintomas.
- Causas da doença (determinantes etiológicas da origem e do processo da doença).
- Consequências da doença
- Duração e evolução da doença
- Cura da doença (e.g. confronto activo, tratamento, terapêuticas e recuperação). Ver também cap.10.2.; II parte.

## 4. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES, ONDE SE REALIZOU A INVESTIGAÇÃO

### 4.1. CASA DE SAÚDE DA IDANHA

Para a caracterização desta instituição passamos a transcrever o seguinte documento:

#### *A CASA DE SAÚDE DA IDANHA - UM PROJECTO DE SAÚDE INTEGRAL*

*A Casa de Saúde da Idanha é uma realização do Instituto da Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Instituição Particular de Solidariedade Social.*

*Foi fundada em 1894, pelo Beato Bento Menni, um irmão da Ordem de S. João de Deus que, conjuntamente com Maria Josefa Recio e Maria Angústias Gimenez, iniciaram, em 1881, em Ciempozuelos, Espanha, a Congregação de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus para responder à necessidade de prestação de cuidados humanizados, essencialmente no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.*

*A Congregação, já centenária, estende a sua acção por diversos continentes e países o que permite um intercâmbio de experiências extraordinariamente enriquecedoras.*

*Possui um Projecto Institucional - o **PHI** - que traça as coordenadas gerais das actividades a desenvolver em cada centro, no total respeito pela legislação de cada país e também pelas diversas culturas.*

*A Casa de Saúde da Idanha, situada na Idanha, freguesia de Belas, concelho de Sintra, atende, numa visão integral da pessoa, uma população diversificada, quer em termos psiquiátricos, quer em idade, quer em situação económica e social.*

*A acção junto da pessoa doente só se completa com medidas nas três vertentes da prevenção. Assim, além da prevenção primária e sobretudo na secundária, há preocupação constante com a reabilitação psicossocial a reinserção comunitária, apoiada nas modernas tecnologias e avaliação da eficácia dos cuidados prestados*

*segundo o nosso modelo de humanização que tem como critério a centralidade da Pessoa Assistida.*

*Assim, a Casa de Saúde, dispõe dos seguintes serviços:*

*\* Serviço de Recepção e Acolhimento*

*\* Serviços Administrativos*

*\* Serviços Assistências:*

*\* Serviços médicos (várias especialidades)*

*\* Serviço de Enfermagem*

*\* Serviço de Psicologia*

*\* Serviço Social*

*\* Serviço de Terapia Ocupacional*

*\* Serviço de Reabilitação.*

*\* Serviço de Apoio Técnico e Formação Permanente:*

*\* Informática*

*\* Biblioteca Técnica*

*\* Serviço de Pastoral da Saúde*

*\* Serviços Socio-terapêuticos:*

*\* Bar*

*\* Bazar*

*\* Biblioteca*

*\* Sala de Animação*

*\* Salão de Festas*

*\* Salão de cabeleireiro*

*\* Salas de Terapia Ocupacional*

*\* Poli- Atelier "Maria Josefa"*

*\* Campo Ludoterapêutico "Bento Menni"*

*\* Serviços de Apoio Geral*

*\* E várias Unidades de Internamento (com cerca de 500 doentes no total)*

■ *Unidade de S. José - dispõe de 30 camas destinadas ao curto internamento; 30 camas para internamento médio e 10 camas destinadas à UPA - Unidade de Preparação para a Alta -, com o objectivo de facilitar o regresso ao ambiente familiar e profissional, através de um maior envolvimento da*

*família e de uma programação motivadora no campo das actividades da vida diária.*

- *Seis Unidades, que prestam cuidados a doentes afectados de patologias de evolução prolongada, a maior parte das vezes acompanhadas de grandes socioses.*

*Para além das muitas actividades ocupacionais - que se desenvolvem em todos os serviços e unidades - e dos vários programas de animação institucional, em que as doentes se vêem envolvidas dentro dos programas terapêuticos instituídos, destacam-se alguns projectos onde se procuram promover actividades tanto quanto possível produtivas e que estimulem as capacidades individuais e a realização pessoal.*

*Acompanhando o desempenho ocupacional, desenvolvem-se competências psicossociais e capacidades senso-motoras. Possibilita-se uma melhoria do processamento perceptivo, desenvolve-se o nível neuro-muscular, a coordenação global e o controle motor... considera-se muito importante travar os processos patológicos que se possam associar à doença mental, provocados por uma ausência de estímulos necessários a uma vida em qualidade.*

*Promovem-se em todas as unidades, actividades, tais como: Jornal de Parede, Actividades de movimento, sistemas de recompensa para controle de comportamentos tipo Token Economy.*

*A desinstitucionalização tem tido uma atenção especial nos últimos anos.*

*Criou-se uma pequena unidade como "Residência de Transição", onde oito pessoas, seleccionadas para cada grupo, de entre a população residente, segundo critérios devidamente estudados com o auxílio de instrumentos considerados eficazes para tal fim, iniciam um processo de autonomia e refamiliarização, tendente a uma possível reinserção social. Há grupos a viver já em "apartamentos apoiados" fora da instituição, com boa aceitação da população local.*

*Para a reintegração se tornar mais efectiva, existe um projecto cooperativo, a Polisercoop, realizado com o apoio da Paróquia de Belas que se destina a criar "emprego apoiado" para as pessoas que vivem quer na "unidade de transição" quer nos apartamentos "apoiados". Como núcleo inicial abriu-se um restaurante a "Casa do Adro". Esta iniciativa conta com o apoio da Junta de Freguesia e com a parceria da URPIB - União dos Reformados de Belas -, a quem deverá fornecer refeições e outros*

*serviços, a desenvolver no âmbito de um apoio domiciliário aos idosos da Freguesia de Belas.*

*Sendo a simplicidade, a alegria e o sorriso características que na hospitalidade complementam o saber científico, são componentes importantes do modelo integral de atendimento nesta instituição, realizando-se, anualmente várias festas que envolvem toda a comunidade terapêutica - doentes, familiares, colaboradores, voluntários e irmãos - e ainda grande parte da população circunvizinha e grupos de jovens oriundos de diversos locais. Destacam-se, pela frequência e grandiosidade a Festa dos Aniversários, que se realiza mensalmente e a Festa da Sardinha, com periodicidade anual, que traz à Casa de Saúde grupos de pessoas de outros centros hospitalares espalhados pelo país.*

*Realizam-se, com frequência, passeios inseridos em programas de turismo terapêutico, que se destinam a criar uma relação mais familiar entre os elementos dos vários grupos e o seu enriquecimento cultural, mas também a promover uma sensibilização da sociedade para esta realidade tão pouco conhecida e como tal, mal entendida.*

*Na área da ligação à família temos a Associação de Familiares e Amigos das Doentes da Casa de Saúde da Idanha - ASA - que vem apoiando algumas das iniciativas desenvolvidas no contexto dos programas terapêutico - reabilitadores.*

*Muitas reuniões científicas e algumas Jornadas e Congressos têm possibilitado a formação permanente dos técnicos e a divulgação dos seus trabalhos. Nas Jornadas têm participado também as doentes como forma de ajudarem os técnicos a reflectir sobre a forma de melhorar o desempenho e produzir cuidados de saúde sempre de melhor qualidade.*

*Futuro é já agora e por isso, queremos enfrentar com coragem as dificuldades que se nos apresentam porque, estamos convictos de que a nossa intervenção profissional, lida à luz da filosofia e da espiritualidade hospitaleiras, é uma verdadeira missão de serviço que tende a desenvolver uma nova cultura.*

## 4.2 CASA DE SAÚDE DO TELHAL

A Casa de Saúde do Telhal, propriedade da Província Portuguesa da Ordem de S. João de Deus, foi fundada pelo Padre Bento Menni, no dia 29 de Junho de 1893.

Esta instituição destina-se à prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, havendo cerca de 500 doentes que nela se encontram em regime de internamento. Depende jurídica e administrativamente do Instituto de S. João de Deus, Instituição Particular de Solidariedade Social.

A sua estrutura engloba nove serviços:

1. A Clínica Bento Menni, com cerca de 45 camas, presta assistência em situações de descompensação psiquiátrica aguda;

2. A Clínica Novo Rumo, com cerca de 25 camas é um centro de tratamento e desintoxicação de doentes dependentes do álcool;

3. As restantes Unidades de Internamento prestam cuidados a deficientes e doentes psíquicos que se encontrem em regime de evolução prolongada.

Para além de todas as actividades ocupacionais e de animação em que os doentes se vêem envolvidos, complementarmente aos seus programas terapêuticos, destacam-se dois serviços que se têm revelado da maior importância no tratamento e reabilitação desta população:

A escola 1º e 2º ciclos do Ensino Recorrente e o Atelier de Actividades Produtivas.

A humanização e o progresso científico têm-se revelado os dois eixos mais importantes, na caracterização dos Serviços desta Instituição.

Assim, para além da dinamização e animação intra-hospitalar, a nossa intervenção tem-se dirigido, desde 1991, para a reabilitação sócio-profissional integração comunitária.

Em função das aprendizagens e trocas de experiências começaram a desenvolver-se programas de reabilitação profissional, co-financiados pelo Fundo Social Europeu e Estado Português.

Procedeu-se à criação de uma Unidade Residencial de Transição, na qual, grupos de sete residentes são envolvidos num treino anual de competências, que lhes permitam adquirir a autonomia necessária para viverem fora da Instituição Hospitalar, devidamente integrados social e profissionalmente.

A aquisição de apartamentos foi o passo seguinte deste projecto. Estes, são residências de carácter permanente, semi-autónomas em termos económicos e de supervisão da equipa técnica. Situam-se numa zona urbana que dispõe dos mais variados recursos comunitários. Os residentes têm quartos de dormir individuais e partilham os espaços sociais das casas. São, ainda, responsáveis pelas actividades domésticas inerentes à vivência numa residência comunitária. Todos desenvolvem uma actividade profissional, seja em regime de estágio remunerado, emprego protegido ou formação em posto de trabalho.

O projecto Spin-Off, co-financiado pela Iniciativa Emprego/Eixo Horizon e Estado Português, divide-se, na nossa Instituição, em duas vertentes:

- Atelier e oficina de Artes Gráficas, serigrafia e reciclagem de papel, espaço no qual se encontram nove utentes da Casa de Saúde do Telhal a fazerem a sua formação em posto de trabalho e

- A, assim chamada “bookshop”, que funciona em Mem Martins, numas instalações cedidas gentilmente para este fim, pela Junta de Freguesia, onde trabalham em regime idêntico à vertente anterior, mais quatro elementos. Aqui se vendem livros usados e doados e se prestam a outro tipo de serviços à comunidade, através da realização de fotocópias, comercialização de trabalhos produzidos nas artes gráficas, etc...

Pretendemos fazer deste programa uma cooperativa, antes do mês de Outubro de 1998.

## 5. PREPARATIVOS GERAIS PARA A INVESTIGAÇÃO

Em primeiro lugar foi elaborado um projecto para a presente investigação em termos gerais, que foi apresentado ao coordenador .

Após a aprovação desse projecto, foi solicitado à direcção da Casa de Saúde do Telhal uma autorização por escrito, para a realização da presente investigação (com base do projecto entregue ), onde participaram doentes da respectiva instituição (ver anexo 1, Vol 1). Nesta declaração comprometeu-se pedir sempre a autorização ao médico responsável para a triagem, selecção e intervenção dos seus doentes; e informar-lo permanentemente sobre o andamento do estudo que possa incidir sobre os doentes da sua responsabilidade.

Na Casa de Saúde da Idanha, bastava uma autorização verbal, uma vez que o autor da tese exercia nesta instituição, a função de psicólogo.

Obtida a autorização, foi realizada uma reunião com elementos da direcção e alguns técnicos - médicos, psicólogos, etc.- das duas instituições, com os seguintes objectivos:

- Dar a conhecer melhor os pressupostos teóricos e o procedimento do estudo.
- Esclarecer eventualmente algumas dúvidas.
- Motivar as instituições e os seus técnicos para a colaboração neste estudo.

Chegou-se a várias conclusões:

- Necessidade de pedir autorização aos médicos responsáveis sobre qualquer tipo de intervenção, em relação aos seus doentes.
- A marcação de entrevistas, testes de avaliação e das próprias datas de saída para as sessões de “Aptidões Sociais” devia fazer-se antecipadamente junto do enfermeiro responsável da unidade.
- O assumir da responsabilidade, por parte do autor deste trabalho pelo transporte dos doentes da Casa de Saúde do Telhal para a Casa de Saúde da Idanha,

onde participaram nos sessões do “Treino de Aptidões Sociais”. Foram sempre transportadas quatro doentes para cada grupo (ver cap. 7 nesta parte).

■ Sentiu-se a necessidade de mandar uma circular aos técnicos, no sentido da divulgação do estudo a ser realizado para facilitar o seu andamento.

## 6. PEDIDOS DE SUBSÍDIO E PATROCÍNIOS

Logo no início, foi pedido um subsídio para esta investigação ao Secretariado Nacional de Reabilitação (ver anexo 2, Vol 1) com respectivo orçamento (ver anexo 3, Vol. 1), do qual não foi possível obter uma resposta.

Mais tarde concorreu-se ao Programa CITE II, subordinado ao tema "Qualidade de Vida das Pessoas com Deficiência", organizado pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social e do Secretariado Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiência (Centro Maria Cândida da Cunha) (ver anexo 4, Vol. 1). Este trabalho foi premiado com um Bolsa de Estudo, para investigadores a título individual. (ver anexo 5, Vol. 1).

Além disso, foi solicitado logo no início um patrocínio em géneros - destinado a todos os participantes das sessões de Aptidões Sociais - as seguintes firmas:

LEVER

MACRO

CONTINENTE

COLGATE PALMOLIVE.

BEIERSDORF PORTUGUESA

oferecendo algumas contrapartidas (ver anexo 6, Vol. 1).

Da BEIERSDORF PORTUGUESA houve uma resposta positiva. Foram enviados por esta empresa:

24 caixas de Natal "Cristal Noir" para as senhoras, e

24 caixas de Natal "Nivea for Men" para os senhores.

(ver anexo 7, Vol. 1)

Estes prémios foram entregues, aos doentes participantes na investigação, na festa de encerramento do "Curso de Comunicação e Aptidões Sociais" (ver cap. 9.4. desta parte).

Foi enviada uma carta de agradecimento (ver anexo 8, Vol. 1). A BEIERSDORF PORTUGUESA não pretendia quaisquer contrapartidas.

## 7. AMOSTRA

Trata-se de uma população adulta com idades compreendidas entre 27 e 60 anos), em regime de internamento prolongado (internamento mínimo de um ano) com um diagnóstico 295 (DSM III / R), ou F.20 (DSM-IV).

A amostra compreende um total de N = 48 pessoas, das quais 24 estão internadas na Casa de Saúde da Idanha e 24 na Casa de Saúde do Telhal.

### 7.1. TRIAGEM

#### 7.1.1. Primeira triagem com base nos registos das instituições

- **Idade mínima de 25 anos e máxima de 60 anos:** Justifica-se este critério, porque algumas escalas, como a REHAB, apresentam valores diferentes para uma população acima dos 60 anos.
- **Diagnóstico de esquizofrenia** ou seja F20.0 (DSM-IV) ou 295 (DSM-III). Os subgrupos da esquizofrenia: de tipo paranóide (F20.0 do DSM-IV ou 295.30 do DSM-III), de tipo desorganizado (F 20.1 do DSM-IV ou 295.1 do DSM-III) e do tipo catatónico (F 20.2 do DSM-IV ou 295.2 do DSM-III) não foram tomados em consideração.
- **Regime de internamento prolongado** com internamento mínimo de um ano, o que é considerado por vários autores como sendo prolongado.

Trata-se então, nesta fase, de uma população adulta com idades compreendidas entre 25 e 60 anos), em regime de internamento prolongado (internamento mínimo de um ano) com um diagnóstico 295 (DSM III / R), ou F.20 (DSM-IV).

#### 7.1.2. Segunda triagem

Esta triagem tornou-se necessária, para garantir ao máximo, uma certa homogeneidade dos grupos, excluindo sobretudo os casos que apresentam uma esquizofrenia com defeito.

A triagem foi realizada através de:

- Uma entrevista e avaliação clínica (ver critérios a seguir)
- Informações obtidas pelas irmãs ou enfermeiros responsáveis dos doentes.
- Aplicação do “Mini Mental State” exame (MMS de Folstein) (ver anexo 9;

Vol. I)

Critérios de avaliação clínica para a segunda triagem (ver anexo 10; Vol. I; e folha de registo ver anexo 11; Vol. 1)

*A) Aptidões físicas:*

1. Locomoção e coordenação psicomotora minimamente ajustadas. (Sabe andar, subir e descer uma escada autonomamente)
2. Destreza suficiente ao nível manual e digital que permitam a execução de tarefas domésticas simples. (Ex: limpar o pó, encher um copo, ...)

*B) Aptidões cognitivas:*

1. Capacidade mínima de orientação espacial.
2. Capacidade mínima de orientação temporal.
3. Capacidade mínima de aprendizagem e memória (Resultado mínimo de 20 para o valor global do MMS. Porque inferior à 20 é considerado uma deficiência grave, entre 20 -25 situa-se uma deficiência moderada, e a partir de 26 é considerado um quadro normal)

*C) Aptidões laborais:*

1. Capacidade para executar tarefas diárias simples.
2. Capacidade de certa perseverança (sabe trabalhar 30 min. seguidos numa tarefa).

*D) Afectividade:*

1. Está mais ou menos estável em termos emocionais. (Crisis emocionais não mais frequentes, que uma vez por semana).

E) *Comunicação:*

1. Fala compreensivelmente.
2. Entende instruções simples.

F) *Relacionamento:*

1. É cooperante (executa uma tarefa quando se lhe pede, desde que a saiba fazer), é capaz de desempenhar uma actividade em grupo (executar uma tarefa em conjunto com outros).
2. Normalmente não provoca hostilidade ou conflitos permanentes.

G) *Motivação:*

1. Está minimamente motivado em aprender algo de novo, simples e acessível à pessoa.

H) *Normas sociais e de segurança:*

1. Tem noção das normas sociais básicas e tenta cumpri-las. (Ex: cumprimentar, pedir desculpas, etc.).
2. Tem noção das situações perigosas e tenta evitá-las. (Ex: não brinca com fogo, tomadas, objectos cortantes, etc.).

I) *Outras aptidões pessoais:*

1. Revela o mínimo de auto-controlo e é capaz de revelar um certo grau de adiamento das gratificações (não quer ser logo compensado).
2. Revela certa competência em tratar a sua higiene pessoal (Ex: lava-se, penteia-se autonomamente).

J) *Outros critérios:*

1. Existe certa adaptação à sua sintomatologia psicopatológica.
2. Encontra-se na situação de internamento prolongado (internamento mínimo de um ano).
3. Tem idade compreendida entre 25 e 60 anos.

4. Aceita participar na experiência.

K) *Factores de exclusão:*

1. Risco de agressão física permanente.
2. Tentativas de suicídio repetidas.
3. Risco de agressão sexual.
4. Incontinência permanente dos esfíncteres.
5. Doença física e incapacitante.
6. Dependência do álcool e outros tóxicos.

Por razões óbvias, as pessoas que já se encontram num processo de desinstitucionalização, também foram excluídas.

---

Os resultados do MMS das pessoas escolhidas se encontram no anexo 36, Vol. 2, e os resultados da avaliação clínica das mesmas pessoas no anexo 37, Vol. 2.

As seguintes pessoas por não preencherem todos os critérios (e. g. valores inferiores a 20 no MMS) foram excluídas:

TR 2; TR 4; TR 5; TB 1; TB 2; TJ 2; TJ 4; TJ5; TJ 10; TL 11; ISD 2; ISD 4; ISD 6; ISC 7; ISC 16; ISC 17; ISC 18 e ISC 20

Os nomes da amostra feminina final foram comunicados à direcção da Casa de Saúde da Idanha, e os nomes da amostra masculina final à direcção da Casa de Saúde do Telhal. Não houve quaisquer objecções em relação aos participantes escolhidos.

## **7.2. RECOLHA DE INFORMAÇÕES**

Foi atribuído um código às 48 pessoas escolhidas, para garantir uma confidencialidade. A primeira letra identifica a instituição (I = Casa de Saúde da Idanha; T = Casa de Saúde do Telhal). A letra a seguir refere-se ao pavilhão ou unidade da pessoa (exemplo JD para a unidade "São João de Deus). A seguir procedeu-se a uma ordenação numérica. Desta forma temos por exemplo o código IJD1.

Depois foram recolhidas as seguintes informações baseados nos seus processos clínicos dos doentes (ver exemplo de uma folha de registo no anexo 12, Vol. 1):

- Estado civil
- Sexo
- Data de nascimento
- Naturalidade
- Habilitações
- Profissão
- Ocupação actual
- Diagnóstico
- Outras doenças e incapacidades
- Frequência e duração do internamento
- Intervenções terapêuticas no passado e no presente
- Contacto com familiares e amigos

Os resultados das folhas de registo encontram-se no anexo 38, Vol. 2

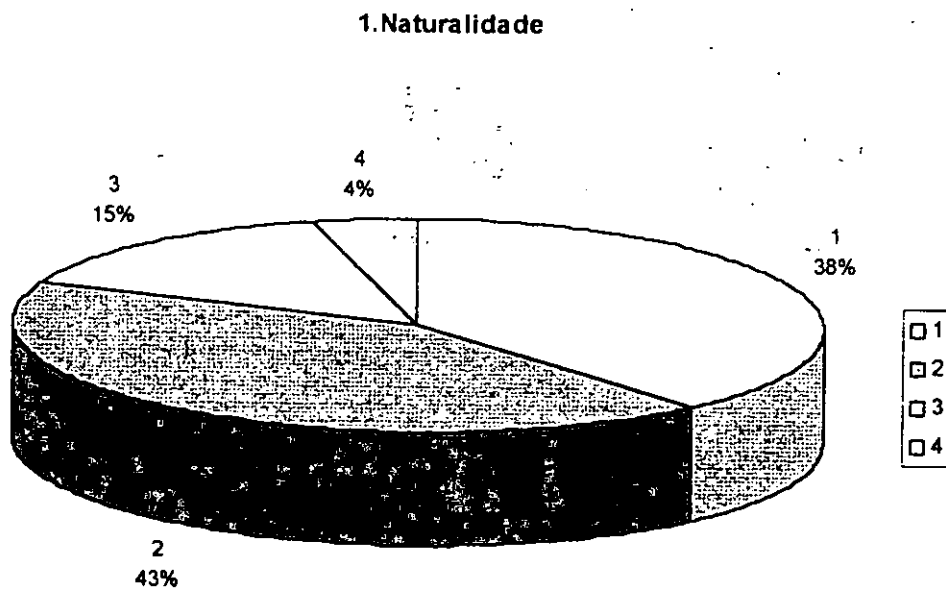
### **7.3. PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO**

Devido a normas éticas, foi pedida antecipadamente, a assinatura de um protocolo de consentimento (ver exemplo no anexo 13, Vol. 1), onde a pessoa se compromete a assistir à pré- e à pós-avaliação, assim como às sessões psicopedagógicas.

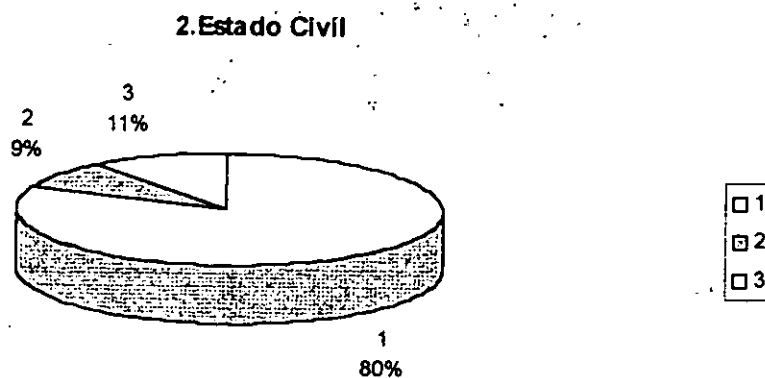
Por razões de ordem ética, não se encontram os protocolos assinados em anexo, encontrando-se no entanto no poder do autor desse trabalho.

## 7.4. DADOS FINAIS EM RELAÇÃO À AMOSTRA GLOBAL (N = 47)

Gráfico 1

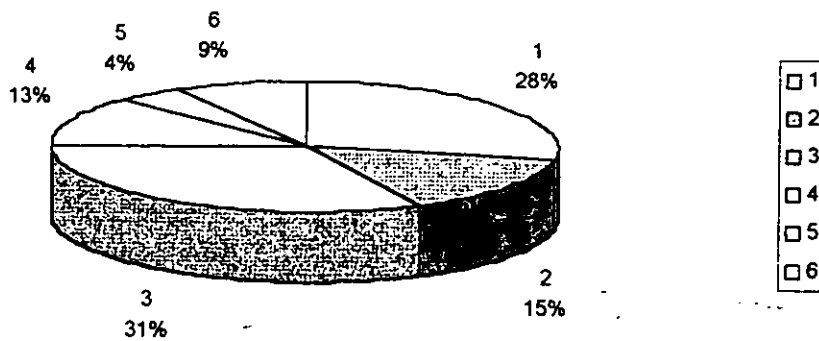


- 1- Centros Urbanos.
- 2- Centros Rurais.
- 3- Ex. Colônias Portuguesas.
- 4- Estrangeiro.



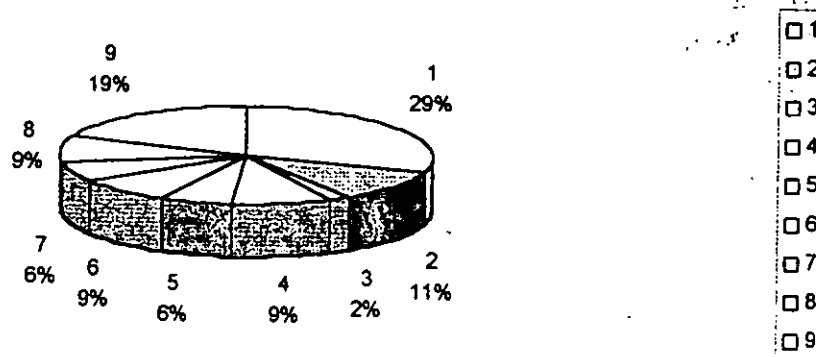
- 1- Solteiro.
- 2- Divorciado.
- 3- Casado.

### 3. Habilitações literárias



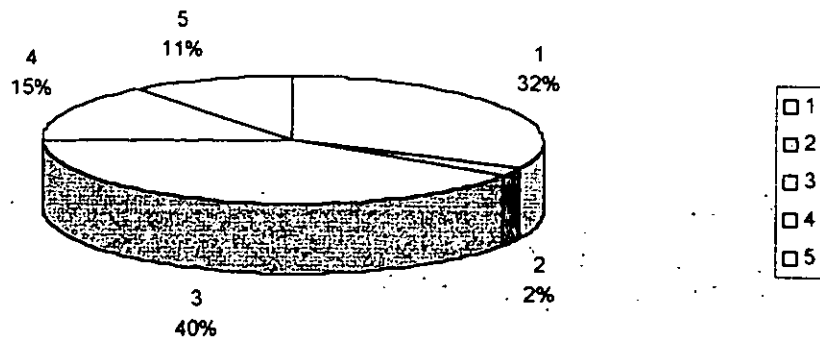
- 1- até à 4ª classe.
- 2- ciclo (1º e 2º anos).
- 3- Secundário incompleto.
- 4- Secundário completo.
- 5- Bacharelato.
- 6- Licenciatura.

### 4. Profissões



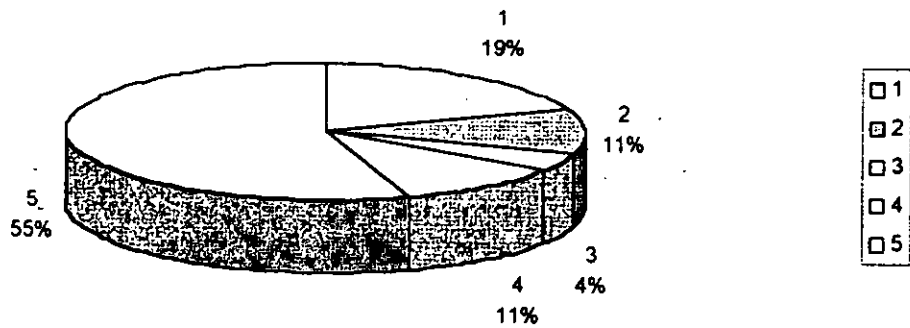
- 1- Não tem.
- 2- Professores/Educadores.
- 3- Estudantes.
- 4- Operários.
- 5- Trabalhadores de Serviços.
- 6- Directores/Gerentes.
- 7- Bancários/Seguros/Comércio.
- 8- Emprego/Função Pública.
- 9- Outros.

### 5. Ocupação Actual



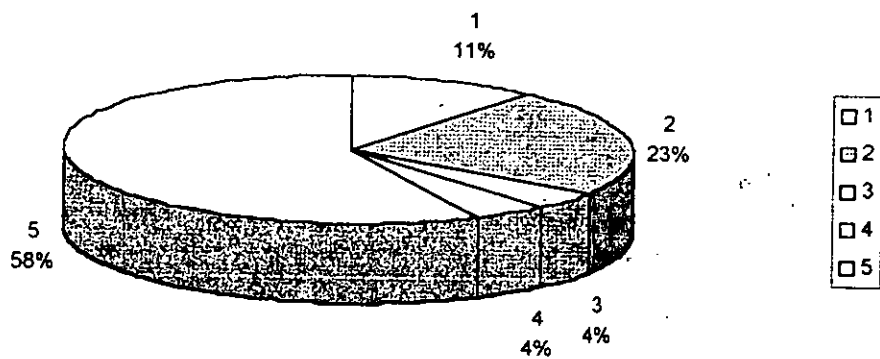
- 1- Nenhuma.
- 2- Actividades Lúdicas.
- 3- Serviços Domésticos.
- 4- Trabalhos Manuais
- 5- Outros Ofícios.

### 6. Terapias no Passado



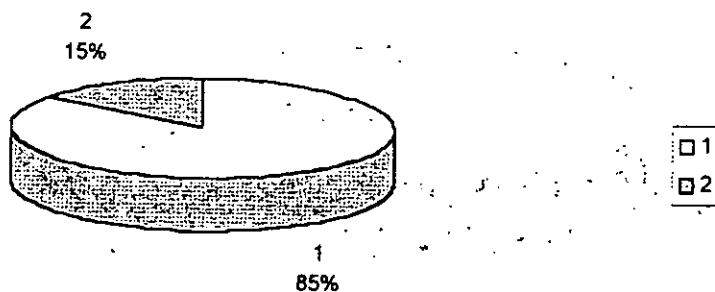
- 1-T.O.
- 2- R. psicopedagógicas.
- 3- T. Lúdicas.
- 4- T. laboral (FIP).
- 5- Nada.

### 7. Terapias no Presente



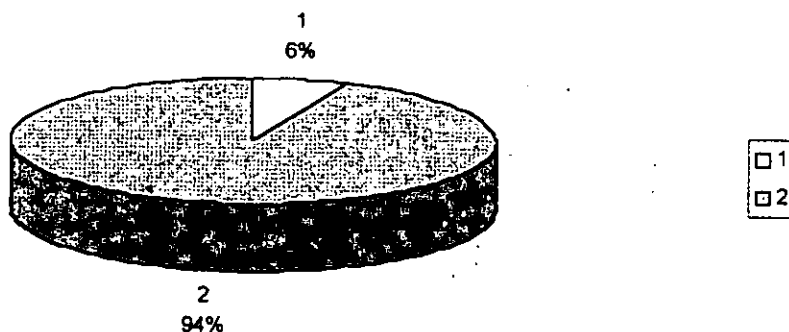
- 1- T.O.
- 2- R. psicopedagógicas.
- 3- T. Lúdicas.
- 4- T. laboral (FIP).
- 5- Nada.

### 8. Contactos com Familiares



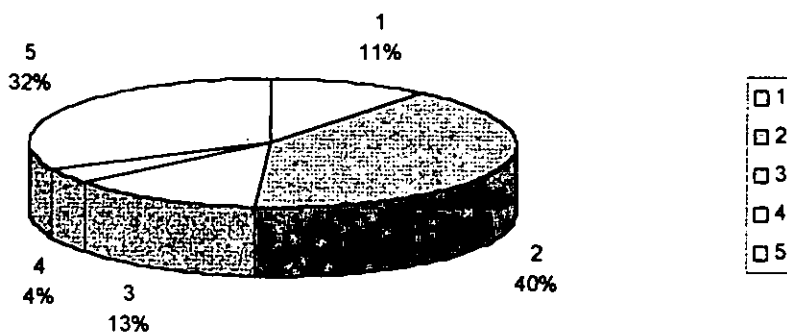
- 1- Tem contacto com familiares.
- 2- Não tem contacto com familiares.

### 9. Contactos com Amigos



- 1- Tem contacto com amigos.
- 2- Não tem contacto com amigos.

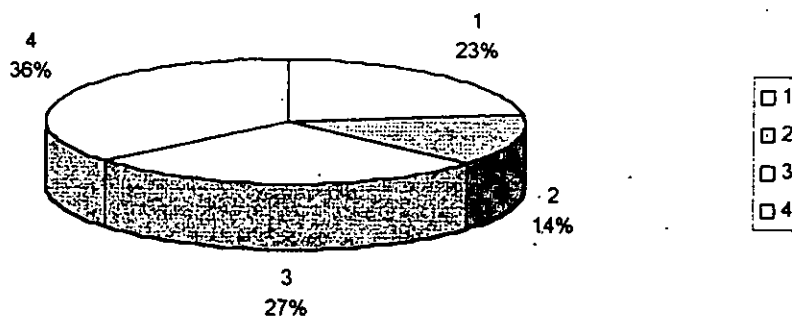
### 10. Visitas na Casa de Saúde



#### *Recebe Visitas na Casa de Saúde:*

- 1- 1 vez por semana.
- 2- 15/15 dias, até 1 mês.
- 3- entre 1 vez por mês e 1 vez por ano.
- 4- 1 vez por ano.
- 5- não recebe visitas.

### 11. Visitas fora da Casa de Saúde



#### *Faz visitas fora da Casa de Saúde:*

- 1- 1 vez por semana.
- 2- 15/15 dias, até 1 mês.
- 3- entre 1 vez por mês e 1 vez por ano.
- 4- 1 vez por ano.
- 5- Não faz visitas.

## 8. "DESIGN" EXPERIMENTAL

### 8.1. DISTRIBUIÇÃO ALEATÓRIA DA AMOSTRA

Foi feita uma distribuição aleatória da amostra, para os dois grupos experimentais (GE1: n = 16 e GE2: n = 16) e para o grupo de controlo (GC: n = 16). De notar, que em cada um destes três grupos a distribuição aleatória foi feita equipartida e separadamente, para cada sexo. Deste modo pode-se controlar a variável "sexo", aspecto importante, porque o relacionamento interpessoal e comunicacional seria muito diferente num grupo homogéneo em relação a um grupo heterogéneo, sobretudo para uma população que está habituada a viver quase exclusivamente com elementos do mesmo sexo.

<i>Grupo experimental</i> <i>GE<sub>1</sub></i>	8 ♂ 8 ♀	<i>n = 16</i>
<i>Grupo experimental</i> <i>GE<sub>2</sub></i>	8 ♂ 8 ♀	<i>n = 16</i>
<i>Grupo de controlo</i> <i>G<sub>c</sub></i>	8 ♂ 8 ♀	<i>n = 16</i>
<i>TOTAL</i>		<i>N = 48</i>

fig 2 : Distribuição aleatória da amostra

## 8.2. DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO

Foram então considerados, um método estruturado e um método não estruturado, a que corresponde o seguinte design:

	Grupos Experimentais		Grupos de Controlo
	GE1	GE2	GC
Métodos intervenção Estruturado (E)	E	NE	—
Método Não Estruturado (NE)			
População	8 - ♂ 8 - ♀	8 - ♂ 8 - ♀	8 - ♂ 8 - ♀
Grupos de Intervenção	A → 4 ♂ → 4 ♀  B → 4 ♂ → 4 ♀	C → 4 ♂ → 4 ♀  D → 4 ♂ → 4 ♀	

Fig. 3. Grupos de Intervenção na Investigação

Como não é aconselhável uma intervenção no treino de aptidões sociais em grupos com um número superior a 10, procedeu-se a uma subdivisão aleatória para os grupos experimentais (GE1 e GE2), de forma igual à utilizada na distribuição da amostra. Liberman aconselha grupos de 6 até 10 sujeitos para o treino de aptidões sociais (Liberman, 1988)

Temos assim 4 grupos de intervenção : Grupo A e B da condição experimental “Método estruturado” e Grupo C e D da condição experimental “Método não estruturado”. Em cada desses quatro grupos encontram-se quatro mulheres e quatro homens. No grupo de controlo não foi realizada qualquer intervenção, apenas uma pré e pós avaliação, tal como nos outros grupos.

### 8.3. HOMOGENEIDADE ENTRE OS GRUPOS

Já vimos, que a variável sexo foi controlada e que houve uma distribuição aleatória da amostra para os grupos experimentais e o grupo de controlo. Outras variáveis podem, no entanto, ter uma certa influência nos resultados, tais como:

- o nível geral de funcionamento cognitivo (orientação temporal e espacial, calculo mental, capacidades amnésicas, capacidades de entender instruções, etc.) avaliado pelo MMS (Folstein & Folstein, 1974).
- a idade,
- o tempo de internamento

Para verificar a homogeneidade, entre os três grupos (dois grupos experimentais e um grupo de controlo) em relação à estas três variáveis, realizou-se uma análise da variância a um factor (ver quadro e gráficos a seguir).

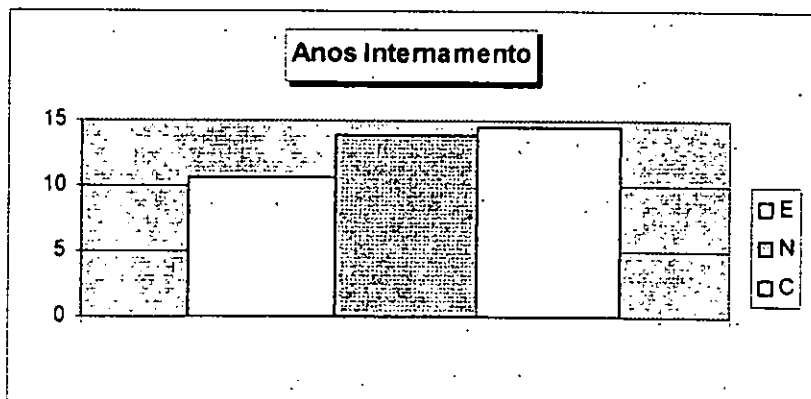
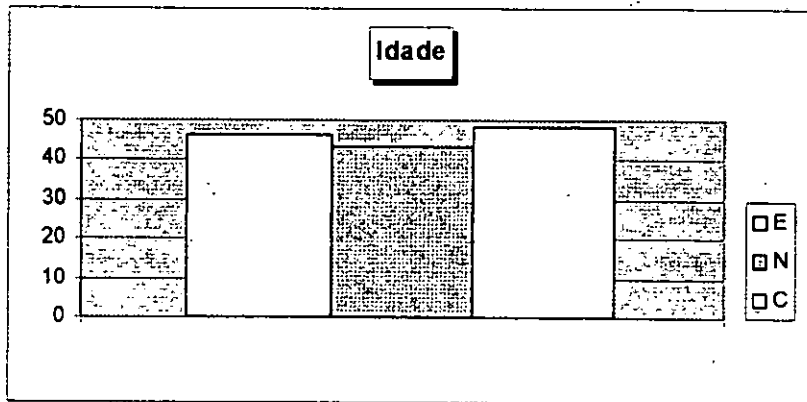
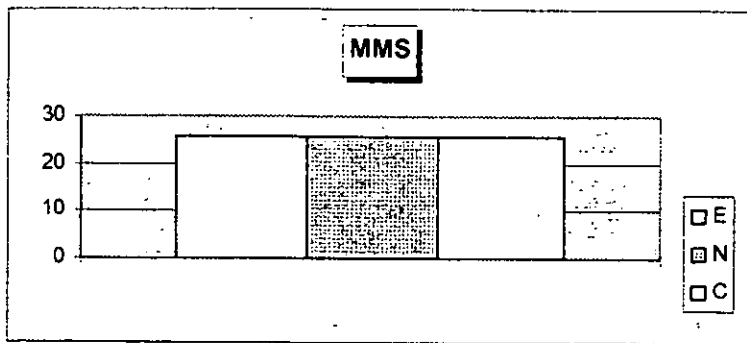
Os resultados verificaram o seguinte:

- (i) para MMS: estatística de teste  $F(2,46) = 0,0041$ : não significativo. Não existem diferenças significativas entre os três grupos quanto ao MMS.
- (i) para a idade: : estatística de teste  $F(2,46) = 1,39$ : não significativo. Não existem diferenças significativas entre os três grupos quanto à idade.
- (i) para tempo de internamento: estatística de teste  $F(2,46) = 0,90$ : não significativo. Não existem diferenças significativas entre os três grupos quanto ao tempo de internamento.

Podemos concluir, que as amostras para os três grupos (E = n 15; N = n 16; C = n 16), são homogéneos quanto às variáveis sexo, nível cognitivo, idade e tempo de internamento.

Tab. / Graf 2: Homogeneidade dos grupos

	MMS			Idade			Anos Internamento		
	E	N	C	E	N	C	E	N	C
médias	25,8	25,8	25,9	46,4	43,3	48,7	10,7	13,9	14,5
d.p.	1,9	2,6	2,8	10,7	9,5	4,9	7,7	9,5	8,3
est. teste	$F(2,46)=0,0041$			$F(2,46) = 1,39$			$F(2,46) = 0,90$		
p.	n.s.			n.s.			n.s.		



## **9. MÉTODOS DE INTERVENÇÃO**

### **9.1. PREPARATIVOS PARA A INTERVENÇÃO**

Após a conclusão da pré-avaliação (ver cap 9. desta parte) iniciou-se a intervenção propriamente dita.

#### **9.1.1. O local**

A intervenção realizou-se numa ampla sala da Casa de Saúde da Idanha com suficientes cadeiras com tampo lateral, onde os participantes pudessem escrever. Estava bem iluminada e não houve quaisquer fontes de interrupção (telefones, etc.). Havia um quadro branco.

#### **9.1.2. O material**

Foram elaborados uma série de materiais:

As fichas do Manual de Trabalho para o Paciente do “Basic Conversation Skill Module” de Liberman ( 1990 ) foram traduzidas e adaptadas - simplificadas - , isto porque pensamos que o nível cultural da população em causa, provavelmente seria inferior ao nível cultural dos pacientes aos quais se destina o referido manual. No entanto, a adaptação das fichas foi apenas realizada no sentido de encontrar termos mais acessíveis, sem excluir nenhuns aspectos importantes. As fichas compreendiam todos os assuntos do respectivo manual; concretamente:

- Resolução de problemas.
- Área 1) Comportamento comunicacional verbal e não verbal.
- Área 2) Iniciar uma conversa amigável.
- Área 3) Manter uma conversa amigável.
- Área 4) Terminar uma conversa agradavelmente
- Área 5) Resumo de todas as áreas

(Ver anexo 14, Vol. 1).

Estas fichas apenas se destinaram aos dois grupos do método estruturado (AE e BE).

Além disso, foi elaborado um vídeo didático para a Área 1: “Comunicação verbal e não verbal”, que se destina para a identificação, por parte dos participantes de diferentes tipos emocionais (preocupado, agradável, zangado, triste e aborrecido).

Aos participantes de todos os grupos (AE, BE, CN e DN), foi entregue material de escritório (papel, canetas ou lápis e borrachas).

Apenas os grupos do “método estruturado” receberam um “dossier” com as fichas (introdução teórica, exercícios e trabalhos de casa), atrás mencionadas.

Elaborou-se para todos os grupos, uma lista de presença. (ver anexo 15, Vol. 1; os nomes neste anexo foram ocultados por razões de ordem ética).

### **9.1.3. As datas, horários e avisos**

As intervenções para todos os grupos (do método estruturado e não estruturado), demorou 12 sessões - uma por semana - com uma duração de aproximadamente uma hora, cada). A primeira sessão realizou-se no dia 23/01/1996, e a última sessão no dia 11/04/1996.

Horário para os diversos grupos experimentais:

Grupo AE (método estruturado) todas as 5<sup>as</sup> feiras das 9,00 até as 10,00 horas.

Grupo BE (método estruturado) todas as 5<sup>as</sup> feiras das 11,00 até as 12,00 horas)

Grupo CN (método não estruturado) todas as 3<sup>as</sup> feiras das 9.00 até as 10,00 horas.

Grupo DN (método não estruturado) todas as 3<sup>as</sup> feiras das 11.00 até as 12,00 horas.

Os grupos de controlo (EC e FC) apenas foram convocados para a pré- e pós-avaliação (ver cap. 10 desta parte).

Todos os participantes foram convocados previamente através de uma carta entregue pessoalmente (ver anexo 16, Vol. 1), onde constavam todas as datas e horários.

Para os participantes da Casa de Saúde do Telhal ficou combinado por escrito, para que estivessem, meia hora antes do início de cada sessão, na portaria dessa instituição.

Como foi acordado, entregou-se pessoalmente a cada irmã ou enfermeiro responsável de cada unidade, uma lista com os nomes dos participantes dessa unidade e as datas e horários em que cada qual, devia comparecer. Ver anexo 17, Vol. 1. No anexo foram ocultados, por razões éticas, todos os nomes dos participantes.

## **9.2. O MÉTODO ESTRUTURADO**

Este método, consiste num procedimento mais comportamental (segundo Liberman, 1988), onde os diversos aspectos comunicacionais em relação às aptidões sociais, são adquiridos de forma directiva, pré-programada, explícita e dedutiva (ver cap. 3, parte II).

### **9.2.1. Técnicas do método estruturado**

São utilizadas as seguintes técnicas, que se baseiam sobretudo, nos princípios da aprendizagem:

#### **- Estabelecimento de uma aliança terapêutica reforçante**

Trata-se de estabelecer uma relação calorosa e tolerante, baseada no respeito mútuo, que requer empatia, mostrar-se interessado e demonstrar competência profissional.

#### **- Estabelecimento de um objectivo**

Torna-se importante introduzir rapidamente, um objectivo relacionado com as aptidões sociais, que deverá ser formalizado em termos concretos, alcançáveis e positivos. Um demasiado foco nos problemas ou uma longa discussão sobre estes, podem reforçá-los inadvertidamente.

#### **- "Behavioral Rehearsel" (exercício prático em termos comportamentais)**

A maior parte do treino de aptidões sociais tem lugar em situações simuladas, próximas das circunstâncias da vida diária, através de "role-plays". Nos "role-plays" os outros membros do grupo ou o terapeuta podem desempenhar um papel ou função de uma pessoa, que o paciente pode encontrar no seu dia a dia (e.g. vendedor, amigo, etc).

#### **- Reforço positivo**

Todos os passos, desde o interesse revelado pelo participante, em poder assistir à sessão, até a realização dos trabalhos de casa, são "respondidos" com um feedback positivo ou reforço, por parte do terapeuta ou formador. O formato do grupo oferece a vantagem de que o reforço, poderá também vir dos outros participantes (e.g. uma salva de palmas). O reforço positivo contém diversos componentes comportamentais - olhar para a pessoa, aproximar-se dela, fazer uma expressão facial agradável, falar em tom de voz agradável e caloroso e por fim louvar o comportamento, mas não a pessoa.

#### **- "Shaping"**

Trata-se de elaborar sequências complexas do comportamento social em pequenos passos sucessivos. Torna-se necessário quebrar objectivos gerais e os objectivos a longo prazo, em passos pequenos reforçando o progresso dos participantes à medida que conseguem desempenhar estes pequenos subobjectivos.

#### **- "Prompting"**

Segundo o autor, (Lieberman, 1988) muitas vezes não é possível esperar até ocorrer um comportamento desejado, por parte do participante, para então ser reforçado. Torna-se então necessário oferecer pequenas pistas verbais ou não verbais (= "prompting") aos participantes, no sentido destes alcançarem, rapidamente, o comportamento desejado (por exemplo dizer "Olhe para o seu parceiro", "Fale numa vós mais agradável"). Esta técnica, requer um papel extremamente activo do terapeuta. Como o autor afirma trata-se mais de um papel de um "treinador desportivo" do que de um terapeuta não directivo (Lieberman, 1988; pp 161).

#### **- "Modeling" (modelagem)**

É realizada, através da demonstração de uma aptidão particular ou componente da mesma, por parte do terapeuta ou por parte de um membro do grupo, que já consegue desempenhar a aptidão em causa, ou ainda com a ajuda de um vídeo. É importante que o componente específico do comportamento a ser demonstrado, seja bem realçado, para assegurar, que o paciente entendeu exactamente o que devia fazer. A modelagem é particularmente importante para doentes de evolução prolongada, que

revelam uma deficiência a nível cognitivo. Muitos, têm grande dificuldade em aprender as aptidões sociais, apenas através de instruções e reforços.

#### **- Trabalhos de casa e exercícios “in loco”**

O grande objectivo das sessões de aptidões sociais, é a “performance” das novas competências adquiridas, em situações da vida real. Por isso, é necessário dar no fim de cada sessão, um trabalho prático aos participantes. Se os participantes revelam dificuldades em realizar os trabalhos de casa, então o terapeuta pode acompanhá-los, para que pratiquem uma determinada aptidão “in loco”, isto é numa situação real.

Por razões organizativas, o exercício “in loco” não foi realizado durante a realização da investigação.

### **9.2.2. Conteúdos do método estruturado**

As 12 sessões, de uma hora previamente programadas, relacionaram-se com os conteúdos (temas) do manual “Basic Conversation Skills Module” de Liberman (1990), que foram traduzidos e adaptados, como foi referido no capítulo 9.1.2., (ver também anexo 14 do Vol. 1) e introduzidos sistematica e sequencialmente para os membros do grupo, ou seja:

#### **Resolução de problemas.**

Objectivo:

saber ultrapassar os diferentes obstáculos e problemas com que estamos confrontados no dia a dia.

Neste tema foram introduzidos sucessivamente os sete passos na resolução de problemas:

- 1) Parar e pensar: Como resolver o problema ?
- 2) Identificar o problema
- 3) Listar (pensar) as diferentes maneiras de resolver o problema.
- 4) Avaliar as diferentes soluções (quais são as vantagens e desvantagens de cada solução)
- 5) Escolher uma solução, e planear a sua realização

- 6) Listar os recursos que necessita para a realização do problema .
- 7) Marcar uma data ou uma hora para a realização escolhida e fazê-la.

### **Área 1): Comportamento comunicacional verbal e não verbal.**

Objectivos:

- Reconhecer a comunicação não verbal nos outros, para saber se estão dispostos a iniciar e a manter uma conversa.

- Tornar-se um bom ouvinte e orador agradável, através da utilização da comunicação não verbal adequada.

Consiste na:

a) comunicação não verbal:

- Gestos corporais / mãos
- Contacto visual
- Postura corporal
- Orientação corporal
- Expressão facial
- Voz

- volume
- altura
- ritmo

b) expressão emocional:

- preocupado
- agradável
- zangado
- triste
- aborrecido

c) Além disso, são mencionados os comportamentos não verbais associados às expressões emocionais mencionadas em b).

### **Área 2) Iniciar uma conversa amigável.**

Objectivo:

Obter estratégias que nos permitam saber iniciar uma conversa agradável.

Esta área consiste em três aspectos:

- Como encontrar lugares, onde se pode conversar com pessoas.
- Como encontrar pessoas dispostas a conversar
- Como encontrar assuntos para iniciar uma conversa.

### **Área 3) Manter uma conversa amigável.**

Objectivo:

Obter estratégias que nos permitam saber manter uma conversa agradável.

Consiste em:

- Usar componentes da escuta activa
  - Expressão de interesse
  - Pequenos comentários (“pois, pois”)
  - Sons encorajadores
  - Pedir que explique melhor
  - Fazer perguntas
- Perguntas abertas e fechadas
- Encontrar novos assuntos
- Falar de si próprio. Sabendo diferenciar o grau de intimidade:
  - Pouca intimidade
  - Alguma intimidade
  - Muita intimidade

### **Área 4) Terminar uma conversa agradavelmente**

Objectivo:

Saber terminar uma conversa agradavelmente, sem ofender o outro interlocutor.

Consiste em.

- Dizer à pessoa que tem de terminar a conversa agora
- Dizer à pessoa que gostaria de falar com ela, mais tarde, ou noutra dia.

### **Área 5) Resumo de todas as áreas**

Objectivo:

Nesta última área, são integrados e praticados todos os assuntos das áreas anteriores

### 9.2.3. Procedimento do método estruturado

O procedimento para todos os temas consistem em:

- **Introdução ao tema.** Na introdução são identificados os objectivos em relação a cada área de aptidões, os passos necessários para poder alcançar o objectivo e os benefícios que ocorrem quando o objectivo for alcançado. A introdução ao tema é importante para aumentar a motivação dos participantes em acompanhar os conteúdos e exercícios.

- **Demonstração.** No procedimento segundo Liberman são apresentados nesta fase pequenos excertos de vídeo que demonstram o desempenho adequado da aptidão pretendida. Devido a dificuldade em elaborar material desse tipo numa versão em português, optou-se, excepto num passo da área I, por uma demonstração “in vivo” entre o terapeuta e co-terapeuta. Para a área I foi elaborado em vídeo cinco pequenas conversas entre duas pessoas, que demonstram as expressões subjacentes (ver cap. 9.2.2. dessa parte; área I; “expressão emocional”). Após a demonstração, se fazem perguntas que podem esclarecer os diferentes aspectos em relação a aptidão observada.

- **“Role-play”**

Nesta terceira actividade todos os participantes são convidados a praticar, através de um “role-play”, as aptidões que acabaram de observar. Este exercício foi realizado aos pares, sempre com uma senhora e um senhor. Os “role-plays” foram gravados em vídeo, para o seu posterior visionamento e avaliação da *performance*. Após a realização desse exercício ou o visionamento da gravação em vídeo, o terapeuta e os outros participantes avaliaram o desempenho dos participantes, e.g. contacto visual, postura, audibilidade da voz, aspectos ligados à comunicação verbal, etc; por outras palavras, a *performance* no “skill” comunicacional. O feedback é realizado em

termos positivos, minimizando as consequências destrutivas de uma demasiada crítica. Os "role-plays" são repetidos as vezes necessárias, para aquisição de um desempenho adequado.

#### ■ "Resource Managment"

Depois de ter sido praticada e desempenhada correctamente, cada aptidão, irá ser ensinado aos participantes, como obter e lidar com os recursos necessários para uma boa performance um determinado "skill", em situações reais. O formador pode fazer várias perguntas para que os pacientes consigam determinar os recursos para o desempenho necessário, na aptidão em causa (e. g. tempo, dinheiro, telefone, transportes, locutor, etc.). Cada recurso, considerado necessário será discutido, no sentido de encontrar uma forma de o encontrar (e. g. como poder encontrar um telefone para marcar uma consulta). Além disso, os participantes podem avaliar as vantagens e desvantagens, que cada recurso pode oferecer.

#### ■ Identificação de obstáculos

Depois de saber lidar com os recursos, os participantes são instruídos em resolver problemas, quando se encontram perante uma situação inesperada e quando se torna necessário ultrapassar obstáculos, inesperados. Apesar de uma excelente *performance* num determinado "skill", os pacientes irão encontrar inevitavelmente obstáculos inesperados, que os podem impedir em alcançar o objectivo pretendido. Por exemplo, se alguém chega a um encontro ou consulta marcada, mas a pretendida pessoa não apareceu a hora combinada, então torna-se necessário em possuir diversas estratégias para lidar adequadamente nesta situação. Muitos dos pacientes em causa irão reagir inadequadamente em tais situações inesperadas - fontes de frustração e confusão - com hostilidade, passividade ou através de sintomas estereotipadas. Através da formação / conhecimento, de que podem existir uma variedade de alternativas (uns melhor que outros) para enfrentar problemas e obstáculos inesperados ( por exemplo na situação atrás descrita, pedir que outro médico o examinasse, pedir uma outra marcação o mais cedo possível, esperar mais um bocado, etc.) o paciente torna-se mais consciente e capaz em saber diferenciar e responder adequadamente perante objectivos a curto e longo prazo.

### ■ Trabalhos para a casa

É indispensável, que os participantes tenham oportunidades de praticar, de forma autónoma, em situações reais, os seus novos conhecimentos e capacidades. Este exercício, realizado com base de trabalhos de casa, propostos no final de cada sessão, constitui o último passo do procedimento. Sempre que possível, os trabalhos de casa serão elaborados por escrito, ou então relatados oralmente, para que possa haver um *feedback* do terapeuta (ver também anexo 14; Vol. 1).

Para mais informações ver Libérman (1988, pp 147-198)

## 9.3. O MÉTODO NÃO ESTRUTURADO

Este método de duração igual ao método estruturado - 12 sessões de uma hora -, consiste, num procedimento mais indutivo, focalizando os problemas concretos dos participantes, onde diversos aspectos, em relação às aptidões pessoais, são adquiridos de forma não-directiva, mais implícita e indutiva, o que vai mais ao encontro da metodologia proposta por Saraceno (1995). Ver também cap. 3 da II parte.

### 9.3.1. Técnicas do método não estruturado

As técnicas propriamente ditas, não variam muito em relação ao método estruturado. Aqui, apenas se pretende adaptá-las mais ao grupo e/ou à pessoa em causa.

Após a evocação de uma ou mais dificuldades pelos participantes, o procedimento a seguir consistia num esclarecimento teórico subjacente à dificuldade em causa, numa dramatização e/ou "role-play".

Podia-se também recorrer a técnicas semelhantes ao método estruturado, como "Resource Managment", identificação dos obstáculos e eventualmente trabalhos para casa, se os participantes o acharem conveniente, mas estes não foram introduzidos de forma sistemática, como no método anterior.

### 9.3.2. Conteúdos do método não estruturado

Ao contrário do procedimento no método estruturado, estas sessões, não são previamente preparadas. Os conteúdos dependem das dificuldades evocadas e sentidas pelos participantes; uma vez que este método pretende partir dos problemas concretos sentidos pelos indivíduos. Temos aqui um método, que está mais centrado no paciente, nas suas necessidades e dificuldades.

De igual forma os conteúdos, que ao contrário do método anterior não são aqui introduzidos de forma limitada, sistemática e seqüencial, podiam assumir temas muito diversos.

Com base nas dificuldades sentidas e evocadas, foram introduzidos e trabalhados (uns mais profundos que outros) os seguintes temas no nosso estudo:

- Cumprimentar e despedir-se adequadamente (distância social, olhar, comportamento não verbal, etc.) tendo em conta o grau de conhecimento, estatuto, idade e sexo do interlocutor.
- Fazer perguntas de foro pessoal e responder adequadamente.
- Relacionamento familiar - em caso de visitas aos familiares
- Iniciar e manter uma conversa sobre um tema do dia-a-dia.
- Dar e receber elogios.
- Fazer pedidos e aceitá-los ou recusá-los.
- Pedir e prestar ajuda.
- Expressar sentimentos de agrado e desagrado.
- Expressar a sua opinião e concordar ou discordar de alguém.
- Criticar alguém adequadamente e saber lidar com as críticas dos outros.
- Tentar coordenar a sua opinião com a do interlocutor, chegando a um consenso.
- Saber defender os seus direitos sem violar os direitos do outro e tomar em conta os constrangimentos (diferenciar o desejável do possível).
- Resolução de problemas: resolver um problema grupal, tomando em conta as opiniões dos outros, comparar alternativas e chegar a um consenso satisfatório

para todos; e saber resolver adequadamente problemas que aparecem no dia a dia nas respectivas instituições.

- Saber elaborar um projecto de vida e um plano de ocupação dos tempos livres.

- Conhecimento sobre a importância e os efeitos da medicação.

- Conhecer alguns sintomas numa fase de crise e saber confrontá-los (por exemplo saber lidar com fases de depressão e sentimentos de angústia).

### **9.3.3. Procedimento do método não estruturado**

O procedimento do método não estruturado varia consideravelmente do método estruturado, visto que este último, tem como objectivo o enfoco nos problemas concretos dos participantes. Desta forma, optou-se pelo seguinte procedimento:

- 1) Evocação de um problema ou dificuldade por parte de um ou mais participantes. As sessões começaram normalmente com perguntas como “o que há de novo?”; “Que tipo de dificuldade sentiam durante a semana passada?”.
- 2) Descrição da situação “problema”.
- 3) Representação do comportamento normalmente evocado nesta situação por parte da pessoa.
- 4) Eventualmente, identificação das possíveis cognições desadaptativas que podem influenciar o comportamento desajustado da pessoa em causa.
- 5) Eventualmente identificação dos direitos humanos básicos, implicados na situação.
- 6) Identificação de um objectivo adequado, realista e concreto, a longo e médio prazo, por parte da pessoa em causa.
- 7) Sugestão de respostas alternativas por parte da pessoa implicada, pelos outros participantes ou em último caso, por parte do terapeuta, tendo em conta os aspectos moleculares.
- 8) Demonstração dessa resposta alternativa por parte dos outros membros do grupo ou pelo terapeuta.

9) Representação (“role-play”, dramatização) da resposta sugerida pela pessoa.

10) Avaliação da eficácia da resposta representada por parte da própria pessoa (em termos do nível de ansiedade, expectativas quanto ao seu sucesso futuro, etc.) e por parte dos outros membros do grupo e do terapeuta. A avaliação deverá ser realizada, ou em termos de um *feedback* positivo ou no sentido “o que se poderia melhorar”, evitando uma excessiva crítica.

11) Com base na avaliação anterior, pode haver novas representações até atingir um nível satisfatório por parte do “actor”, dos outros membros do grupo e do terapeuta.

12) Por fim, todos poderão fazer as últimas sugestões, para uma realização na vida real da aptidão em causa, identificando os recursos necessários e a solução/confronto de eventuais factores bloqueadores (obstáculos), que possam impedir a realização da aptidão. Se for necessário e aceite, poderá ser dado um pequeno trabalho de casa.

## 9.4. OS TERAPEUTAS

Todos os grupos (AE, BE, CN e DN) de ambas as condições experimentais foram conduzidos por um terapeuta (no pessoa do autor da presente tese) e um co-terapeuta, que exercia várias tarefas, tais como:

- Servir de modelo (em conjunto com o terapeuta, na fase de demonstração do grupo estruturado.

- Acompanhar os grupos (“pares”) na fase de exercício, para lhes poder dar algum *feedback*.

- Distribuir os diversos materiais, como as fichas no método estruturado, e verificar se existem dificuldades em preenchê-las, dando eventualmente algum apoio nesta tarefa.

Podia haver uma crítica a este formato, porque sendo o(s) terapeuta(s) o(s) mesmo(s) nas duas condições experimentais (método estruturado versus não

estruturado), ele(s) podia(m) ter uma preferência por um dos métodos, viciando com isso, (profecias auto-confirmatórias) os resultados obtidos. (de qualquer forma acho que isso não correspondia a verdade. Os resultados do capítulo 11 a seguir, irão de certa forma confirmar uma determinada imparcialidade)

Por outro lado, num formato com dois terapeutas diferentes, para cada método - além de ser por razões de ordem organizativas, mais difícil de realizar - entravam outros factores parasitas, como por exemplo, uma possível atitude, competência profissional, etc. diferente, entre os dois terapeutas. Encontrava-mo-nos perante um dilema praticamente insolúvel, ou perante o que se designa por "erro sistemático". Face a esta situação, optou-se pelo primeiro formato descrito.

## **9.5. O DECORRER DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO**

### **9.5.1. Alterações das datas**

Durante as férias do Carnaval, e a pedido dos participantes - alguns queriam um fim de semana prolongado para visitar os seus familiares - foi cancelada uma sessão (do dia 20 de Fevereiro) para os grupos CN e DN, no sentido de um adiamento (dia 16. Abril), para se poderem obter as 12 sessões pré-estabelecidas e necessárias da investigação (ver anexo 15, Vol. 1). As alterações das datas foram previamente comunicadas por escrito, como tinha sido combinado, aos enfermeiros responsáveis pelas unidade (ver anexo 18, Vol. 1: os nomes neste anexo foram ocultados por razões de ordem ética), assim como aos próprios participantes (ver anexo 19, Vol. 1).

### **9.5.2. Assiduidade e desistência**

Ficou combinado que para receber o "Diploma" final (ver anexo 20, Vol. 1), só seriam aceites faltas com justificação do médico ou enfermeiro responsável. Houve uma muito boa percentagem de assiduidade, para esta população. Apenas alguns,

poucos, faltaram, por estarem em crise ou terem uma consulta marcada à mesma hora (ver também anexo 15, Vol. 1).

Percentagem de assiduidade:	
Para os grupos de método estruturado (AE e BE)	: 96,0 %
Para os grupos do método não estruturado (CN e DN):	99,5 %
<hr/>	
Total de presenças :	97,8 %

Verificaram-se ligeiramente mais faltas no grupo estruturado, em relação ao grupo não estruturado, que no entanto não são significativas.

Tivemos apenas uma desistência -“drop-out” (TB 10 ) - no grupo experimental do método estruturado ( AE ) - porque este doente teve alta. Ele foi então excluído, para toda a avaliação e análise de dados.

### **9.5.2. Breve análise do decorrer das sessões**

■ No grupo estruturado, alguns participantes tinham dificuldades em preencher as fichas. Não estavam habituados a escrever tanto. Outros ficaram muito motivados por irem “às aulas”.

■ Alguns participantes ou não faziam os trabalhos de casa por “serem muito difíceis”, ou mostravam alguma dificuldade na sua elaboração. Alguns preferiam fazê-los, mas não por escrito, comunicando os resultados oralmente. Mas houve outros que realizaram os trabalhos, com muito cuidado.

■ De um modo geral, era visível uma grande motivação em todos os grupos por parte dos participantes. Muitos tinham pena quando se aproximava o fim das sessões e sugeriam uma continuação. Alguns homens elaboraram um abaixo assinado para a criação de um “Clube Social”, onde pudessem existir actividades semelhantes, para os utentes de ambas as instituições. Esta proposta, está em estudo de momento, não podendo ainda avançar por falta de meios financeiros e instalações disponíveis, fora das instituições.

■ Esta intervenção constituiu um desafio, visto ser a primeira vez que houve uma intervenção com um grupo misto - os participantes, internados durante muitos anos, não tinham experiência em lidar com pessoas do sexo oposto - e houve muitos receios por parte de alguns técnicos. Mas felizmente, foram raras as situações de agressão verbal, e nunca houve situações de agressão física. Os participantes revelaram normalmente, uma atitude de respeito, sobretudo em relação ao sexo oposto. Estabeleceram-se até amizades. Há ainda alguns que mantêm contacto telefónico ou por correspondência.

■ No fim da intervenção foi realizada uma reunião com a presença de elementos da direcção da Casa de Saúde da Idanha e da Casa de Saúde do Teinai e de alguns técnicos dessas instituições. Em primeiro, lugar foram expostos os agradecimentos por todo apoio recebido. Em seguida, foi feita uma pequena análise sobre o decorrer da investigação, onde foram realçados os seguintes aspectos, considerando-se que:

- houve um bom funcionamento na realização do estudo
- muitos dos participantes mostraram um grande interesse na participação deste tipo de sessões.
- muitos dos participantes, mudaram alguns dos seus comportamentos diários (levantar-se cedo, melhor vestuário, etc.)
- seria necessário, no interesse dos doentes prosseguir com o treino de aptidões sociais
- seria importante que futuramente se realizassem mais estudos / investigação na área da Reabilitação Psicossocial.

■ Por isso foi proposto que:

■ se criasse um tipo de "Clube Psicossocial", como foi também proposto pelos próprios participantes, fora das duas instituições, para prosseguir neste tipo de intervenção reabilitativa.

■ que seria importante criar um gabinete (GIFIT = Gabinete de Investigação e Formação da Casa de Saúde da Idanha e Casa de Saúde do Teinai), que promovesse a investigação e formação na área da Reabilitação Psicossocial.

Nota: Os projectos para o “Clube Psicossocial” e o “Gabinete de Investigação e Formação da Casa de Saúde da Idanha e Casa de Saúde do Telhal” já foi elaborado.

## **9.6. ENCERRAMENTO DA INTERVENÇÃO**

No fim das sessões foi proposta a realização de uma festa comemorativa, entre todos os participantes. Foi proposto e decidido pelos participantes - o que já revela um certo grau de autonomia - que:

- se realizasse uma festa / convívio fora das duas instituições, concretamente
- serão pagos 500\$00 escudos por cada participante para fazer um piquenique na festa.
- as compras serão feitas com a participação das pessoas que assistiram às sessões.
- se convidasse um grupo de jovens músicos para a festa,
- seriam feitos dois discursos pelos participantes; uma senhora em representação dos utentes da Casa de Saúde da Idanha, e um senhor em representação dos utentes da Casa de Saúde do Telhal.
- seriam convidados certas personalidades

Preparativos para a festa:

A Casa de Saúde da Idanha e a Casa de Saúde do Telhal concordaram imediatamente, dando todo o apoio necessário para a realização da festa. Foi proposto que a festa se realizaria no dia 4 de Maio 1996, na Casa S. João de Deus no Rodizio na Praia Grande, que foi disponibilizada pela Casa de Saúde do Telhal. A casa de Saúde da Idanha, forneceu um autocarro para o transporte dos doentes.

Foram avisados, por escrito, todos os participantes e os enfermeiros responsáveis pelas Unidades (ver anexo 19, Vol. 1; os nomes foram ocultados, por razões de ordem ética)

Foram elaborados diplomas para os participantes do “Curso Comunicação e Aptidões Sociais” (ver anexo 20, Vol. 1)

O dia da festa:

- A camioneta foi buscar os utentes de ambas as Casas de Saúde. A viagem foi bastante animada.

- Houve música de um grupo de jovens voluntários e baile.

- Fez-se um piquenique com comida e bebidas compradas pelos participantes.(eles fizeram questão disso)

- Um participante masculino chamou as senhoras, a partir de uma lista, entregando-lhes o referido diploma e um prémio oferecido pela Beiersdorf Portuguesa e dando-lhes um beijinho; vice-versa, uma participante feminina chamou, os senhores para lhes entregar o diploma e o prémio, dando-lhes um beijinho (ver cap. 6 da II parte, e anexos 7 e 20 do Vol. 1)

- Foi realizado um discurso por uma utente em representação das participantes da Casa de Saúde da Idanha (ver anexo 21, Vol. 1) e um discurso improvisado por um utente em representação dos participantes da Casa de Saúde do Telhal.

- Por fim foi chamado a atenção pela necessidade de continuação em realizar sessões de Aptidões Sociais.

## **10. AVALIAÇÃO**

### **(INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO)**

Antes da intervenção, houve uma pré-avaliação aos participantes de todos os grupos de intervenção (AE; BE; CN E DN) e ao grupo de controlo, (GC) utilizando, para este efeito, as mesmas escalas e o mesmo procedimento.

Após a última sessão da intervenção, realizou-se a pós-avaliação - idêntica à pré-avaliação - a todos os participantes dos grupos de intervenção e do grupo de controlo.

#### **10.1. AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA**

Uma avaliação psicopatológica torna-se necessária para verificar as hipóteses:

d) “Poderá constatar-se, em ambos os grupos experimentais, uma diminuição da sintomatologia psicopatológica? (sintomas positivos e/ou negativos).”

g) “Espera-se que as hipóteses em d), e), e f) não se verifiquem no grupo de controlo.”

##### **10.1.1. B.P.R.S : “BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE” (Overall; Gorham, 1962)**

- BPRS foi elaborado como versão abreviada de duas escalas muito amplas:  
MSRPP : “Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients” (Lorr et al., 1963);  
IMPS : “Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale” Lorr et al. 1966)

• O BPRS é constituído por 18 itens, ou complexos sintomáticos (ver anexo 22, Vol..1), devidamente operacionalizados:

- Preocupações sintomáticas
- Ansiedade
- Estriamento afectivo
- Desorganização conceptual
- Sentimentos de culpa
- Tensão
- Maneirismo e posturas alteradas
- Megalomania
- Humor depressivo
- Hostilidade
- Desconfiança
- Alucinações
- Inibição motora
- Falta de cooperação
- Alterações do conteúdo do pensamento
- Embotamento afectivo
- Excitação
- Desorientação

Todos os itens podem ser avaliados em sete categorias deste 1 (= ausente) até 7 (=muito marcado).

A aplicação, é normalmente realizada por um médico / Psiquiatra através de uma entrevista semi-directiva, com algumas perguntas directas no final (duração cerca de 20 minutos).

Esta escala dirige-se em primeiro lugar, a doentes adultos, hospitalizados na área da psiquiatria, sobretudo com um diagnóstico de esquizofrenia.

É utilizada igualmente, para avaliações catamnésicas e em diversos estudos, onde se pretende avaliar uma determinada intervenção farmacológica ou psicossocial, em diferentes grupos (Volker et. Al., 1992; Liberman, 1990a).

A avaliação geral, é obtida através do somatório de todas as pontuações dos 18 itens. Este valor bruto, serve para a interpretação do nível das perturbações e/ou para a avaliação da eficácia de uma determinada intervenção, em grupos diferentes.

Com base de um estudo de análise factorial, em 3596 pacientes com diagnostico de esquizofrenia (Overall & Gorham, 1976, pp. 157-169), foram identificados os seguintes factores (que constituem as subescalas):

- 1. ANDP : ansiedade/ depressão (itens: 1,2,5,9)
- 2. ANER: “anergia” (itens: 3,13,16,18)
- 3. THOT: perturbações do pensamento (itens: 4,8,12,15)
- 4. ACTV: activação (itens: 6,7,17)
- 5. HOST: hostilidade (itens: 10, 11, 14)

Estas subescalas poderão ser utilizadas para uma avaliação estatística.

Segundo Overall & Groham (1976) e com base em vários estudos, encontram-se os coeficientes de fiabilidade entre .52 e .90. para o BPRS.

Existe uma série de estudos que apontam para uma considerável validade de construção (e.g. uma correlação de .93 entre o valor bruto do BPRS e o valor do MSRPP (Lorr & Klett, 1966).

Esta escala foi escolhida, por se tratar de uma heteroavaliação psicopatológica para pacientes adultos internados, sobretudo com sintomas de esquizofrenia, que permite avaliar uma determinada intervenção, em grupos diferentes.

Como se trata de uma escala do foro psiquiátrico, foi solicitado por escrito, aos médicos da Casa de Saúde da Idanha e Casa de Saúde do Telhal, entregando-lhes a folha de registo e a operacionalização dos conceitos, (ver anexo 22, Vol. 1) a aplicação do BPRS aos seus doentes, escolhidos para a investigação (ver anexo 23, Vol. 1).

Os registos preenchidos da pré- e pós-avaliação, encontram-se no anexo 39, Vol. 3.

### **10.1.2. MMPI: Escala SC (esquizofrenia)**

(Roger & Greene, 1980)

Esta escala foi escolhida por se tratar de uma auto-avaliação psicopatológica - ao contrário da hetero-avaliação do BPRS referido - é por ser uma bateria muito conhecida e aceite.

Como esta escala (constituição, aplicação, etc) e os diversos estudos sobre a mesma, são suficientemente conhecidos, não se fará uma exposição detalhada, o que iria para além do âmbito deste trabalho.

No entanto, é de referir que não se trata elaborar um perfil do MMPI, mas apenas de utilizar a escala de SC, como pré e pós-avaliação psicopatológica, o que se faz habitualmente, nesta área (Roder, 1992).

Desta forma, elaborou-se um caderno, que contém apenas os 78 itens referentes à escala SC. As instruções foram mantidas segundo o manual (ver anexo 24, Vol. 1). Os registos preenchidos da pré- e pós-avaliação encontram-se no anexo 40, Vol. 3).

A aplicação foi feita em pequenos grupos (máximo seis participantes). Aos pacientes que tiveram dificuldades em interpretar determinadas frases, foi dado um apoio.

### **10.1.3. Registo da medicação**

Em muitos estudos na área da reabilitação psicossocial, é elaborado, além de uma avaliação psicopatológica, um registo da medicação dos pacientes (Lieberman 1988). Uma mudança na medicação, em relação aos psicofármacos, pode igualmente trazer alguma luz sobre o impacto de uma determinada intervenção (aumento ou diminuição da sintomatologia).

Os registos da medicação (antes e depois da intervenção) foram executadas pelas enfermeiras / ou enfermeiros responsáveis das unidades nas instituições, onde se realizou a investigação (ver anexo 41, Vol. 3)

## 10.2. AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS REPRESENTAÇÕES OU SIGNIFICAÇÕES SUBJECTIVAS SOBRE A DOENÇA.

Este tipo de avaliação torna-se importante para verificar os seguintes objectivos mencionados nas hipóteses:

1) “Averiguar os conteúdos das representações ou significações em relação a várias dimensões.”

Esta avaliação, está relacionada com a “Psicologia da Doença” que se insere numa abordagem da Psicologia da Saúde, considerando como objecto central de estudo e intervenção, as representações ou significações individuais sobre a saúde e a doença, assim como as estruturas e processos cognitivos, que organizam aquelas, Joyce-Moniz & Barros, (1994).

*Ao conjunto de teorizações e estudos sobre as representações, crenças ou significações das pessoas (sem formação médica ou paramédica) acerca da doença (física e orgânica), e dos processos de doença, pode atribuir-se a designação Psicologia da Doença.*

Joyce-Moniz & Barros, (1994).

Segundo os mesmos autores, as representações da doença, que inclui a avaliação subjectiva dos sintomas inerentes, explicam as atitudes e comportamentos das pessoas em relação à sua doença.

Isto significa que factores cognitivos influenciam a forma como as pessoas apreciam a sua saúde e como lidam com as ameaças da doença crónica ou não.

As dimensões destas representações dizem respeito a (Leventhal et al, 1984):

- Identidade da doença; “label” ou seja identificação e nomeação da doença e seus sintomas.
- Causas da doença (determinantes etiológicas da origem e do processo da doença).

- Consequências da doença
- Duração e evolução da doença
- Cura da doença (e.g. confronto activo, tratamento, terapêuticas e recuperação)

É de referir que estas representações ou significações não estão necessariamente em concordância com o modelo médico-científico ou com o diagnóstico-prognóstico da doença. São crenças subjectivas ou ideossincráticas, mas que não deixam de ter a sua importância, na medida em que estão subjacentes às atitudes dos pacientes. Por exemplo, se um determinado indivíduo adquiriu uma representação adequada à sua doença, optará por um comportamento apropriado, em termos de confronto (e.g. seguir o tratamento e terapêuticas indicadas). Todavia, se as suas representações não se adequam aos sintomas ou doença, provavelmente não revela uma adesão ao tratamento ou um confronto eficaz face à doença. (Desta forma se entende porque é que 93% dos doentes não cumprem na íntegra, o seu regime de tratamento; Taylor 1990).

O conhecimento das representações do paciente sobre a sua doença podem ajudar a adequar melhor a forma de intervenção que é dirigida a ele e a ajudá-lo a adequar melhor a sua representação para poder adquirir um capacidade mais eficaz no confronto com a sua doença.

Na presente investigação foram então avaliadas, de forma inédita, para a população em causa, as representações subjectivas da amostra populacional, i.e. pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Muitos poderão opor-se a este procedimento, argumentando como seja possível avaliar as crenças ou representações individuais em relação a um indivíduo “alienado” / “delirantes” que sofrem de uma esquizofrenia; cujo sintoma é, entre outros, a perda da realidade.

Pensamos no entanto, e já o afirmámos, que por um lado uma pessoa com esquizofrenia não está 24 horas por dia, nem todos os dias doente, i.e. não é sempre delirante. Por outro lado, conhecendo as representações desta população, torna-se possível estabelecer prioridades terapêuticas, sobretudo psicoeducativas.

Para avaliação dos conteúdos das significações subjectivas foi construído um guião de uma entrevista semi-directiva (ver anexo 25; Vol. I) contendo dimensões globais muito semelhantes às já referidas dimensões de Leventhal (1984). Desta forma apresentamos a seguir uma enumeração das dimensões globais, que foram ainda

especificadas. Essas dimensões globais e específicas serviram de base para a avaliação das significações subjectivas sobre a doença, nesta amostra ou população:

### **1. Identidade da doença**

- 1.0. Atribuição causal do internamento (1.1., 1.2.)
- 1.1. Consciência da doença (1.1., 1.2., 1.7., 1.8. e comparar com 1.9.)
- 1.2. Se 1.1. é positivo, qual é a fonte de informação (1.2.; 1.3.; 1.4.; 1.7.)
- 1.3. Informações obtidas do médico (1.3.; 1.7.)
- 1.4. Informações obtidas de outros (1.4., 1.7.)
- 1.5. Crítica à opinião dos outros (1.3., 1.4.)
- 1.6. Reconhecimento de sintomas (1.5.)
- 1.7. Importância atribuída à Saúde (quantitativo 1 até 7: 1.9.)

### **2. Causas e origens da doença**

- 2.1. Idade do começo da doença
- 2.2. Atribuição causal do surgimento da doença (2.1., 2.2.)
- 2.3. Atribuição causal da continuação da doença (2.3.)

### **3. Consequências e efeitos da doença**

- 3.1. O que mudou desde o surgimento da doença (3.1.a)
- 3.2. O que mudou desde o internamento (3.1.b)
- 3.3. Incapacidades / dificuldades de desempenho (3.2., 3.3., 3.5.)
- 3.4. Apoio necessitado (3.4., 3.5., 5.5.)
- 3.5. Capacidade geral sentida (quantitativo 1 até 7: 3.5.)

### **4. Evolução da doença**

- 4.1. Tipo da doença (quantitativo: a: crónica; b: cíclica; c: curável: 4.1.)
- 4.2. Justificação (4.1.)
- 4.3. Evolução (1.6.)
- 4.4. Justificação (1.6.)
- 4.5. Expectativa em relação à evolução da doença (quantitativo: 4.2. a até e).
- 4.6. Grau de certeza (quantitativo: 4.2.: 1 até 5; 4.3.; 2.3)

## **5. Confronto**

- 5.1. Factores condicionantes da sintomatologia (5.1.)
- 5.2. “Coping” (5.2.; 5.3.)
- 5.3. Tipo e importância de tratamentos (5.4., importância quantitativa até e)
- 5.4. Factores facilitadores (5.5.; 5.6.)
- 5.5. Grau de auto-controlo (quantitativo: 5..7.. a até g)
- 5.6. Justificação (5..7.)

## **6. Atitude perante a medicação**

- 6.1. Função da medicação (5B1)
- 6.2. Efeitos da medicação sentidos (5B2)
- 6.3. Adesão à medicação no passado (5B3)
- 6.4. Adesão à medicação no presente (quantitativo: 5B4: a até e)
- 6.5. Importância atribuída à medicação (quantitativo:5B5: a até g)
- 6.6. Justificação (5B4, 5B5)

As referências entre parêntesis, referem-se aos pontos do guião da entrevista semi-estruturada.

As alíneas: 1.7.; 3.5.; 4.1.; 4.5.; 4.6.; 5.3.; 5.5.; 6.4. e 6.5. contêm questões quantitativas, os restantes são de ordem qualitativa.

Para os itens qualitativos, foi realizada uma análise de conteúdo (Bardin, 1977) com base nas respostas da entrevista semi-estruturada, já mencionada da pré- e pós-avaliação. As respostas dessa entrevista encontram-se no anexo 42 do Vol. 4 (pré-avaliação) e no anexo 43 do Vol. 5 (pós-avaliação). Segundo este método foram estabelecidas em primeiro lugar, categorias exaustivas em relação a cada dimensão específica (alínea). Depois realizou-se uma gradual redução das categorias estabelecidas, no sentido de uma cada vez maior inclusão, até chegar a um número razoável de categorias finais.

Por exemplo em relação à dimensão 1. “Identidade da doença”; especificamente “atribuição causal do internamento” (1.0.) foram estabelecidas; em primeiro lugar as seguintes categorias, com base nas respostas dos doentes:

- por causa de uma doença psíquica
- devido a droga
- por decisão dos familiares
- por ter delírios e alucinações
- por se descontrolar
- por causa de uma doença física
- por decisão do tribunal
- por uma doença qualquer
- por causa de maus tratos por parte dos familiares
- por morte de um familiar
- não sabe
- por ter uma esquizofrenia
- porque partiu uma jarra
- por não saber fazer nada
- por causa de problemas com o namorado
- devido ao parto
- por vontade de Deus
- por causa dos espíritos
- por causa dos nervos

Estas categorias foram reduzidas para sete; ou seja:

- por doença psíquica (nervos, esquizofrenia, delírios)
- por problemas socio-emocionais (morte de familiar, maus tratos, problemas amorosos, ...)
- por descrição de outros (familiares, tribunal, ...)
- por uma doença (não especificada, física, ...)
- não sabe
- por dificuldades / problemas comportamentais
- por consumo de droga / álcool

Claro, que a redução das categorias apenas foi elaborada em relação aos itens onde isso era possível de realizar, isto é onde, era adequado e legítimo formar

categorias mais abrangente. Nas categorias, onde isso não era possível de realizar, preferiu-se afixar um número maior de categorias finais

Uma exposição exaustiva do procedimento em realçar todas as 34 alíneas, (dimensões específicas) iria ocupar um grande número de páginas. Por isso preferimos mencionar apenas o exemplo da alínea 1.0., já referido.

A versão final de todas as categorias que realça as dimensões específicas, estão expostas no capítulo seguinte, na apresentação dos resultados desse parâmetro.

### **10.3. AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA**

Esta forma de avaliação inédita no campo do treino de aptidões sociais, torna-se importante para averiguar as seguintes hipóteses, já mencionadas:

e) “Poderá verificar-se em ambos os grupos experimentais (E, NE), um salto qualitativo significativo na pós-avaliação em relação à pré-avaliação nos níveis do desenvolvimento sintomático, no sentido de um avanço para níveis superiores (modelo desenvolvimentista)”.

f) “Espera-se que o eventual avanço em e) seja acompanhado por dialécticas sintomáticas menos desadaptativas ou sintomáticas”.

g) “Espera-se que as hipóteses em d), e), e f) não se verifiquem no grupo de controlo”.

h) “Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional (b, c) possa estar relacionado com um salto qualitativo significativo, nos níveis de desenvolvimento sintomático ( e)”.

i) “Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional (b, c) possa estar relacionado por uma escolha significativamente superior de dialécticas sintomáticas menos desadaptativas (f)”.

j) Hipótese teórica: Espera-se que exista uma correlação geral (em todos os grupos) entre níveis do desenvolvimento sintomático e dialécticas sintomáticas menos desadaptativas, para validar o modelo desenvolvimentista. Isto é, quanto mais avançados os níveis de desenvolvimento sintomático, menos desadaptativas deverão ser as dialécticas reveladas pelos sujeitos.

### **10.3.1. Classificação dos níveis de desenvolvimento sintomático (Joyce-Moniz, 1993)**

A classificação, baseia-se no modelo desenvolvimentista de Joyce-Moniz (1993), que já foi descrito no capítulo 3 da I.Parte. Neste capítulo, foram de igual forma descritos os cinco níveis do desenvolvimento sintomático, em relação à esquizofrenia e paranóia (Joyce-Moniz, 1993, cap. 7) e a sua operacionalização em termos de significações correspondentes, de cada nível.

Como esta classificação, se refere mais aos conteúdos sintomáticos (delírios, etc.), e como em muitas entrevistas, os sujeitos não referiam nenhuns ou referiam poucos delírios, tornou-se necessário recorrer, também, à classificação formulada por (Joyce-Moniz, Reis; 1991), sobre os níveis de significações de processos de doença/sintomas. A primeira classificação de Joyce-Moniz, (1993) refere-se a níveis de significações sintomáticas, em relação à actividade delirante. A segunda classificação de Joyce-Moniz & Reis, (1991) diz respeito a níveis de significação dos processos da doença em relação aos três sistemas de conteúdos, que iremos, em seguir mencionar. Deste modo, trata-se de duas avaliações, que embora abranjam aspectos diferentes da doença em causa, poderão ser considerados equivalentes. Pode-se, assim, justificar este procedimento.

Os níveis de significações de processos de doença, contêm três sistemas de conteúdos significativos. Os dois primeiros, referem-se aos processos de doença propriamente ditos e o último diz respeito ao “coping” (estratégias de confronto):

- 1) Veracidade/realidade da doença, ou dos sintomas.
- 2) Experiência subjectiva da doença e concepções de sintomas da doença, incluindo a percepção das reacções emocionais.

3) Coordenação das significações próprias com as do tratamento (propostas por outrem e.g., o médico)

Neste modelo, descrevem-se os cinco níveis da seguinte forma:

NÍVEL 1:

Orientação pré-social: amoralidade e anomia

NÍVEL 2:

Orientação instrumental: dualidade e heteronomia

NÍVEL 3:

Orientação pró-social: multiplicidade e socionomia- conformismo relacional

NÍVEL 4

Orientação pró-social: multiplicidade e socionomia- conformismo institucional.

NÍVEL 5:

Orientação pró-convencional: relativismo e autonomia

A operacionalização desses níveis, em relação aos três sistemas de conteúdos, que se encontram em Joyce-Moniz & Reis, (1991, pp. 118-120) e no anexo 26, Vol. 1.

Procedimento para a classificação em níveis de significações sintomáticas e em níveis de significações de processos de doença/sintomas:

■ Com base nas respostas da entrevista semi-estruturada (anexo 25, Vol. 1), apenas foram tomadas em conta as locuções que poderiam ser claramente classificadas segundo os níveis de significações sintomáticas (esquizofrenia/paranóia) ou segundo os níveis de significações de processos de doença/ sintomas, já mencionadas. As locuções classificadas foram anotadas numa folha de registo (ver anexo 27, Vol. 1). Os registos dessa classificação encontram-se no anexo 44, Vol. 6. Os pontos referem-se aos itens do guião da entrevista semi-estruturada.

■ Para proceder a uma avaliação mais pormenorizada, foram estabelecidas dez categorias em relação aos níveis, que não só podem tomar em conta o fenómeno de desfasamento horizontal, já mencionado no cap. 3 da I parte, como também, permitem uma análise estatística mais apurada. São as seguintes, as dez categorias:

- 1) Sobretudo N 1
- 2) N 1 / N 2
- 3) Sobretudo N 2
- 4) N 2 / N 3
- 5) Sobretudo N 3
- 6) N 3 / N 4
- 7) Sobretudo N 4
- 8) N 4 / N 5
- 9) Sobretudo N5
- 10) Níveis variáveis (quando existem locuções classificadas em relação a pelo menos 4 níveis diferentes).

■ Cada sujeito, foi classificado numa dessas categoria, tanto na pré- como na pós-avaliação. Uma locução, apenas num determinado nível, não foi tomada em conta para essa classificação. Exemplo: um sujeito tem uma frase classificada no nível 3, e cinco no nível 4, então classifica-se 7) N 4. Outro sujeito tem duas frases classificadas no nível 3 e três frases no nível 4, então classifica-se 6) N 3 / N 4.

■ Para tornar possível uma análise estatística desses dados qualitativos, foi atribuído a cada sujeito na pré- e pós-avaliação o valor correspondente à categoria onde se inseria, ou seja:

- 1) Sobretudo N 1 = 1 valor
- 2) N 1 / N 2 = 2 valores
- 3) Sobretudo N 2 = 3 valores
- 4) N 2 / N 3 = 4 valores
- 5) Sobretudo N 3 = 5 valores
- 6) N 3 / N 4 = 6 valores
- 7) Sobretudo N 4 = 7 valores
- 8) N 4 / N 5 = 8 valores
- 9) Sobretudo N5 = 9 valores

■ A categoria 10) “níveis variáveis”, que se verificou em apenas dois sujeitos, (TB 4 e ISC 3 do grupo estruturado, tanto na pré- como na pós-avaliação) não foi tida em conta para a análise estatística.

Os registos dos níveis encontram-se no anexo 45 Vol.6

### **10.3.2. Análise das acções dialécticas de significações sintomáticas (Joyce-Moniz, 1993)**

As acções dialécticas de significações sintomáticas e sua operacionalização (Joyce-Moniz, 1993), já foram mencionadas no capítulo 3 da I. Parte.

Para a sua análise foi elaborada uma grelha (ver anexo 28, Vol. 1), tendo em conta as seguintes acções dialécticas de significações sintomáticas:

Processos de Destruturação:

1. Indif.: Indiferenciação
2. Dcord: Descoordenação (descoodenação dos significados, desvio, fusão)
3. Estag: Estagnação (rigidez, inibição)

Processos de Reestruturação

Centração Circular

4. Neg.: Negação
5. Incl.: Inclusão
6. Ambi.: Ambivalência
7. Tentativa de compensação
7. Inv.: Inversão
8. Ident.: Identidade
9. Reci.: Reciprocidade
10. Prp.: Proposição

Procedimento:

Com base nas respostas da entrevista semi-estruturada, (anexos Vol. 4 e Vol.5) foram cotadas dez locuções em termos de dialécticas de significações sintomáticas, distribuídas pelas cinco dimensões propostas, no guião dessa entrevista (anexo 25, Vol. 1), ou seja:

1. Identidade da doença
2. Causas e origem da doença
3. Consequências e efeitos da doença

4. Evolução da doença
5. confronto e atitudes perante a medicação

A cotação das dialécticas de significações sintomáticas se encontram no anexo 45 do Vol. 6. Os pontes referem-se aos itens do guião da entrevista semi-estruturada.

Podemos considerar que em termos gerais as dialécticas de significações sintomáticas, nas dez categorias atrás mencionadas, se encontram de forma sequencial; deste os mais desadaptativos ou sintomáticos (1. Indiferenciação) até os menos desadaptativos ou sintomáticos (10. Proposição), procedeu-se da seguinte forma para poder obter um valor global, que permitira a sua análise estatística:

Cada item cotado numa categoria foi multiplicado pelos seguintes valores:

1. Indef. X 1 valor
2. Dcord. X 2 valores
3. Estag. X 3 valores
4. Neg. X 4 valores
5. Incl. X 5 valores
6. Ambi. X 6 valores
7. Inv. X 7 valores
8. Ident. X 8 valores
9. Reci. X 9 valores
10. Pro. X 10 valores

O somatório desses valores foi dividido por 10 (número de categorias). Desta forma, podia-se obter um valor global para cada sujeito, na pré- e pós-avaliação.

### **10.3.3. Correlação entre os níveis do desenvolvimento sintomático e acções dialécticas sintomáticas mais adaptativas**

Para validar a hipótese teórica j) “espera-se que exista uma correlação geral (em todos os grupos) entre níveis do desenvolvimento sintomático e dialécticas sintomáticas menos desadaptativas ou sintomáticas, para validar o modelo desenvolvimentista. Isto é quanto mais avançados os níveis do desenvolvimento sintomático, menos desadaptativas ou sintomáticas deverão ser as dialécticas reveladas pelos sujeitos”.

## 10.4. AVALIAÇÃO DAS APTIDÕES SOCIAIS.

Esta forma de avaliação, torna-se importante para averiguar as seguintes hipóteses já mencionadas:

a) “Espera-se que os dois grupos experimentais (E: método estruturado e NE: método não estruturado) tenham uma “performance”, em relação às aptidões sociais em geral (componentes molares) e em relação ao desempenho comunicacional em concreto (componentes moleculares), superior na pós-avaliação em relação à pré-avaliação.”

b) “Espera-se que o desempenho nas aptidões sociais (componentes molares) e na capacidade comunicacional (componentes moleculares) seja significativamente superior na pós-avaliação nos grupos experimentais (E e NE) em relação ao grupo de controlo (C).

c) “Espera-se que os dois métodos, (estruturado ou não estruturado), se revelem igualmente eficazes no desempenho das aptidões sociais e na capacidade comunicacional, visto que ambos contêm tanto vantagens como desvantagens, como foi já referido (Lieberman, 1988; Saraceno, 1995)”.

h) “Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional (b, c) possa estar relacionado com um salto qualitativo significativo, nos níveis de desenvolvimento sintomático (e).

i) Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional (b, c) possa estar relacionado por uma escolha significativamente superior de dialécticas sintomáticas menos desadaptativas (f).

### 10.4.1. Escala RAHAB (Rehabilitation Evaluation Hall & Baker, (traduzida e adaptada por Lind e Heitor)

Esta escala foi escolhida pelas seguintes razões:

■ Destina-se a uma população adulta com problemas psiquiátricos, que se encontram institucionalizadas no momento da avaliação

- Trata-se de uma escala de heteroavaliação
- Avalia tanto o comportamento inadequado, como componentes molares, isto é, o comportamento geral (aptidões sociais) que são observados “in loco”
- Trata-se de uma escala muito conhecida e utilizada na área da reabilitação social (Mulhall, 1985; Wallace, 1986; Rosen et al 1989; Dickenson, Kruppa, 1995; entre muitos outros)
- Além da escala, existe um manual muito detalhado sobre a aplicação, cotação, interpretação, índices e sobre a validade e fiabilidade (Baker & Hall 1984 4ª ed. 1994)
- Existem muitos estudos sobre a validade dessa escala (Foreman & Baker, 1986; Baker & Hall, 1994, entre outros)

O REHAB já foi traduzido em oito línguas, entre as quais em português pelo autor desse trabalho com a ajuda de uma médica psiquiatra, Drª Maria João Heitor. Nesta tradução foi realizada uma pequena adaptação: A cotação da 2ª parte, não foi realizada com base num contínuo, mas dividida em sete categorias (de 0 até 6), para facilitar não só a cotação como a avaliação e interpretação estatística. (ver anexo 29, Vol. 1).

A tradução em português e a utilização do REHAB para este estudo, foi autorizado pelo autor.

#### Descrição da escala:

O REHAB foi desenvolvido inicialmente, para poder seleccionar pacientes institucionalizados em programas de reabilitação social / desinstitucionalização. No entanto, concedera-se hoje, que esta escala pode assumir múltiplos objectivos diferentes:

- Avaliação de mudanças comportamentais nos pacientes
- Selecção de pacientes institucionalizados para projectos de desinstitucionalização e inserção na comunidade.
- Selecção de grupos para programas reabilitativos
- Planeamento e avaliação da eficácia de métodos de intervenção na área da reabilitação psicossocial.

■ Planeamento e avaliação de instituições ou instalações, como residências extra-hospitalares, oficinas protegidas, etc.

■ Estabelecimento de um “nível mínimo de funcionamento” para determinadas tarefas ou condições/ instalações extra-hospitalares.

■ Estudos psicométricos

■ Avaliação para fins científicos

(Baker & Hall, 1988; 1994)

O REHAB é composto por duas partes:

• 1ª parte: “Comportamento Inadequado”: CI (7 itens), que são cotados por três categorias:

1) O comportamento inadequado ocorre mais que uma vez por semana/dia

2) O comportamento inadequado ocorre uma vez por semana/dia

3) Ausência do comportamento inadequado

• 2ª parte: “Comportamento Geral”: CG (16 itens), que são cotados por sete categorias: 0 = comportamento pior, até 6 = comportamento esperado por uma pessoa “normal”. As categorias 0, 3 e 6 são definidas. As restantes categorias (1, 2, 4, 5) constituem posições intermédias.

• Dentro do “comportamento Global” existem ainda seis subescalas:

■ AS: “Actividade Social” (itens 8-13)

■ DF: “Distúrbios da fala” (itens 14,15)

■ SC: “Self Care” (itens 16-20)

■ AC: “Aptidões Comunitárias” (itens 21, 22)

■ AG: “Avaliação Global” (item 23)

■ AF: “Aptidões da fala” (itens 12, 13)

O somatório das primeiras cinco subescalas correspondem aos itens do CG: “Comportamento Global”:  $AS + PS + SC + AC + AG = CG$ .

• Os itens da escala AF estão também incluídas na escala AS

Procedimento:

■ A avaliação do REHAB é realizada por técnicos em Saúde Mental (enfermeiros, Assistentes Sociais, psicólogos, etc), que podem observar directamente o comportamento dos doentes durante uma semana, na instituição. No nosso caso, optamos por enfermeiras /enfermeiros, visto estes estarem , em contacto mais directo com os doentes.

■ A avaliação poderá realizar-se, de modo ideal, por dois avaliadores para os mesmos sujeitos. Devido à limitação de recursos humanos nas duas instituições, não foi possível obter dois avaliadores em cada unidade.

■ Foi realizado um pequeno treino: primeiro uma avaliação em conjunto com a devida explicação das instruções e itens; depois uma avaliação sobre supervisão.

■ As instruções faziam parte da folha de registo:

#### *1ª PARTE: COMPORTAMENTO INADEQUADO*

*INSTRUÇÕES: estas sete questões dizem respeito a formas particulares de comportamentos inadequados ou embaraçadores. Cada questão tem três respostas possíveis, que revelam a frequência de um determinado comportamento. Marque a resposta que melhor descreve o comportamento do paciente DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Deve ser tomado em conta, qualquer evento de incontinência, etc., que tenha ocorrido na última semana, mesmo se você não estiver presente. NÃO ESQUEÇA:*

*- SÓ CONSIDERAR O COMPORTAMENTO DO PACIENTE NA ÚLTIMA SEMANA.*

*- MARCAR APENAS UMA RESPOSTA*

#### *2ª PARTE: COMPORTAMENTO GERAL*

*INSTRUÇÕES: Estas 16 questões dizem respeito ao comportamento social e do dia a dia da pessoa. Cada questão é acompanhada com uma linha contendo sete números (0; 1; 2; 3; 4; 5; 6). As afirmações estão ordenadas desde o nível pior (= 0 à esquerda: ver definição) até ao nível de comportamento esperado de uma pessoa "normal" (= 6 à direita: ver definição). 3 (no meio) contem um nível intermédio (ver definição). Pode marcar qualquer número, que melhor demonstre o comportamento da pessoa durante a última semana. Os números 1, 2 e 4, 5 indicam posições intermédias*

às definidas em baixo, isto é 1 está um pouco acima de 0; 2 um pouco abaixo de 3; 4 um pouco acima de 3 e 5 um pouco abaixo de 6. Recorde:

- Utilize um padrão de vida diária fora da Casa de Saúde.
- Toma apenas em conta o comportamento NA ÚLTIMA SEMANA do paciente.
- Marque um NÚMERO apenas

■ Os avaliadores não conheciam os objectivos específicos deste estudo, não sabendo quem fazia parte dos dois grupos experimentais e do grupo de controlo. Podemos considerar este procedimento, uma avaliação “blind”.

■ Para a pós-avaliação, foi pedido por escrito, aos mesmos avaliadores, uma segunda avaliação (ver anexo 30, Vol. 1)

■ Para a interpretação estatística considerou-se:

- O somatório dos itens da 1ª parte (“Comportamento Inadequado”)
- O somatório da 2ª parte (“Comportamento Geral”)
- Os somatórios das seis subescalas referidas

As respostas da pré- e pós-avaliação encontram-se nos anexos 48 do Vol. 7.

Alguns dados psicométricos:(Baker & Hall, 1984 4ªed. 1994; Baker & Hall, 1994)

■ Correlações inter-itens: Existe uma considerável correlação (n.s. 0,001) entre os itens do Comportamento Geral (CG): coeficiente de Kendall 0.37 até 0.71; o que não sucede entre todos os itens do Comportamento inadequado (CI). Também não existe uma grande correlação, entre os itens do CI e CG.

■ Análise factorial: Foi realizada apenas para o CG, porque o CI revela itens manifestamente diferentes. O primeiro factor que explica 70 % da variância é a subescala SC, o segundo é AS, terceiro DF, quarto AF e o quinto factor AC.

■ Fiabilidade (inter-avaliadores): No CG, existe para todos os itens entre avaliadores independentes, uma correlação (coeficiente de correlação de Spearman 0.62 até 0.92) significativa (p. < 0.001), o que não sucede para todos os itens do CI.

■ Validade do conteúdo: A correlação entre o factor “Socially Embarassing” da escala “Ward Behaviour Rating Scale” de Wing e o CI era + 0.64; e a correlação entre o factor “Social Withdrawal” da mesma escala e o CG era + 0.72. Outro

estudo, revela uma correlação de + 0.73 entre a subescala AS e itens “aptidões sociais” observáveis, e uma correlação de + 0.93 entre a subescala SC e itens “aptidões básicas” observáveis.

■ Sensibilidade à mudança: Um estudo de Baker & Hall, (1984) revelou, que o grupo que recebeu um tratamento em aptidões sociais, melhorou significativamente ( $p < 0.05$ ) em AC (aptidões comunitárias). No grupo de controlo, houve uma deterioração significativa. Não houve diferenças significativas, neste estudo, em CI. Em três outros estudos comparativos, (Tulloch et al. , 1984; Lavender, 1982; Mathur & Hall, 1981) em Baker & Hall (1984), foi verificado que a pontuação global do CG, era sensível a mudanças nos comportamentos dos doentes, o que não sucedia em relação ao CI, onde houve resultados inconsistentes.

■ A idade e a duração do internamento, estão significativamente relacionadas com os valores totais de CG, mas não com os valores de CI. O sexo, não está correlacionado nem com o CI, nem com o CG.

Estes resultados, revelam que provavelmente o CI e o CG são duas diferentes medidas, sendo a última mais potente, em relação à validade e fiabilidade. Por isso, os valores totais dessas duas medidas, foram consideradas separadamente, no nosso estudo.

#### **10.4.2. QSS: Questionário das Situações Sociais (Trower; Bryant; Argyle, 1978)**

Este questionário foi aplicado por ser uma escala de auto-avaliação, ao contrário do REHAB atrás descrito, que avalia também os componentes molares.

O autor do presente trabalho, teve conhecimento desta escala num curso “Treino de Aptidões Sociais” no Hospital Júlio de Matos, onde ela é também aplicada.

Discrição da escala (ver anexo 31, Vol. 1) :

A escala é composta por duas partes:

1ª parte : Grau de dificuldade:

29 itens como “andar na rua”, “Olhar as pessoas directamente nos olhos”, etc. são avaliados pelos doentes em cinco graus de dificuldade, da seguinte maneira:

- Sem dificuldade: 0
- Dificuldade ligeira: 1
- Dificuldade moderada: 2
- Muita dificuldade: 3
- Evita sempre que pode: 4

O somatório das pontuações, serve para a análise estatística.

## 2ª parte: Frequência

21 itens (semelhantes aos itens da 1ª parte) são avaliados pelos doentes, em termos de frequência, isto é, quantas vezes se encontrou nas situações descritas durante os últimos três meses, da seguinte forma:

- Todos os dias ou quase todos os dias: 1
- Pelo menos uma vez por semana: 2
- Pelo menos uma vez por quinzena: 3
- Pelo menos uma vez por mês: 4
- Uma ou duas vezes em três meses: 5
- Nunca durante os últimos três meses: 6
- Nunca 7

O somatório das pontuações serve para a análise estatística.

Foram feitas duas pequenas alterações, em relação à escala original:

- O item 8 “sair com uma pessoa que acha sexualmente atraente” (da 1ª e 2ª parte) foi excluído, por não ser possível, dentro do contexto da população em estudo.

- Apenas foi avaliada, a dificuldade e a frequência dos comportamentos mencionados nos últimos três meses. Uma avaliação retrospectiva (há um ano) não faz sentido, no presente estudo.

## Instruções:

*“Este questionário debruça-se sobre a maneira como as pessoas se integram em situações sociais, isto é, em situações que implicam estar com outras pessoas, falar-lhes, etc.”*

### **1ª PARTE - Grau de Dificuldade**

*A primeira parte, aborda o grau de dificuldade, se esta existir, que tem nestas situações. Ter dificuldade, significa que a situação o faz sentir ANSIOSO ou DESCONFORTÁVEL, ou porque não sabe como actuar, ou porque sente medo ou embaraço.*

*“Para cada situação, escolha o grau de dificuldade que corresponde mais à maneira como se sente. Registe um sinal no respectivo número. Se nunca esteve numa dada situação, imagine como se sentiria.*

*A escolha “evita sempre que pode” (4) deve fazer-se no caso de achar que, sente tanta dificuldade, que irá tentar evitar tal situação. Não deve optar por este ponto, se evita a situação, apenas porque não gosta dela. Ex: ir ao concerto, porque não gosta de música.”*

### **2ª PARTE - Frequência (quantas vezes)**

*“A seguir responderá (com um sinal) quantas vezes se encontrou nas seguintes situações nos últimos 3 meses.”*

A aplicação foi realizada em pequenos grupos, com um máximo de seis pessoas. Alguns sujeitos, tiveram dificuldade em preencher o questionário, pelo que lhes foi dada uma ajuda, no sentido da interpretação de alguns itens. As respostas da pré- e pós-avaliação encontram-se nos anexos 49 do Vol. 8.

### **10.4.3. Avaliação da comunicação (componentes moleculares): TIS: Teste de Interação Social: “Social Interaction Test” (Trower; Brntant; Argyle, 1978):**

Com base nas hipóteses a), b), c), h) e i) (ver cap. 10.4.) tornou-se necessário, encontrar um instrumento, que avaliasse, para além das aptidões sociais, especificamente, os componentes moleculares da capacidade comunicacional. Também gostava de relembrar, que a intervenção neste estudo incidiu, sobretudo, no desempenho da comunicação. Liberman (1990) elaborou um préteste e um pósteste,

para avaliar o conhecimento, em relação a esta matéria. No entanto, a utilização destes testes seria parcial, visto que se destinam especificamente aos conteúdos do “Basic Conversation Skill Module”, utilizado neste estudo, apenas para o grupo experimental estruturado.

Desta forma, optou-se pelo “Teste de Interação Social” ( Trower, Bryant & Argyle, 1978), pelas seguintes razões:

- Avalia especificamente, a capacidade de comunicar
- Trata-se de uma avaliação “fina” (componentes moleculares), que pode ser mais susceptível a pequenas mudanças.
- Todos os itens são devidamente operacionalizados (ver Trower, Bryant & Argyle, 1978, pp. 156-167)
- Os resultados são quantificados, servindo para uma posterior análise estatística.
- O teste é conhecido e aplicado, já há alguns anos no Hospital Júlio de Matos.

Composição da escala (ver anexo 32, Vol.1)

A escala é constituída por três partes:

- 1ª parte: QV: Qualidade da Voz (6 itens)
- 2ª parte: NV: Comunicação não-verbal (9 itens)
- 3ª parte: C: Conversação (14 itens)

Foram excluídos dois itens:

- Na 2ª parte o item 2.1. “Proximidade”, porque os participantes tinham apenas duas cadeiras, para se sentarem, durante a avaliação, não podendo assim, ser avaliado esse item.
- Na 3ª parte o item 3.14 “Rotinas ligadas a situações específicas”, como não se tratou de uma situação específica - só havia a situação da avaliação - também este item, não podia ser avaliado.

Todos os itens são avaliados em cinco categorias, onde 0 corresponde ao “normal” e 4 ao mais inadequado. As categorias de 1 a 4, contêm muitas vezes duas dimensões opostas; exemplo:

## 1.1. Volume

- 0 - Volume normal.
- 1(a) - Baixo mas ouve-se sem dificuldade.
- (b) - Bastante alto mas não desagradável.
- 2(a) - Demasiado baixo e dificil de ouvir.
- (b) - Demasiado alto e bastante desagradável.
- 3(a) - Anormalmente baixo e frequentemente inaudível
- (b) - Anormalmente alto e desagradável.
- 4(a) - Inaudível
- (b) - Extremamente alto (aos gritos)

### Procedimento:

■ Dois doentes (uma mulher e um homem), que se vêem pela primeira vez, vão apresentar-se, um ao outro, durante três minutos cada um. Para garantir esta condição, foram trocados os parceiros dos grupos, na pós-avaliação.

■ Em cada grupo (E, N e C), em metade das apresentações começaram as mulheres a apresentar-se, na outra parte, foram os homens a apresentar-se primeiro.

■ Além dos dois sujeitos a serem avaliados, esteve presente uma terceira pessoa “neutra”, que não era técnico em Saúde Mental. Para controlar a variável “sexo” em metade das avaliações de cada grupo, (E, N e C) esta terceira pessoa, era uma mulher e na outra metade, um homem.

■ A pessoa “neutra” tinha como função, fazer duas perguntas previamente estabelecidas, aos doentes, depois de estes se terem apresentado (ver instruções em seguida). Em metade dos sujeitos de cada grupo, (E N e C) estas perguntas foram dirigidas primeiro às mulheres e na outra metade, primeiro aos homens.

### ■ Instruções:

- 1) instruções dirigidas à pessoa “neutra”:

*Um homem e uma mulher (doentes) que não se conhecem, vão apresentar-se um ao outro, durante 3 (três) minutos. Durante este período, mostre empatia, podendo dizer apenas: “interessante”, “pois, pois”, etc, mas deve deixar a iniciativa de falar, a*

estas pessoas. Se, por acaso, houver um longo período de silêncio, cerca de 30 segundos, pode dirigir à pessoa uma pergunta, relacionada com o que estava a dizer.

Depois deste período, irá fazer 2 (duas) perguntas, a cada pessoa:

a) Uma em relação aos seus interesses ou gostos.

Ex: "Que gosta de fazer nos seus tempos livres?"

b) Outra, em relação aos amigos/amigas.

Ex: "Com quem se dá melhor? Conte-me acerca dessa pessoa."

### **ATENÇÃO:**

Nos dois primeiros pares, deve, em primeiro lugar, dirigir a pergunta a) à mulher e depois ao homem. Pergunta b), *idem*.

Nos dois últimos pares deve, dirigir a pergunta a) primeiro ao homem e depois à mulher. Pergunta b), *idem*.

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

### 2) Instruções dirigidas aos sujeitos a serem avaliados:

Em primeiro lugar, é dito aos doentes: "Vamos fazer uma avaliação sobre a comunicação, o que é importante. Trata-se de ver como se comporta (os senhor/asenhora), perante pessoas que vê pela primeira vez, o que pode acontecer num café ou clube. As pessoas que não conhece, não são técnicos (psicólogos, etc.). As filmagens, que são importantes, são confidenciais. Em primeiro lugar, o senhor (a senhora) vai falar durante 3 minutos de si, às outras pessoas: dizer como se chama, onde nasceu, se tem familiares, como ocupa o seu tempo, etc. Em seguida irá apresentar-se a outra pessoa, durante 3 minutos da mesma forma. Depois pode responder a duas perguntas".

■ Todas as apresentações, com as respostas, foram gravadas em vídeo, que servem base para a avaliação, que vem em seguida.

Avaliação:

■ Foi elaborada uma folha de registo (anexo 33, Vol. 1)

■ A avaliação, (pré- e pós-) foi elaborada por uma pessoa independente (estagiária em psicologia), com a qual foram realizadas algumas sessões de treino. Os resultados da pré- e pós-avaliação encontram-se no anexo 46 do vol. 6

■ Em relação a cada pessoa a ser avaliada, foi visionada a gravação em vídeo, três vezes; uma por cada subescala:

- QV: Qualidade da Voz
- NV: Comunicação não verbal
- C: Conversação

■ Durante o visionamento do vídeo, o avaliador teve que ter em consideração, o seguinte:

■ Para avaliar um comportamento adequado, deve-se tomar em consideração a situação específica, onde este comportamento ocorre: por exemplo, um grau de intimidade numa festa é adequado, mas não, em relação a pessoas estranhas ou desconhecidas.

■ A avaliação deverá ser feita tendo em conta, como referência, o comportamento dito “normal”, e não em relação à população que sofre de uma psicose.

■ Para a análise estatística foi tomado em consideração:

■ Os valores totais em relação a cada sujeito na pré- e pós-avaliação

■ QV: O somatório dos itens correspondentes à “Qualidade de Voz”.

■ NV: O somatório dos itens correspondentes à “Comunicação não-verbal”.

■ C : O somatório dos itens correspondentes à “Conversação”.

## 10.5. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO - QUALIDADE DE VIDA

Esta avaliação justifica-se, para verificar o seguinte objectivo do presente estudo, mencionado nas hipóteses:

k) “Verificar qual dos métodos experimentais (estruturado versus não estruturado), é mais gratificante na óptica dos participantes.”

Saraceno (1995); Atkisson et al. (1992) e Ekdawi & Conning (1994), afirmaram que a pesquisa na reabilitação, deve incluir critérios de qualidade de vida. Por qualidade de vida, entende-se a capacidade de um indivíduo com saúde comprometida, de interagir com o seu ambiente, no sentido de uma gratificação e realização pessoal. Trata-se então de critérios subjectivos de gratificação ou satisfação em relação a determinadas dimensões.

Pretende-se então verificar, qual dos dois métodos, (estruturado versus não estruturado) é mais gratificante na óptica dos participantes, independentemente dos resultados, em relação às competências adquiridas na área das aptidões sociais.

Com base na “Quality of Life Scale” Baker & Intagliata (1982), versão portuguesa de Xavier & Caldas de Almeida (1994), foram escolhidos apenas os seguintes sete itens, visto que, muitos itens dessa escala não faziam muito sentido, para esta população e mais especificamente, para este estudo:

Pedi-se aos sujeitos que indicassem como se sentiam em relação às seguintes frases:

- A semana passada na Casa de Saúde.
- À matéria que aprendeu hoje.
- Aos outros participantes do grupo.
- À confiança que tem em si mesmo.
- Ao seu estado geral de saúde
- À sua vida actual, em geral
- Aos seus projectos futuros.

(ver anexo 34, Vol. 1)

Estes itens representam as seguintes dimensões:

- Global (itens: 1,5,6) versus específico (itens: 2, 3,7)
- Externos (itens: 4,5,7) versus interno (itens: 2,3)
- Passado (item 1) versus presente (itens: 2,4,6) versus futuro (item 7)

Cada item é classificado em sete categorias desde 1 (= muito insatisfeito) até 7 (muito satisfeito).

Este instrumento, foi a única escala aplicada no fim da primeira sessão (pré-avaliação) e no fim da última sessão (pós-avaliação). As folhas preenchidas encontram-se no anexo 47 vol. 6.

Como se pretende aqui avaliar o grau de satisfação, sobretudo em relação ao método de intervenção, não fazia muito sentido aplicar estas questões ao grupo de controlo. Apenas se pretendeu verificar, se existe uma diferença significativa nos dois métodos, em relação ao nível de satisfação pessoal.

Para a avaliação estatística, consideraram-se os valores totais desses sete itens.

## **10.6. RESUMO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Dispomos então de instrumentos que nos permitem:

- Uma avaliação de psicopatologia (auto-avaliação, hetero-avaliação e registos da medicação).
- Uma avaliação dos conteúdos das representações ou significações subjectivas dos sujeitos, sobre a doença.
- Uma avaliação desenvolvimentista em termos de níveis do desenvolvimento sintomático e acções dialécticas de significações sintomáticas.
- Uma avaliação das aptidões sociais (hetero-avaliação, auto-avaliação e especificamente, sobre a capacidade de comunicar).
- Uma avaliação para os componentes molares e para os componentes moleculares das aptidões sociais.
- Uma avaliação sobre o nível de satisfação dos participantes.

## 11. TRATAMENTO ESTATÍSTICO, APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E SUA ANÁLISE

( ver anexos 35 vol. 9)

A avaliação incidiu sobre a seguinte amostra:

- N = 47
- grupo estruturado (E) : n = 15
- grupo não estruturado (N): n = 16
- grupo de controlo ( C ): n = 16

Para a maioria dos resultados (11.1.1.; 11.1.2.; 11.3.1.; 11.4.1.; 11.4.2.; 11.4.3 e 11.5.) foram aplicados os testes Wilcoxon e Teste de Sinais (testes não paramétricos), sendo o primeiro mais potente, porque toma em consideração a quantificação dos resultados. Estes dois testes, foram escolhidos pelas seguintes razões:

- Estamos em presença de amostras emparelhadas com uma pré- e pós-avaliação (antes e depois).
- Trata-se de escalas ordinais

Nos registos da medicação (11.1.3.) só foi possível aplicar o Teste de Sinais, porque apenas se conseguiram registar-se os sujeitos tomaram mais, menos ou uma dosagem igual, entre a pré- e pós-avaliação, devido aos diferentes tipos e composições dos psicofármacos administrados. Isto é, não foi possível quantificar, em termos globais e de forma rigorosa, os diversos medicamentos administrados.

Na avaliação das acções dialécticas das significações sintomáticas (11.3.2.) foi aplicado o Teste de Igualdade de Valores Médios, porque estamos, neste caso em presença de uma escala contínua.

Para a análise de 11.3.3. foi aplicado um teste de correlação, entre os níveis do desenvolvimento sintomático e as acções dialécticas de significações sintomáticas.

Na avaliação dos conteúdos das representações ou significações sobre a doença (11.2.) não foi aplicada qualquer análise estatística, visto que apenas se pretendia averiguar os principais conteúdos das representações ou significações em relação a várias dimensões (hipótese k). Para a análise global, tomou-se em conta, sobretudo, os

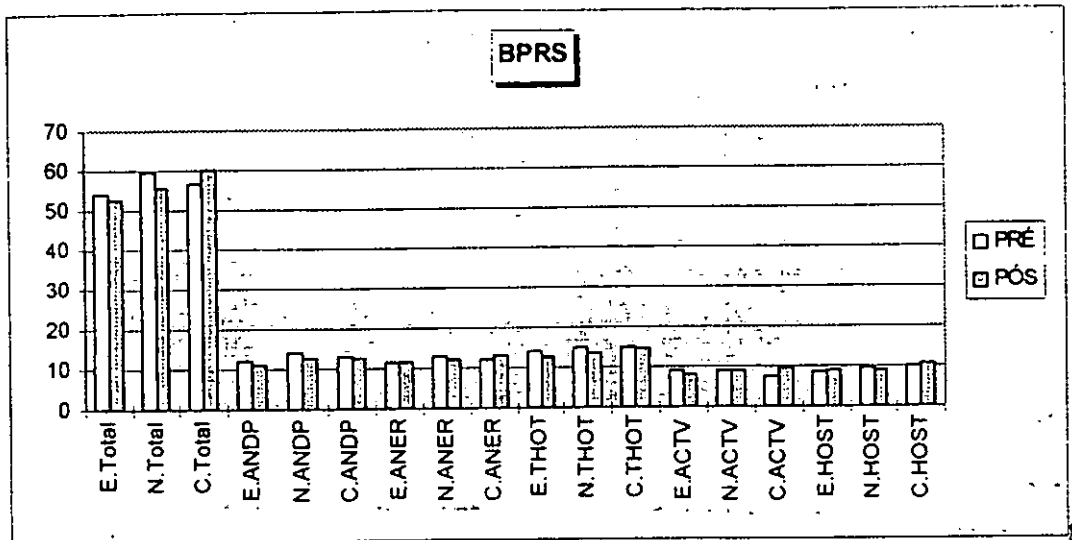
resultados da pré-avaliação. Porém, isto não significa, que futuramente se possa realizar uma análise mais rigorosa e exaustiva destes dados.

## 11.1. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA.

### 11.1.1. BPRS

Tab./Graf.: 3

	valores médios		d.p		Wilcoxon		T. Sinais
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	z.	p.	p.
E. Total	54,1	52,3	18,0	28,3	-	n.s.	n.s.
N. Total	59,4	55,6	18,0	22,8	-	n.s.	n.s.
C. Total	56,4	60,1	15,3	22,3	-	n.s.	n.s.
E.ANDP	12,0	11,1	5,1	6,6	-	n.s.	n.s.
N.ANDP	14,1	12,3	3,4	5,4	-	n.s.	n.s.
C.ANDP	12,8	12,6	4,5	4,2	-	n.s.	n.s.
E.ANER	11,7	11,7	4,5	5,7	-	n.s.	n.s.
N.ANER	13,0	12,1	6,1	5,0	-	n.s.	n.s.
C.ANER	12,2	13,1	3,7	4,8	-	n.s.	n.s.
E.THOT	13,8	12,7	6,1	6,9	-	n.s.	n.s.
N.THOT	15,0	13,6	5,5	5,3	-	n.s.	n.s.
C.THOT	14,8	14,4	5,6	6,3	-	n.s.	n.s.
E.ACTV	8,8	8,0	3,7	6,1	-	n.s.	n.s.
N.ACTV	8,9	8,8	3,4	4,1	-	n.s.	n.s.
C.ACTV	7,5	9,5	3,1	4,4	1,9	< 0,05	< 0,029
E.HOST	8,5	9,1	3,9	4,7	-	n.s.	n.s.
N.HOST	9,7	8,9	4,5	4,4	-	n.s.	< 0,006
C.HOST	10,1	10,4	4,4	5,8	-	n.s.	n.s.



### Análise dos resultados:

Os resultados globais, revelam que não existem diferenças entre a pré- e pós-avaliação nos três grupos, em relação aos valores totais.

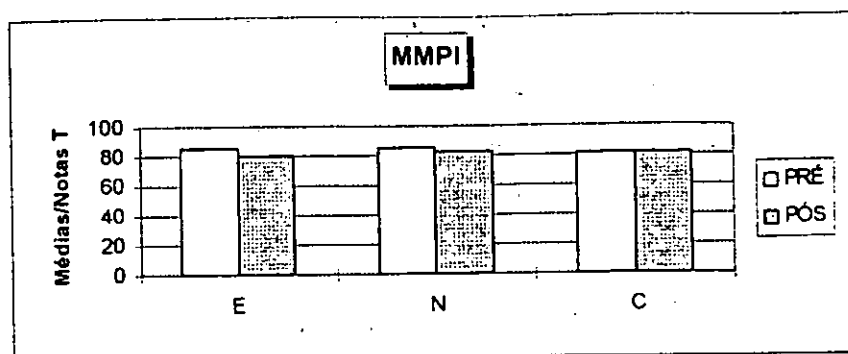
No que diz respeito às subescalas, podemos afirmar, que existe um aumento significativo na pós-avaliação ( $p. < 0.05$ ) no grupo controlo da escala ACTV: "activação", ou seja um aumento da tensão, maneirismo e excitação.

Também se verifica uma ligeira diminuição ( $p. < 0.006$ ) da hostilidade (escala "HOST") na pós-avaliação do grupo N (não estruturado).

### 11.1.2. MMPI (SC)

Tab./Graf.: 4

	val. Médios/ notas T		d.p.		Wilcoxon	T. Sinais
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	p.	p.
E	84,8	79,7	14,3	17,0	n.s.	n..s.
N	85,4	82,8	12,1	15,3	n.s.	< 0,035
C	81,7	81,8	15,2	21,7	n.s.	n.s.



### *Análise dos resultados:*

Em relação ao teste Wilcoxon, não se verificaram quaisquer diferenças nos três grupos entre a pré- e pós-avaliação. Apenas, em relação ao Teste de Sinais, existe uma diminuição significativa ( $p < 0.035$ ) no grupo não estruturado (N) na pós-avaliação

### 11.1.3. Registos da medicação

Graf.: 5

Grupos	Diferença Pré-/ Pós-			T. Sinais
	+	-	=	
E	4	2	9	n.s.
N	4	4	8	n.s.
C	4	5	7	n.s.

### *Análise dos resultados:*

Não se verificaram quaisquer diferenças nos três grupos entre a pré- e pós-avaliação.

### 11.1.4. Análise global da sintomatologia psicopatológica

Não se verificou nenhuma melhoria significativa da sintomatologia, do grupo estruturado. No grupo não estruturado, verificou-se apenas, com base no Teste de Sinais, uma melhoria do MMPI (SC) na pós-avaliação e uma melhoria da sub-escala "HOST" = hostilidade do BPRS, sendo no entanto os valores totais dessa escala não significativos. Desta forma não se pode confirmar inteiramente a hipótese d)

diminuição da sintomatologia em ambos os grupos experimentais na pós-avaliação. Podemos apenas dizer, que os resultados tendem para uma diminuição da sintomatologia, no grupo não estruturado.

## 11.2. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS REPRESENTAÇÕES OU SIGNIFICAÇÕES SUBJECTIVAS SOBRE A DOENÇA.

Como já foi referido, no início deste capítulo, ir-se-ão tomar em conta sobretudo, os dados totais da pré-avaliação. Queremos chamar outra vez a atenção, de que não se trata aqui, de dados objectivos, mas apenas crenças ou opiniões subjectivas, dos doentes.

Legendas para as tabelas:

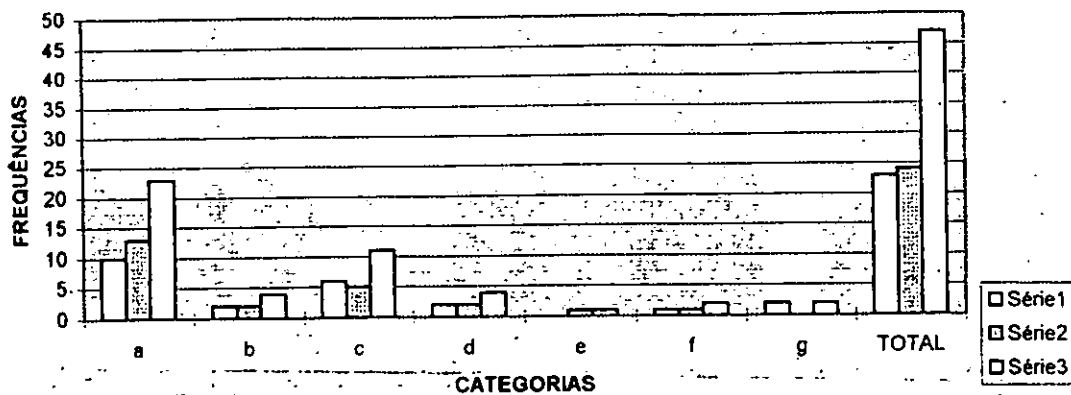
- C: grupo de controlo
- N: grupo não estruturado
- E: grupo estruturado
- H: homens
- M: mulheres
- T: totais

### 11.2.1. Identidade da doença.

Tab./Graf.: 6

1.0. Atribuição causal do internamento	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Doença psiq./Nervos/esquizo./Delirio	6	9	8	10	13	23	8	6	4	9	9	18
b. Problemas Sócio-emocionais	2	0	2	2	2	4	2	1	2	2	3	5
c. Decisão de outros: família, etc.	5	2	4	6	5	11	3	3	6	8	4	12
d. Doença (geral, aspectos físicos)	1	3	0	2	2	4	1	3	3	2	5	7
e. Não sabe	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
f. dificuldades comportamentais	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	4
g. Droga / Alcool	1	1	0	2	0	2	1	2	2	5	0	5
TOTAL	16	16	15	23	24	47	17	18	18	28	25	53

### ATRIBUIÇÃO CAUSAL DO INTERNAMENTO



*Análise dos dados mais significativos:*

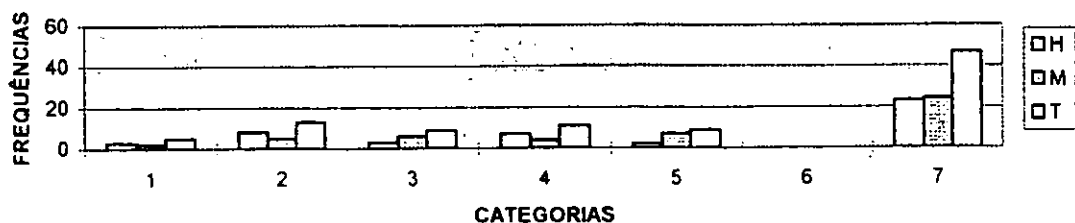
Praticamente 50% dos doentes, (23 em 47 dos dados totais) pensam que estão internados por causa de uma doença psíquica. Um número considerável, pensa que está internado por decisão de outros.

Tab./Graf.: 7

#### 1.1. Consciência da doença

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Esquizofrenia/ psicose	2	3	0	3	2	5	1	5	1	4	3	7
b. Não está doente	4	4	5	8	5	13	4	6	7	9	8	17
c. Nervos	3	1	5	3	6	9	1	1	3	3	2	5
d. Algo mental	5	4	2	7	4	11	4	2	3	5	4	9
e. Doença não definida	2	4	3	2	7	9	5	2	1	1	7	8
f. Alcool	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>

### CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

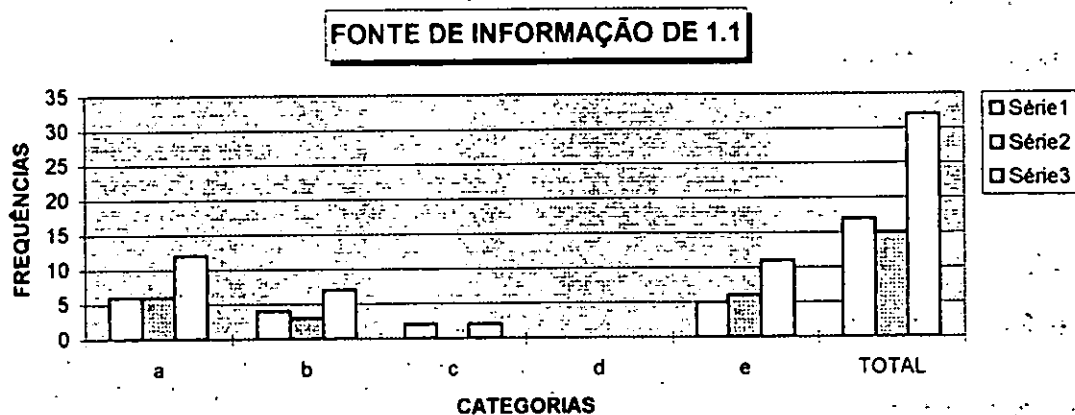


*Análise dos dados mais significativos:*

Em relação aos dados totais da pré-avaliação, 13 em 47 não se consideram agora doentes, 20 referem, que têm algo mental ou dos nervos, e apenas 5 assumem que sofrem de uma esquizofrenia ou psicose

**Tab./Graf.: 8**

1.2. Fonte de informação de 1.1.	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Técnicos de saúde (méd., enf., psic.)	5	5	2	6	6	12	4	6	5	10	5	15
b. Nenhuma fontes	11	5	6	10	12	22	7	5	10	12	10	22
c. Familiares	0	0	2	2	0	2	1	0	0	0	1	1
d. Outros	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2
e. Não classificável	0	6	5	5	6	11	3	4	0	0	7	7
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



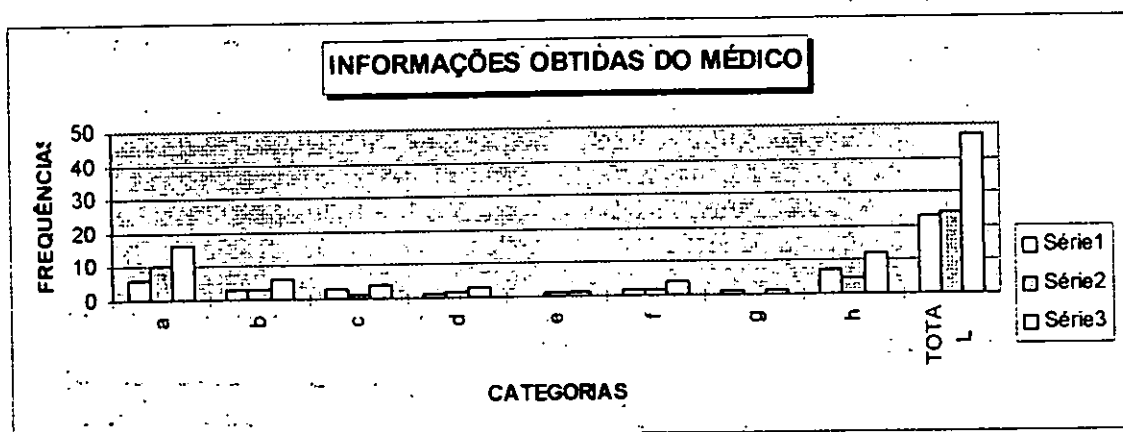
*Análise dos dados mais significativos:*

A maioria não possui nenhuma fonte (22); 12 referem os técnicos, como fonte de informação e apenas 2, os seus familiares.

Tab./Graf.: 9

1.3 Informações obtidas do médico

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Nenhuma	4	4	8	6	10	16	11	6	9	9	17	26
b. Esquizofrenia / Psicose	2	3	1	3	3	6	0	5	1	5	1	6
c. Doença incurável / grave	0	2	2	3	1	4	1	2	1	3	1	4
d. Necessidade de internamento	2	1	0	1	2	3	0	3	1	1	3	4
e. Cura está próxima	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1
f. Nervos / Neurose	2	0	2	2	2	4	2	0	3	4	1	5
g. Não tem nada	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1
h. Não classificável	5	5	2	7	5	12	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



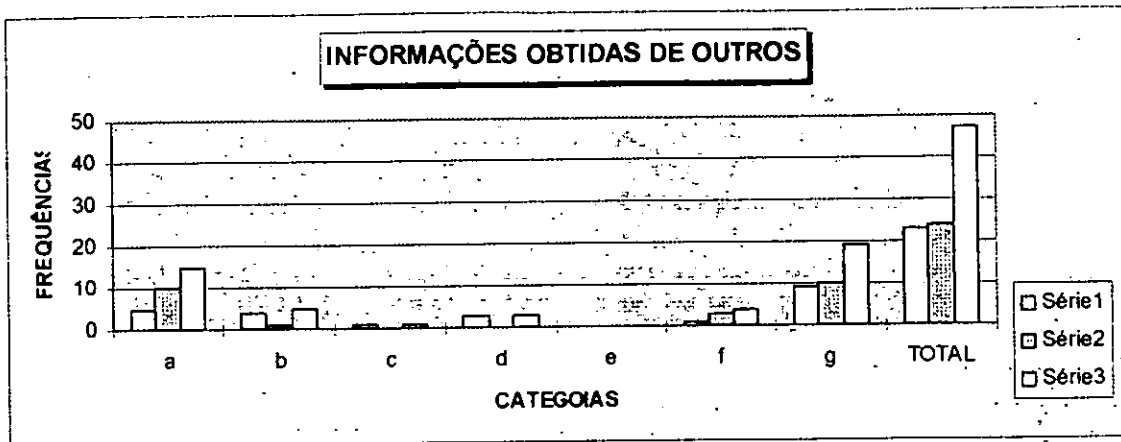
*Análise dos dados mais significativos:*

16 em 47 referem que não obtiveram nenhuma informação por parte do médico. Apenas 6 disseram que sofriam de uma esquizofrenia.

Tab./Graf.: 10

1.4. Informações obtidas de outros

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Nenhuma	6	6	3	5	10	15	12	10	9	21	10	31
b. Não tem nada	3	0	2	4	1	5	2	3	1	2	4	6
c. Esquizofrenia / Psicose	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1
d. Doente / Maluca	1	1	1	3	0	3	2	0	2	0	4	4
e. Preciso de internamento	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	5	5
f. Vai-se curar	0	2	2	1	3	4	0	0	0	0	0	0
g. Não classificável	6	6	7	9	10	19	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



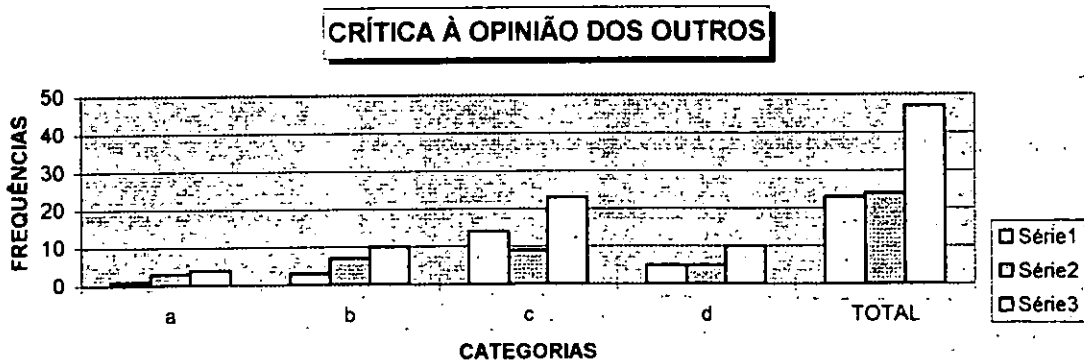
*Análise dos dados mais significativos:*

A grande maioria não obteve informações por parte de outros. 5 em 47 afirmaram que não têm nada e apenas um revelou ao doente, que este sofria de uma esquizofrenia.

Tab./Graf.: 11

**1.5., Crítica a opinião dos outros**

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Acordo	1	2	1	1	3	4	4	3	3	6	4	10
b. Desacordo	6	2	2	3	7	10	5	1	2	2	6	8
c. Sem crítica / Indiferença	8	5	10	14	9	23	5	10	8	15	8	23
d. Não classificável	1	7	2	5	5	10	2	2	2	0	6	6
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



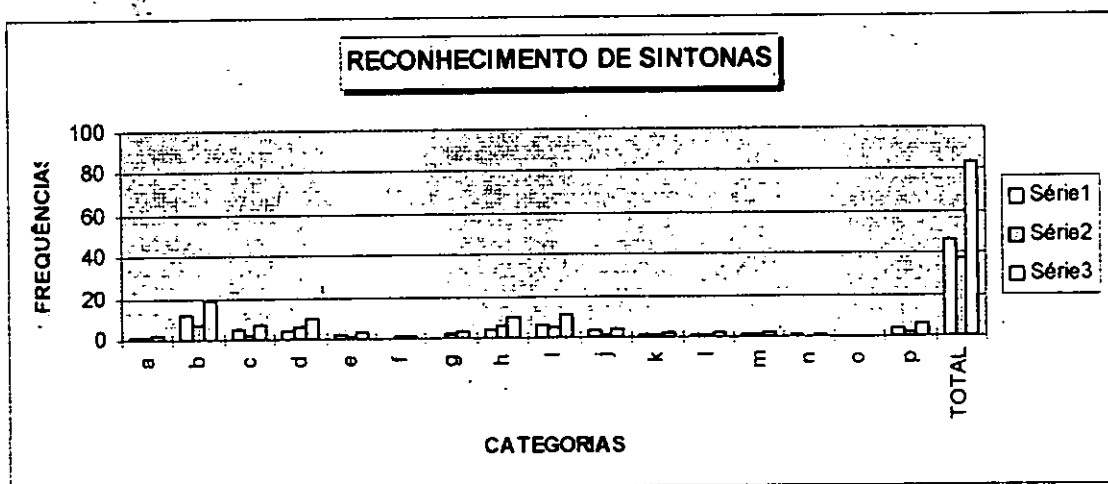
*Análise dos dados mais significativos:*

A maioria (23) mostra uma indiferença em relação às opiniões dos outros, e 10 discordam. É de referir que os acordos aumentam de 4 para 10, na pós-avaliação.

**Tab./Graf.: 12**

**1.6. Reconhecimento de sintomas**

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Dificuldade em dormir	1	1	0	1	1	2	2	2	1	1	4	5
b. Alucinações auditivas	4	9	6	12	7	19	3	1	1	3	2	5
c. Alucinações visuais	2	5	0	5	2	7	0	2	0	2	0	2
d. Perturb. Pensam./ I. Persecutórias	4	2	4	4	6	10	2	1	0	3	0	3
e. Depressão	1	0	2	2	1	3	1	0	1	1	1	2
f. Sono	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2
g. Não tem	1	1	1		2	3	2	3	3	2	6	8
h. Dores ( cabeça,...)	3	2	5	4	6	10	2	3	4	4	5	9
i. Ansiedade / Angústia / Agitação	3	4	4	6	5	11	5	2	5	8	4	12
j. Cansaço / Perda de força	3	0	1	3	1	4	4	3	0	3	4	7
k. Falta memória / Concentração	0	0	2	1	1	2	1	1	0	1	1	2
l. Dif. Relacionais / Comportamentais	0	2	0	1	1	2	0	1	3	4	0	4
m. Tremores	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0	1	1
n. Outros não especificados	1	0	0	1	0	1	0	3	2	2	3	5
o. Falta de ar	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	3
p. Sintomas físicos	3	2	1	4	2	6	1	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>46</b>	<b>37</b>	<b>83</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>71</b>

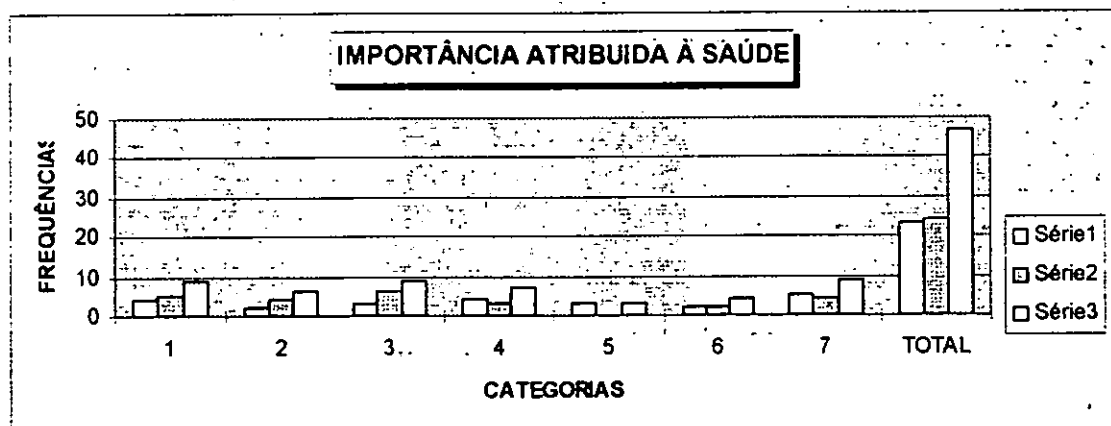


*Análise dos dados mais significativos:*

19 em 47 referem alucinações auditivas e 7 alucinações visuais, que são menos referenciadas na pós-avaliação. 11 indicam ansiedade, angústia ou agitação, 10 perturbações do pensamento e igualmente 10 dores, sobretudo, dores de cabeça.

**Tab./Graf.: 13**

Preocupo-me	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
1. Muitíssimo	3	2	4	4	5	9	1	2	6	4	5	9
2. Muito	2	2	2	2	4	6	4	4	3	4	7	11
3. Bastante	3	3	3	3	6	9	4	5	2	4	7	11
4. Moderadamente	3	3	1	4	3	7	2	4	2	5	3	8
5. Pouco	1	0	2	3	0	3	3	0	0	1	2	3
6. Quase nada	1	2	1	2	2	4	1	0	2	3	0	3
7. Nada	3	4	2	5	4	9	1	1	0	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



*Análise dos dados mais significativos:*

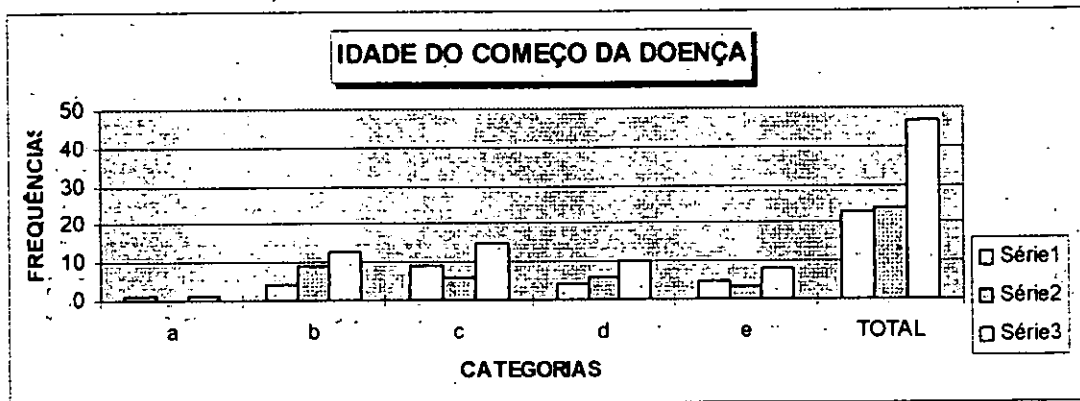
Existe uma distribuição mais ou menos igual, desde uma preocupação “muitíssima” até uma preocupação “nada” em relação à doença.

### 11.2.2. Causas e origem da doença

Tab./Graf.: 14

#### 2.1. Idade do início da doença

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Infância	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	2
b. Adolescência	3	8	2	4	9	13	6	10	2	9	9	18
c. Jovem adulto ( 20-25 anos )	7	2	6	9	6	15	3	0	3	0	6	6
d. Adulto	4	0	6	4	6	10	4	5	4	9	4	13
e. Não sabe / Não especificado	2	5	1	5	3	8	3	0	5	4	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



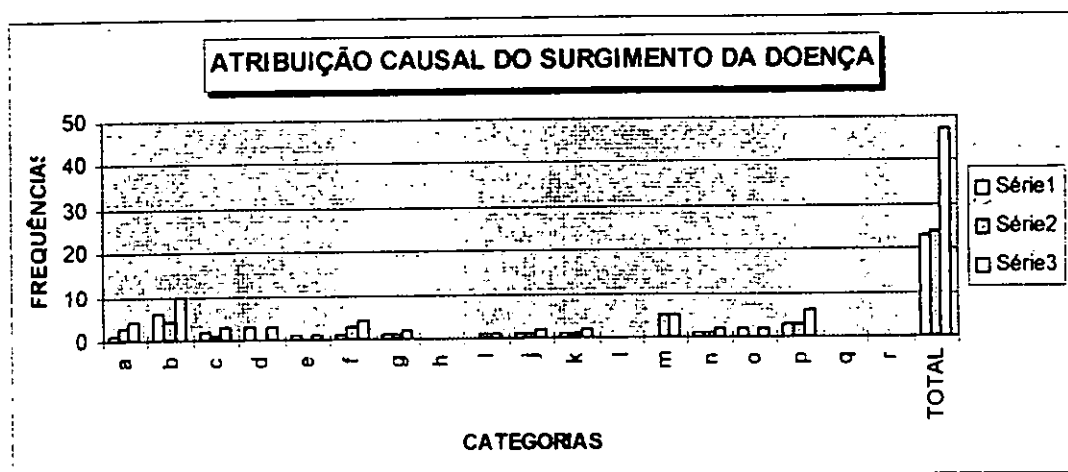
*Análise dos dados mais significativos:*

A maioria revela que a doença se iniciou na adolescência ou idade de jovem adulto, sendo nas mulheres um pouco mais precoce, do que nos homens.

Tab./Graf.: 15

2.2. Atribuição causal do surgimento da doença

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Problemas familiares	2	0	2	1	3	4	2	2	2	1	5	6
b. Problemas com outras pessoas	5	3	2	6	4	10	2	1	3	4	2	6
c. Não sabe / Acaso	0	2	1	2	1	3	0	4	4	6	2	8
d. Droga /intoxicação	0	1	2	3	0	3	1	2	2	3	2	5
e. Solidão	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
f. Estudos / leitura / TV	3	1	0	1	3	4	4	3	1	2	6	8
g. Prisão	0	2	0	1	1	2	1	1	0	2	0	2
h. Masturbação	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
i. Problemas profissionais / trabalho	0	0	1	0	1	1	0	1	2	1	2	3
j. Namoro	1	1	0	1	1	2	3	2	1	2	4	6
k. Tratamento	1	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0	1
l. Acidente	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
m. Falecimento de familiares	1	2	2	0	5	5	1	2	1	0	4	4
n. Do próprio organismo	1	0	1	1	1	2	0	0	1	0	1	1
o. Problemas sociais	0	2	0	2	0	2	0	0	1	0	1	1
p. Alucinações	2	1	3	3	3	6	1	0	0	0	1	1
q. Interesse pela magia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
r. Vontade de Deus	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>57</b>



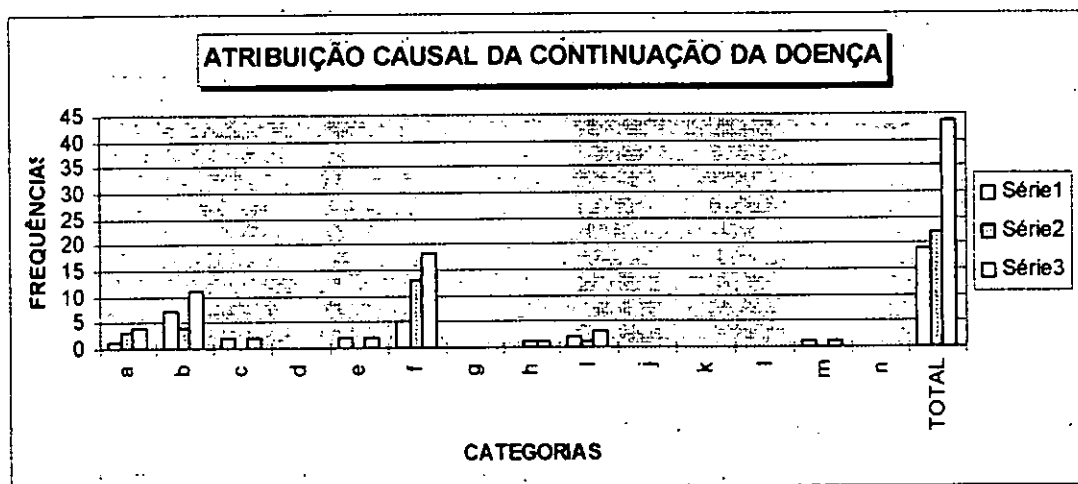
Análise dos dados mais significativos:

Existem as mais diversas atribuições em relação da causa da doença. As mais frequentes causas mencionadas, são: problemas com outras pessoas, problemas familiares, falecimento de familiares e também devido ao estudo. São todos factores de stress.

Tab./Graf.: 16

2.3. Atribuição causal da continuação da doença

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Não sabe	1	1	2	1	3	4	4	3	3	4	6	10
b. Não se sente doente	4	2	5	7	4	11	3	4	2	7	2	9
c. Isolamento ( falta de contactos )	0	2	0	2	0	2	2	2	3	5	2	7
d. Falta de trabalho	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
e. Ainda não há cura	0	0	2	2	0	2	1	2	2	1	4	5
f. Não classificável	5	9	4	5	13	18	1	1	1	1	2	3
g. Internamento	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
h. Falta de autonomia	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	2	2
i. Medicamentos	2	1	0	2	1	3	1	0	0	0	1	1
j. Decisão do tribunal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
k. Instabilidade / Dormir	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	3
l. Vontade de Deus	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
m. Clima diferente	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1
n. Interessé pela magia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



Análise dos dados mais significativos:

A grande maioria não indica as causas de continuação da doença, ou não se consideram doentes. Sobretudo na pós-avaliação, apontam alguns, o isolamento como causa da continuação da doença.

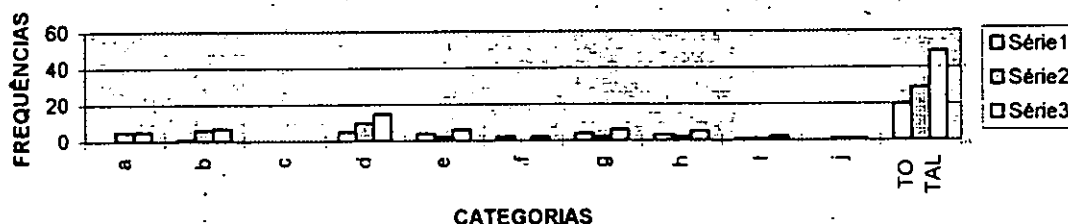
### 11.2.3. Consequências e efeitos da doença

Tab./Graf.: 17

#### 3.1. Mudanças desde o surgimento da doença

	PRÉ.						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Maior isolamento	1	2	2	0	5	5	5	4	0	4	5	9
b. Perda de trabalho e estudos	4	1	2	1	6	7	1	2	2	3	2	5
c. Não sabe	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
d. Não classificável	5	5	5	5	10	15	3	3	4	6	4	10
e. O estado de saúde piorou	2	3	1	4	2	6	0	2	0	0	2	2
f. O estado de saúde melhorou	2	0	0	2	0	2	1	1	2	3	1	4
g. Nada	0	3	3	4	2	6	3	1	1	4	1	5
h. Modificações gerais no estilo de vida	1	3	1	3	2	5	4	2	5	3	8	11
i. Tristeza	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0	1	1
j. Maior incerteza	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>49</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>50</b>

#### O QUE MUDOU DESDE O SURGIMENTO DA DOENÇA



#### Análise dos dados mais significativos:

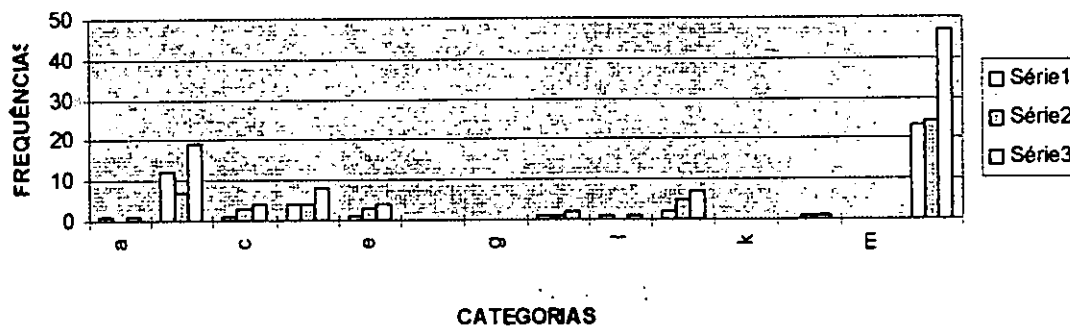
A maior parte não indica o que mudou desde o surgimento da doença, mas alguns apontam o isolamento, perda de trabalho ou estudos, o estado de saúde e mudanças no estilo de vida.

Tab./Graf.: 18

3.2. Mudança desde o internamento

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Menos dinheiro	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2
b. Não classificável	4	9	6	12	7	19	1	2	0	1	2	3
c. Nada	1	1	2	1	3	4	1	4	3	5	3	8
d. Melhorou	2	2	4	4	4	8	5	5	3	6	7	13
e. Piorou	2	0	2	1	3	4	1	0	1	2	0	2
f. Mais contactos sociais	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2
g. Mais apoio / protecção	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	5	5
h. Maior ocupação	1	1	0	1	1	2	2	0	1	3	0	3
i. Perda de trabalho	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	2	3
j. Maior solidão / tristeza	5	1	1	2	5	7	3	0	2	2	3	5
k. Perda de vícios	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
l. Piorou relacionamento	0	1	0	0	1	1	2	1	1	0	4	4
m. Medo de sair da instituição	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
TOTAL	16	16	15	23	24	47	17	17	18	23	29	52

O QUE MUDOU DESDE O INTERNAMENTO



Análise dos dados mais significativos:

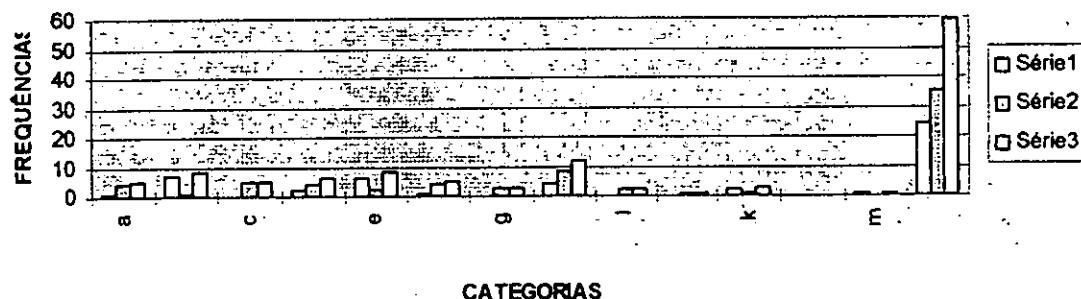
A maior parte não consegue indicar o que mudou desde o internamento, 8 acham que melhoraram a sua vida e 7 apontam uma maior solidão.

Tab./Graf.: 19

3.3. Incapacidades / Dificuldades de desempenho

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Actividades de vida diária	0	2	3	1	4	5	2	1	0	0	3	3
b. Não classificável	3	3	2	7	1	8	1	2	1	2	2	4
c. Dificuldades relacionais	1	3	1	0	5	5	2	2	1	1	4	5
d. Dificuldades lúdicas e de ocupação	3	1	2	2	4	6	2	0	3	1	4	5
e. Pode fazer tudo	3	3	2	6	2	8	2	5	4	7	4	11
f. Dificuldade na actividade mental / memória	1	3	1	1	4	5	3	2	2	3	4	7
g. Aspectos físicos	0	3	0	0	3	3	1	2	2	3	2	5
h. Trabalhar	6	3	3	4	8	12	4	2	3	3	6	9
i. Cansaço	0	1	1	0	2	2	2	0	1	1	2	3
j. Estar fora da instituição	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	3
k. Não pode fazer nada	0	2	1	2	1	3	0	1	0	0	1	1
l. Ausência de vida sexual	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
m. Instabilidade	0	1	0	1	0	1	3	0	0	2	1	3
TOTAL	18	25	16	24	35	59	24	18	18	24	36	60

INCAPACIDADES/DIFICULDADES DE DESEMPENHO



Análise dos dados mais significativos:

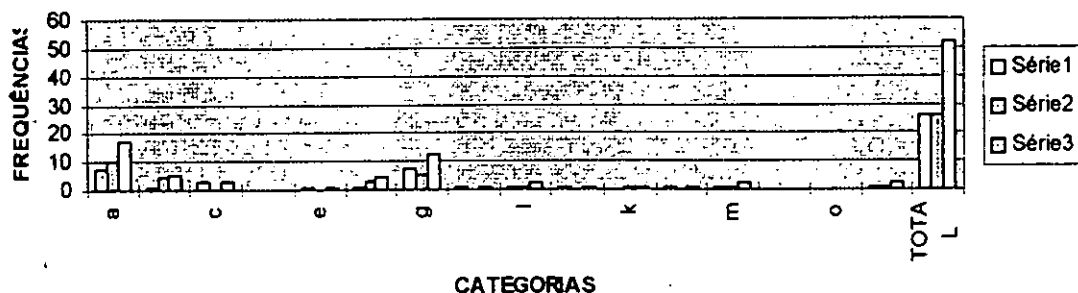
Existe uma variedade de incapacidades e dificuldades de desempenho; 12 (na pós-avaliação 9), revelam dificuldade em trabalhar; 8 (na pós-avaliação 11), acham que sabem fazer tudo.

Tab./Graf.: 20

3.4. Apoio necessário

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Relações sócio-afectivas	3	9	5	7	10	17	5	4	7	9	7	6
b. Sair da instituição	1	2	2	1	4	5	3	0	3	2	4	6
c. Profissionalização	0	3	0	3	0	3	2	1	2	4	1	5
d. Actividades lúdicas / ocupação	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3	2	5
e. Habitação	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
f. Apoio e informação dos técnicos	2	2	0	1	3	4	2	5	2	2	7	9
g. Não precisa	4	4	4	7	5	12	0	2	3	2	3	5
h. Melhores hábitos (deixar de fumar)	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1
i. Mais dinheiro	1	0	1	1	1	2	0	1	0	0	1	1
j. Medicamentos / Tratamentos	0	0	1	1	0	1	1	1	2	0	4	4
k. AVD	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	2	2
l. Melhorar a saúde física e psíquica	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
m. Apoio moral e religiosa	1	0	1	1	1	2	2	0	0	0	2	2
n. Ninguém pode ajudar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
o. Protecção	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
p. Não responde	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
TOTAL	15	21	16	26	26	52	18	21	21	25	35	60

APOIO NECESSITADO



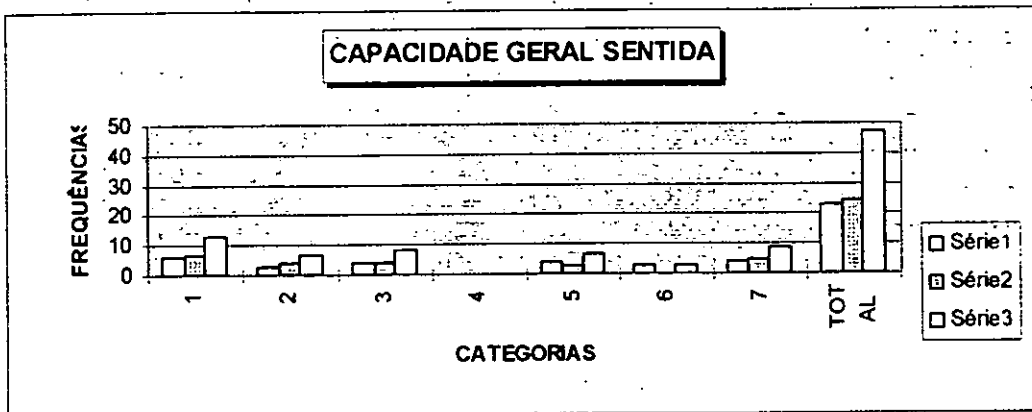
Análise dos dados mais significativos:

12 ( na pós-avaliação 5), acham que não necessitam de qualquer apoio; 17 (na pós-avaliação 6), necessitam de um apoio sócio-afectivo e 4 (na pós-avaliação 9) mais apoio e informação dos técnicos.

Tab./Graf.: 21

3.5. Capacidade geral sentida

Posso fazer:	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
1. uma vida normal	6	4	3	6	7	13	6	7	4	9	8	17
2. uma vida quase normal	2	4	1	3	4	7	4	1	2	4	3	7
3. muitas coisas	1	5	2	4	4	8	0	2	2	3	1	4
4. bastantes coisas	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	3
5. algumas coisas	1	1	5	4	3	7	0	3	4	4	3	7
6. poucas coisas	1	1	1	3	0	3	2	1	1	0	4	4
7. quase nada	5	1	3	4	5	9	3	1	1	1	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



Análise dos dados mais significativos:

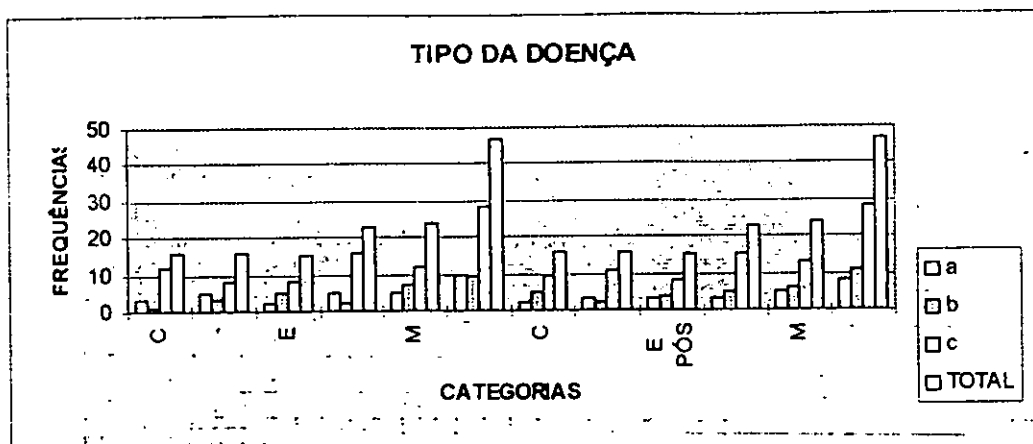
A maior parte (13 na pré- e 17 na pós-avaliação), acha que pode fazer uma vida normal e 9 na pré- (5 na pós-avaliação), entendem que não podem fazer quase nada.

11.2.4. Evolução da doença

Tab./Graf.: 22

4.1. Tipo de doença

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Crónica	3	5	2	5	5	10	2	3	3	3	5	8
b. Ciclica	1	3	5	2	7	9	5	2	4	5	6	11
c. Curável	12	8	8	16	12	28	9	11	8	15	13	28
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



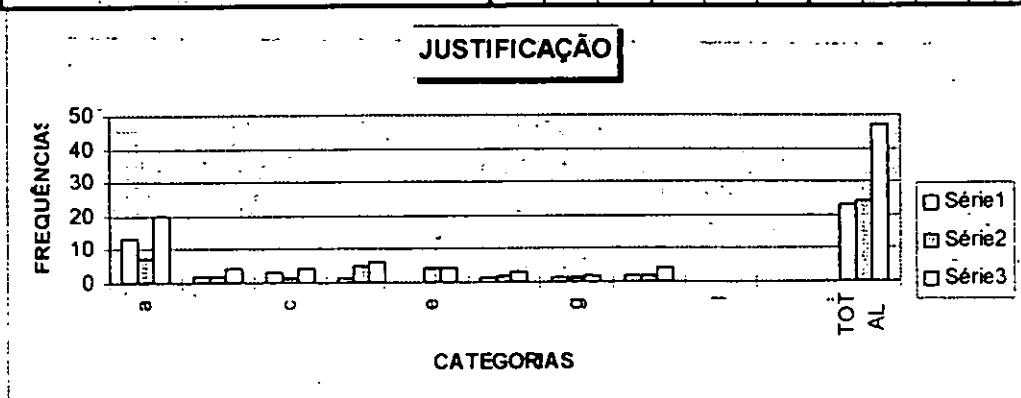
*Análise dos dados mais significativos:*

A maioria (28), acham que estão em presença de uma doença curável e apenas 9 (na pós-avaliação 11), pensam sofrer de uma doença cíclica.

Tab./Graf.: 23

4.2 Justificação de 4.1.

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Não Classificável	5	9	6	13	7	20	2	2	1	4	1	5
b. Dito por terceiros/livros	0	3	1	2	2	4	1	3	0	2	2	4
c. Não tem sintomas	1	0	3	3	1	4	2	4	2	6	2	8
d. Questão de fé	5	0	1	1	5	6	3	1	1	3	2	5
e. Tem crises	1	0	3	0	4	4	2	2	3	1	6	7
f. Tomar medicamentos/Sair da Instituição	1	1	1	1	2	3	3	2	3	3	5	8
g. Depende de mim	2	0	0	1	1	2	0	2	2	1	3	4
h. Não está melhor	1	2	1	2	2	4	2	0	1	1	2	3
i. Doença ligada problemas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2
j. Alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



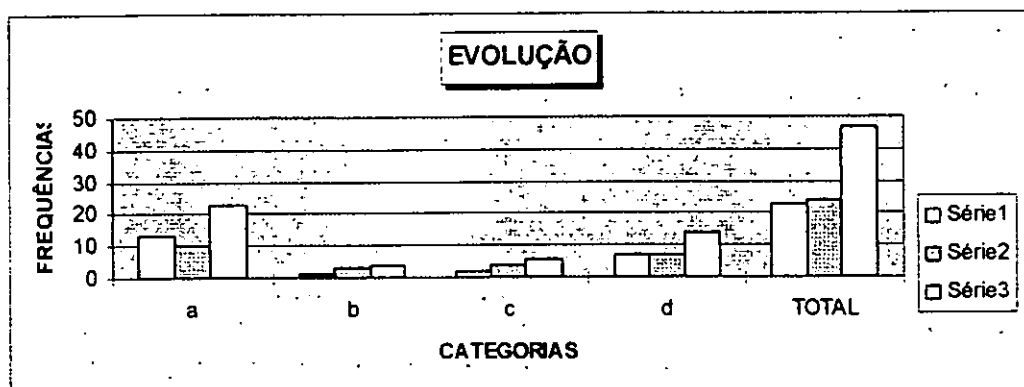
*Análise dos dados mais significativos:*

A maior parte das justificações, não são classificáveis. Das restantes, não se destaca nenhuma.

Tab./Graf.: 24

4.3. Evolução da doença

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Sente-se melhor	9	5	9	13	10	23	10	9	7	14	12	26
b. Não há evolução	2	1	1	1	3	4	3	1	4	3	5	8
c. Pior (perdeu a alegria) insegurança	3	2	1	2	4	6	2	2	2	3	3	6
d. Não classificável	2	8	4	7	7	14	1	4	2	3	4	7
TOTAL	16	16	15	23	24	47	16	16	15	23	24	47



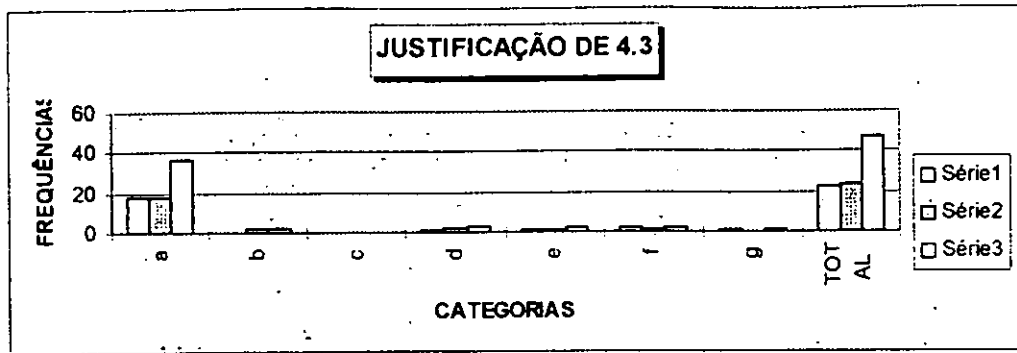
*Análise dos dados mais significativos:*

A maior parte (23 na pré- e 26 na pós-avaliação), acha que se sente melhor:

Tab./Graf.: 25

4.4. Justificação de 4.3.

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Sem justificação	13	10	13	18	18	36	14	13	12	21	18	39
b. Mais Autónomo	0	2	0	0	2	2	1	1	0	0	2	2
c. Reuniões psicopedagógicas	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	3
d. Antes mais autónomo	0	2	1	1	2	3	0	0	1	0	1	1
e. Quase curável	0	1	1	1	1	2	1	0	1	0	2	2
f. Mais à vontade/Iniciativa/ maduro	3	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0
g. Insegurança/Peso/Perda de alegria	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	16	16	15	23	24	47	16	16	15	23	24	47



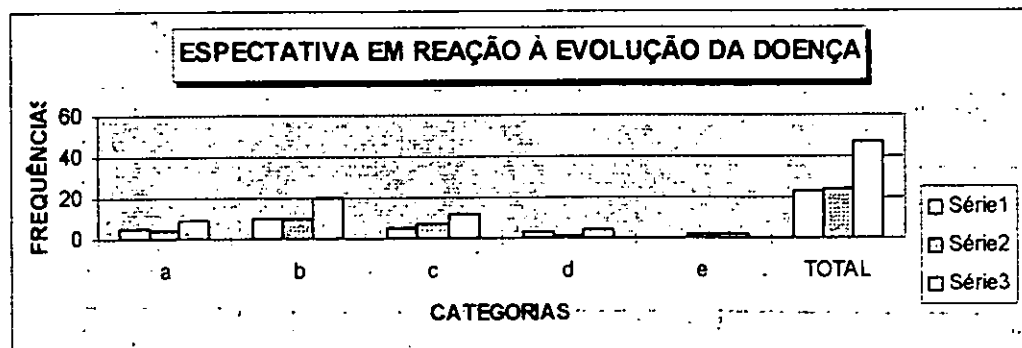
*Análise dos dados mais significativos:*

A maioria (36) não apresenta justificações.

**Tab./Graf.: 26**

**4.5. Expectativas em relação à doença**

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Melhorar muito	4	3	2	5	4	9	1	6	4	6	5	11
b. Melhorar	6	8	6	10	10	20	11	8	7	11	15	26
c. Ficar assim	6	2	4	5	7	12	4	2	3	5	4	9
d. Piorar	0	2	2	3	1	4	0	0	1	1	0	1
e. Piorar muito	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



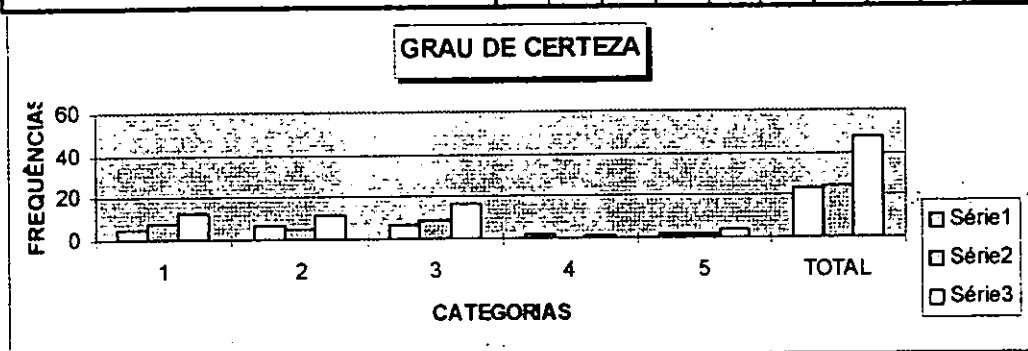
*Análise dos dados mais significativos:*

A grande maioria (29 na pré- e 37 na pós-avaliação), pensa que vai melhorar ou melhorar muito.

Tab./Graf.: 27

4.6. Grau de certeza de 4.5.:

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
1. Muita certeza	7	4	2	5	8	13	3	6	4	6	7	13
2. Certeza	3	4	5	7	5	12	2	4	2	3	5	8
3. Alguma certeza	3	6	7	7	9	16	6	5	9	9	11	20
4. Pouca certeza	0	1	1	2	0	1	2	1	0	2	1	3
5. Nenhuma certeza	3	1	0	2	2	4	3	0	0	3	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



Análise dos dados mais significativos:

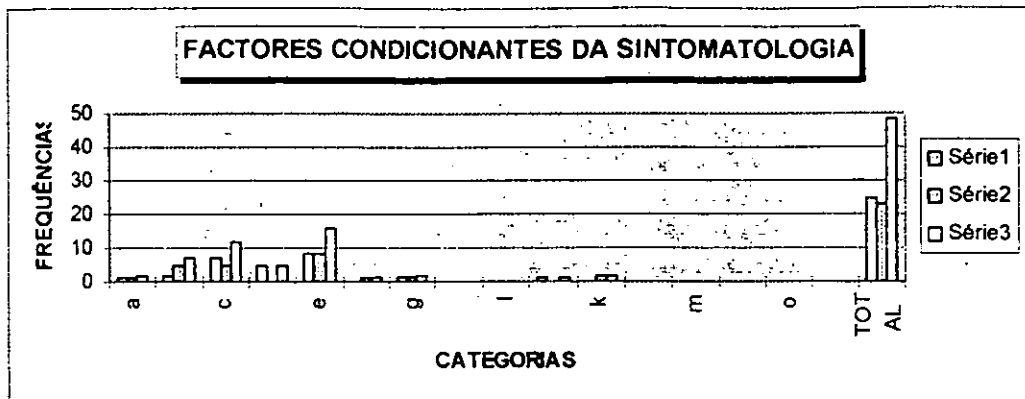
O grau de certeza varia bastante.

11.2.5. Confronto

Tab./Graf.: 28

5.1. Factores condicionantes da sintomatologia

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Médico	1	1	0	1	1	2	1	1	2	1	3	4
b. Relações favoráveis/Ambiente	4	1	2	2	5	7	5	2	1	4	4	8
c. Medicamentos	4	3	5	7	5	12	2	5	3	5	5	10
d. Saúde mental	3	1	1	5	0	5	1	2	0	3	0	3
e. Não sabe	3	9	4	8	8	16	1	2	3	2	4	6
f. Nada	0	0	1	0	1	1	1	0	2	2	1	3
g. Ética/Deus	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	2
h. Não classificável	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
i. Bom comportamento/ Esforço	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
j. Sair da Casa de Saúde/ Liberdade	0	1	0	1	0	1	1	1	0	2	0	2
k. Vida Saudável	0	1	1	0	2	2	2	1	0	1	2	3
l Não sair da Casa de Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
m. Apoio	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
n. Estabilidade	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
o. Dinheiro	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
p. Tempo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>49</b>



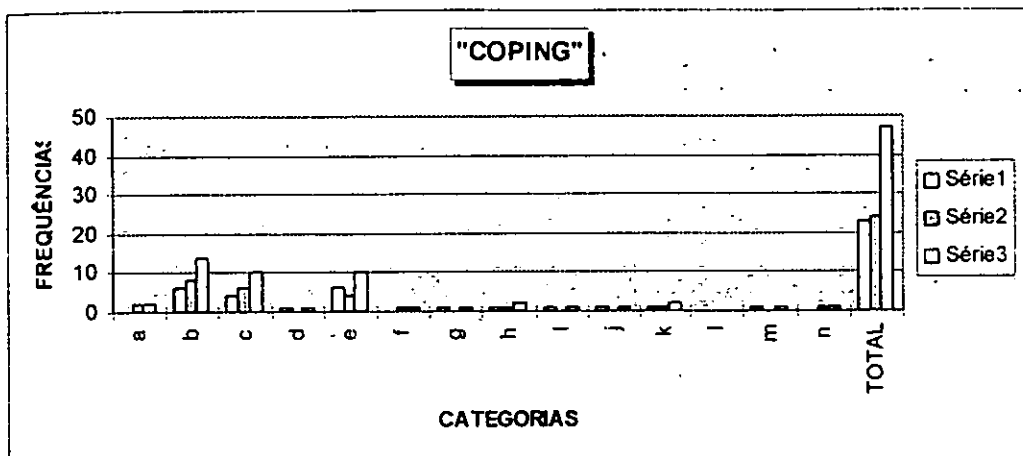
Análise dos dados mais significativos:

A maior parte responde “não sei” (16), 12 respondem à pergunta “de que depende o seu estado de saúde” com “dos medicamentos” e 7 de relações interpessoais favoráveis.

Tab./Graf.: 29

### 5.2 “Coping”

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Descanso/Dormir	0	0	2	0	2	2	3	4	5	3	9	12
b. Ir ao médico	6	4	4	6	8	14	2	3	4	4	5	9
c. Nada	3	5	2	4	6	10	6	4	2	10	2	12
d. fumar	0	0	1	1	0	1	2	2	0	2	2	4
e. Não classificável	4	3	3	6	4	10	0	2	2	1	3	4
f. Atividades lúdicas	0	1	0	0	1	1	1	3	1	0	5	5
g. Pensamento positivo	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1
h. Aceitação	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0	1	1
i. Trabalho	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
j. Tomar medicamentos	1	0	0	1	0	1	3	2	0	0	5	5
k. Deixar trabalho	1	1	0	1	1	2	0	1	0	1	0	1
l. Acalmar-se	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
m. Afastamento das pessoas	0	0	1	1	0	1	0	1	3	3	1	4
n. Falar com alguém	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>37</b>	<b>61</b>



*Análise dos dados mais significativos:*

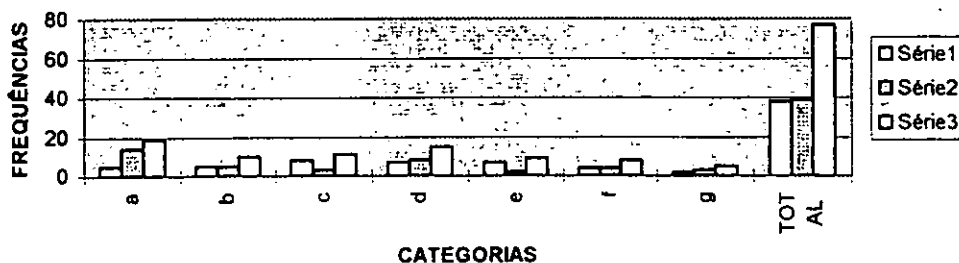
A maior parte, não indica estratégias de confronto ou diz que não faz nada (20), 14 dizem "ir ao médico", quando sentem os sintomas.

Tab./Graf.: 30

**5.3. Tipo de tratamentos referidos**

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Medicamentos	7	9	3	5	14	19	12	11	10	11	21	33
b. Reuniões psicopedagógicas	3	4	3	5	5	10	0	1	1	2	1	2
c. Trabalho / ergoterapia	4	4	3	8	3	11	1	2	2	5	0	5
d. Psicoterapia	4	0	5	1	8	9	0	1	2	1	2	3
e. Terapia ocupacional	3	3	3	7	2	9	0	3	0	3	0	3
f. Ludoterapia	5	1	2	4	4	8	1	1	2	4	0	4
g. Nada	0	2	3	2	3	5	2	1	0	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>71</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>53</b>

**TIPO DE TRATAMENTOS**



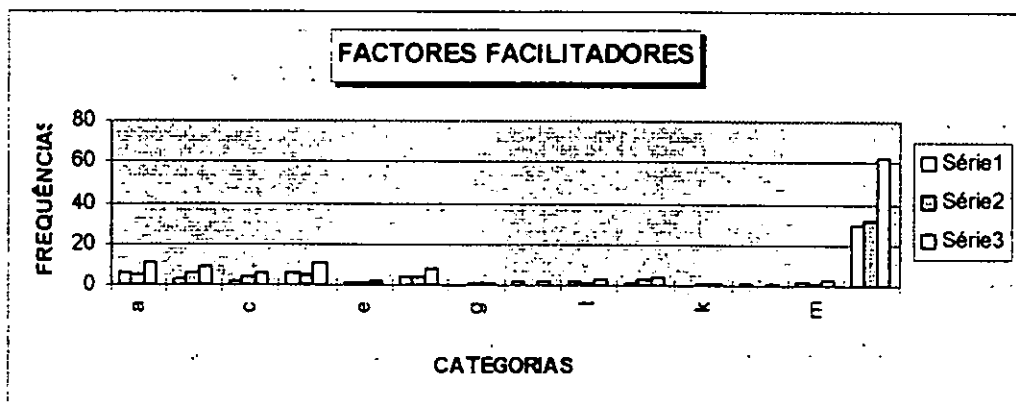
*Análise dos dados mais significativos:*

São mencionados os medicamentos (19), reuniões psicopedagógicas (10), trabalho (11), psicoterapia e T.O. (9) e aspectos ligados ao lazer (8).

Tab./Graf.: 31

5.4. Factores facilitadores

	PRÉ						POS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Trabalho	3	5	3	6	5	11	4	5	3	7	5	12
b. Relações favoráveis	3	2	4	3	6	9	4	4	0	4	4	8
c. Actividades lúdicas	3	2	1	2	4	6	0	2	3	2	3	5
d. Sair da Casa de Saúde	4	5	2	6	5	11	4	3	3	6	4	10
e. Ter dinheiro	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	2	3
f. Tomar medicamentos	1	4	3	4	4	8	2	2	3	2	5	7
g. Deixar medicamentos	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1
h. Fazer vida saudável	1	0	1	2	0	2	0	1	1	2	0	2
i. Apoio das pessoas	0	2	1	2	1	3	1	0	2	1	2	3
j. Iniciativa/ Acções	1	2	1	1	3	4	1	2	0	2	1	3
k. Melhor comportamento	1	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	2
l. Vida sexual	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
m. nenhuns	1	1	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>62</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>57</b>



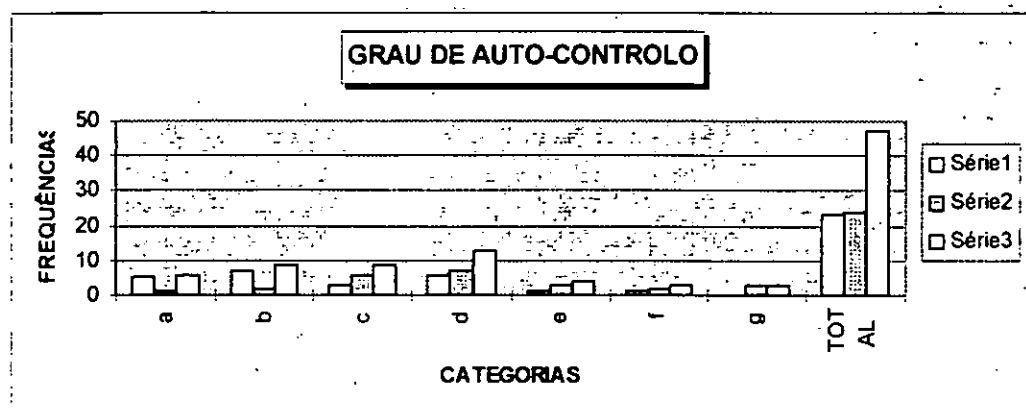
*Análise dos dados mais significativos:*

São mencionados vários factores facilitadores (resposta à pergunta: “o que seria necessário para se sentir melhor?”), que não variam muito entre a pré- e a pós-avaliação; nomeadamente: Trabalho (11), sair da instituição (11), relações interpessoais favoráveis (9), tomar medicamentos (8) e actividades lúdicas (6).

Tab./Graf.: 32

5.5. Grau de auto-controlo

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Total	1	1	4	5	1	6	1	0	1	2	0	2
b. Muito	5	3	1	7	2	9	4	2	1	4	3	7
c. Bastante	2	5	2	3	6	9	4	6	5	4	11	15
d. Algum	4	5	4	6	7	13	5	5	4	10	4	14
e. Pouco	1	1	2	1	3	4	1	1	2	2	2	4
f. Muito pouco	2	1	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0
g. Nenhum	1	0	2	0	3	3	1	2	2	1	4	5
TOTAL	16	16	15	23	24	47	16	16	15	23	24	47



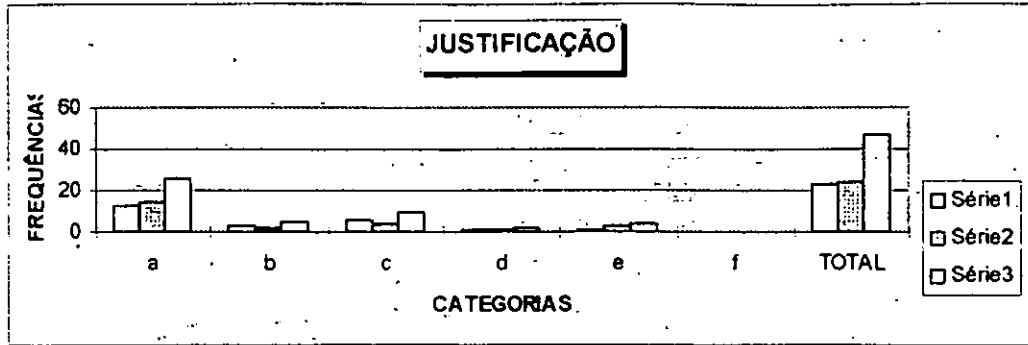
Análise dos dados mais significativos:

A maior parte acha que tem bastante ou algum controlo sobre a sua doença.

Tab./Graf.: 33

5.6. Justificação de 5.5.

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Não classificável	8	11	7	12	14	26	3	5	4	11	1	12
b. Tomar medicamentos	2	1	2	3	2	5	1	3	3	3	4	7
c. "depende de mim"	3	3	4	6	4	10	6	4	3	1	12	13
d. Depende de outros/ Deus/ Alucinações	1	0	1	1	1	2	2	1	1	2	2	4
e. Controlo	2	1	1	1	3	4	2	2	2	5	1	6
f. Não controlo	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	4	5
TOTAL	16	16	15	23	24	47	16	16	15	23	24	47



*Análise dos dados mais significativos:*

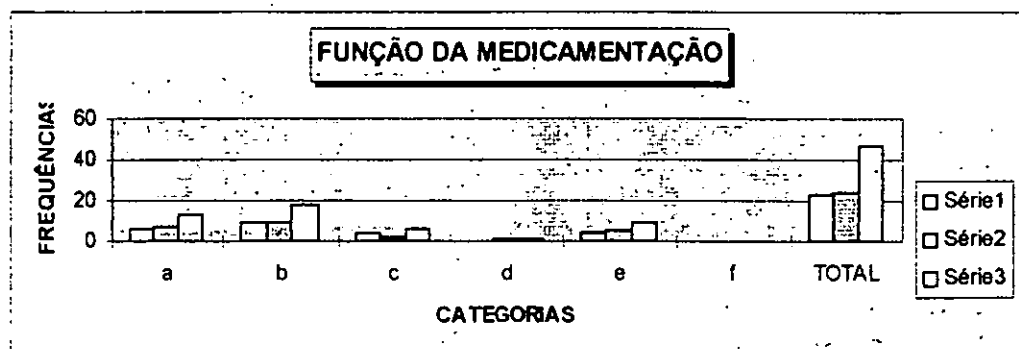
A maior parte não consegue justificar-se ou acha que o grau do auto-controlo depende deles próprios.

### 11.2.6. Atitudes perante a medicação.

Tab./Graf.: 34

#### 6.1. Função da medicação

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Ser obrigado/Receita	7	2	4	6	7	13	8	3	1	6	6	12
b. Melhoram algo específico(delírios, etc.)	5	5	8	9	9	18	4	7	6	14	3	17
c. Indispensáveis	1	3	2	4	2	6	2	4	6	1	11	12
d. Não sabe	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1
e. Curar	2	6	1	4	5	9	0	2	2	0	4	4
f. Foram bons, agora não.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



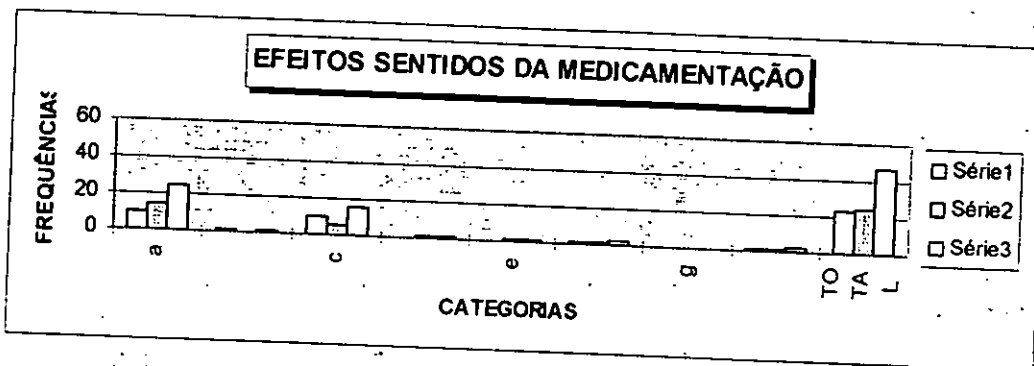
*Análise dos dados mais significativos:*

A maior parte, (18) considera que toma medicamentos porque melhoram algo específico (e.g. delírios) ou toma-os por ser obrigada (13). Na pós-avaliação, indicam 11 que os medicamentos são indispensáveis.

Tab./Graf.: 35

6.2. Efeitos da medicação

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Positivo (acalmam)	5	9	10	10	14	24	8	10	9	13	14	27
b. Não fazem nada	1	0	0	1	0	1	3	0	0	1	2	3
c. Negativos (sono, tonturas, tremores )	9	3	4	10	6	16	4	3	2	7	2	9
d. Não sabe	0	0	1	0	1	1	0	2	0	1	1	2
e. Fazem bem e mal	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1
f. Curam	1	1	0	1	1	2	0	0	2	0	2	2
g. Provocam habituação.	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
h. Não classificável	0	2	0	1	1	2	0	1	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



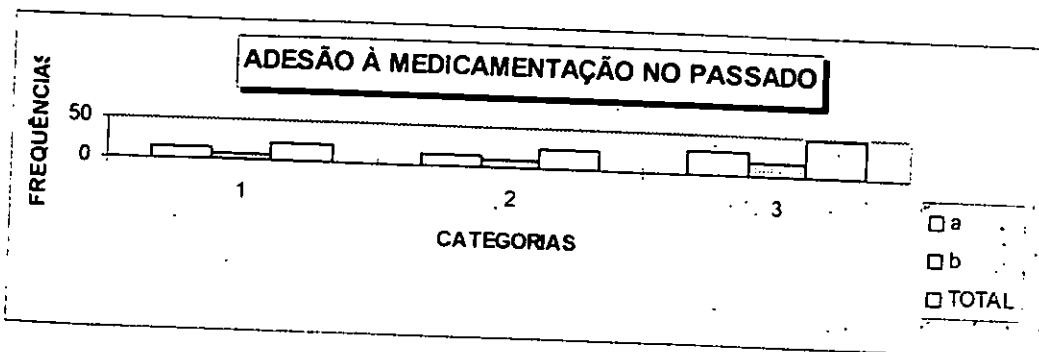
Análise dos dados mais significativos:

24 na pré- e 27 na pós-avaliação, indicam efeitos positivos dos medicamentos; e 16 na pré- e 9 na pós referem-se à aspectos negativos dos medicamentos.

Tab./Graf.: 36

6.3. Adesão à medicação no passado

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Sempre	14	10	6	15	15	30	10	6	11	12	15	27
b. Recusas	2	6	9	8	9	17	6	10	4	11	9	20
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



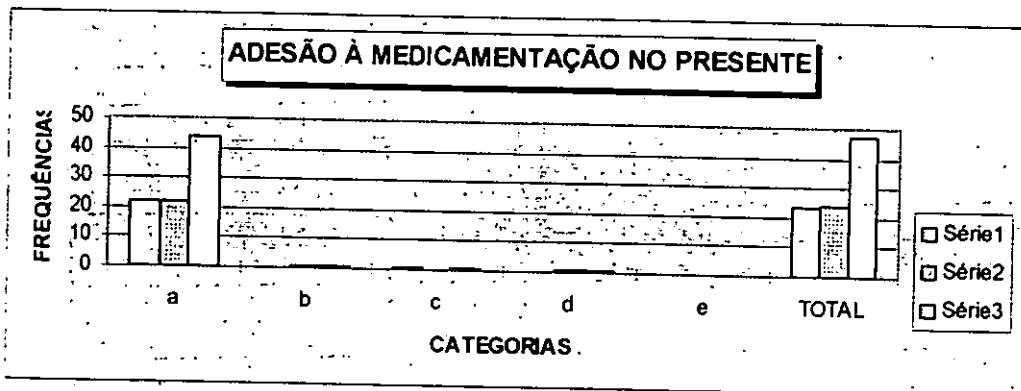
*Análise dos dados mais significativos:*

30, indicam que tomaram sempre os medicamentos e 17, referem recusas no passado.

**Tab./Graf.: 37**

6.4. Adesão à medicação no presente

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Sempre	14	16	14	22	22	44	14	15	15	23	21	44
b. Muitas vezes	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1
c. Regularmente	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
d. Esquece às vezes	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1
e. Esquece frequentemente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>



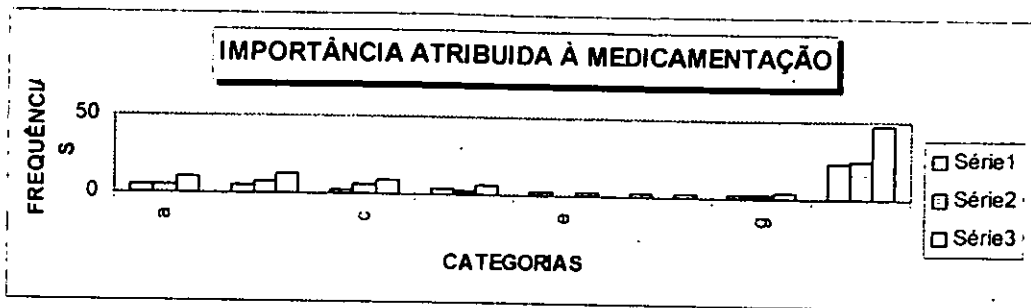
*Análise dos dados mais significativos:*

44 em 47 sujeitos referem, que no presente, tomam sempre os medicamentos (tanto na pré- como na pós-avaliação).

**Tab./Graf.: 38**

6.5. Importância atribuída à medicação

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Indispensáveis	3	2	5	5	5	10	4	3	7	8	6	14
b. Muito importantes	3	5	5	5	8	13	4	7	3	4	10	14
c. Bastante importantes	4	4	1	3	6	9	3	2	1	3	3	6
d. Não sei	3	2	2	4	3	7	3	1	1	2	3	5
e. Não muito importantes	0	2	0	2	0	2	1	0	1	2	0	2
f. Pouco importantes	1	0	1	2	0	2	0	1	1	2	0	2
g. Nada importantes	2	1	1	2	2	4	1	2	1	2	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>36</b>



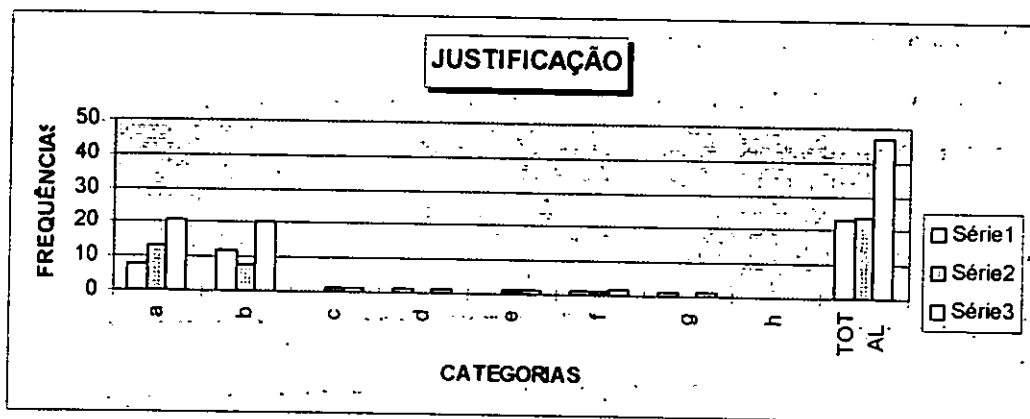
Análise dos dados mais significativos:

10 consideram os medicamentos indispensáveis, 13 muito importantes e 9 bastante importantes.

Tab./Graf.: 39

6.6. Justificação de 6.5.

	PRÉ						PÓS					
	C	N	E	H	M	T	C	N	E	H	M	T
a. Melhora o estado de saúde	8	9	4	8	13	21	9	10	9	16	12	28
b. Não sabe/ não classificável	3	6	11	12	8	20	0	0	1	0	1	1
c. Se não toma tem crises	1	0	0	0	1	1	3	4	1	1	7	8
d. Não fazem nada.	1	0	0	1	0	1	1	1	0	2	0	2
e. Já não são precisos	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2
f. Há coisas mais importantes	1	1	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1
g. Para ter alta	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1
h. Outros	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	3	4
TOTAL	16	16	15	23	24	47	16	16	15	23	24	47



Análise dos dados mais significativos:

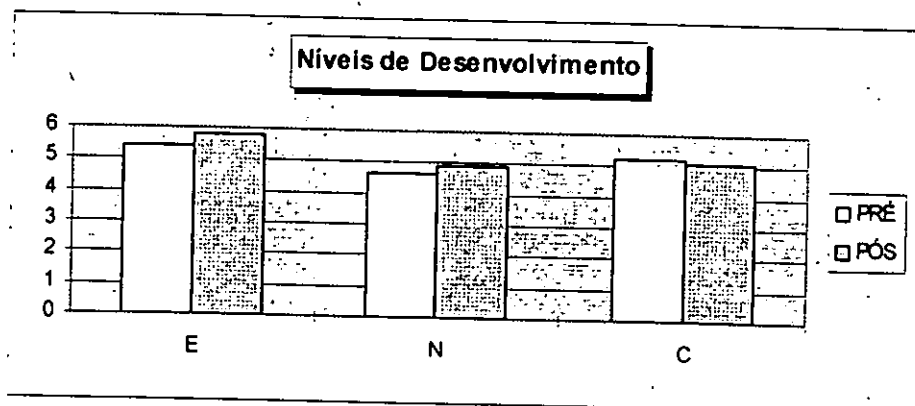
A maior parte, (21 na pré- e 28 na pós-avaliação) justifica a tomada dos medicamentos, dizendo que melhoram o estado de saúde.

# 11.3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA

## 1.3.1. Níveis do desenvolvimento sintomático

Tab./Graf.: 40

	valores médios		d.p.		Wilcoxon	T. Sinais
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	p.	p.
E	5,4	5,8	1,6	1,6	n.s.	< 0,06
N	4,6	4,9	0,6	1,1	n.s.	n.s.
C	5,2	5,1	2,1	2,1	n.s.	n.s.



Distribuição dos níveis:

Níveis	PRÉ				PÓS			
	E	N	C	T	E	N	C	T
N1	0	0	1	1	0	0	1	1
N1/2 N2	1	0	2	2	0	1	4	5
N2/3 N3	9	15	7	31	7	13	6	26
N3/4 N4	0	1	4	5	3	1	3	7
N4/5 N5	3	0	2	5	3	1	2	6
Variável	2	0	0	2	2	0	0	2

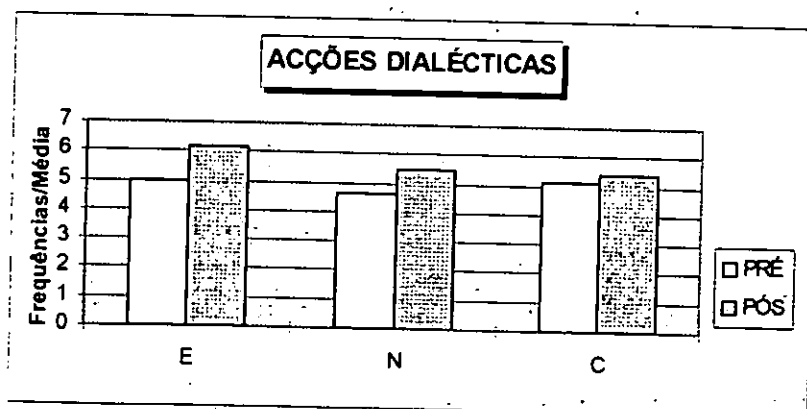
*Análise dos dados:*

Em relação ao teste Wilcoxon, não existem diferenças significativas, entre a pré- e pós-avaliação, nos três grupos. Apenas, no teste de sinais, há uma diferença no grupo estruturado (E) de  $p < 0.06$ , mas que não é muito significativa. Podemos dizer que a hipótese e) “salto qualitativo na pós-avaliação para níveis do desenvolvimento sintomático superiores em ambos, os grupos experimentais” não se verifica claramente. Também verificamos, que a maioria dos sujeitos se encontram no nível 3.

### 11.3.2. Acções dialécticas de significações sintomáticas

Tab./Graf.: 41

	valores médios		d.p.		Teste de igualdade de valores médios	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	t.	p.
E	5,0	6,16	1,24	1,34	3,48	< 0.004
N	4,59	5,43	1,3	1,37	3,38	< 0.004
C	5,14	5,38	1,6	1,65	0,98	n.s.



*Análise dos dados:*

Com base no teste de igualdade de valores médios, existe uma clara diferença ( $p < 0.004$ ) entre a pré- e pós-avaliação, tanto no grupo E (estruturado) como no grupo N (não estruturado), no sentido de uma maior utilização de acções dialécticas menos desadaptativas, mas estes dois grupos não diferem entre si. Essa mesma diferença, não se verifica no grupo de controlo (C). Podemos então confirmar, as seguintes hipóteses:

- f) “Espera-se que o eventual avanço em e) seja acompanhado por dialécticas sintomáticas menos desadaptativas ou sintomáticas”;
- g) “Espera-se que as hipóteses em d), e), e f) não se verifiquem no grupo de controlo”.

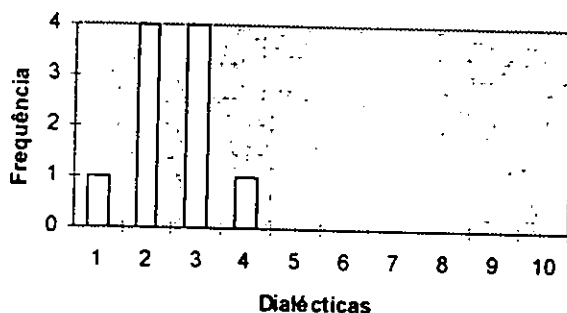
### 11.3.3. Relação dos níveis do desenvolvimento sintomático com as ações dialécticas de significações sintomáticas.

Pré-avaliação:

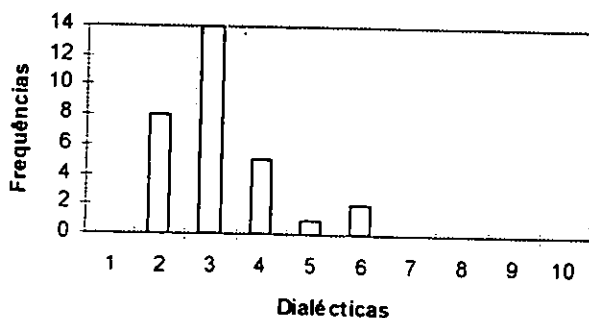
Tab./Graf.: 42

Níveis	Acções Dialécticas de Significações Sintomáticas									
	Proc. de Destruturção			Processos de Restruturção						
	1. Indif.	2. Dcord	3. Estag.	Centração Circular-			Tentativa de Compensação			
	4. Neg.	5. Incl.	6. Ambi.	7. Inv.	8. Ident.	9. Reci.	10. Pro.			
N1	1	4	4	1	0	0	0	0	0	0
N2	0	8	14	5	1	2	0	0	0	0
N3	10	31	45	70	68	31	23	22	10	1
N4	0	2	3	9	8	3	9	3	10	4
N5	0	1	3	8	4	10	4	7	8	3

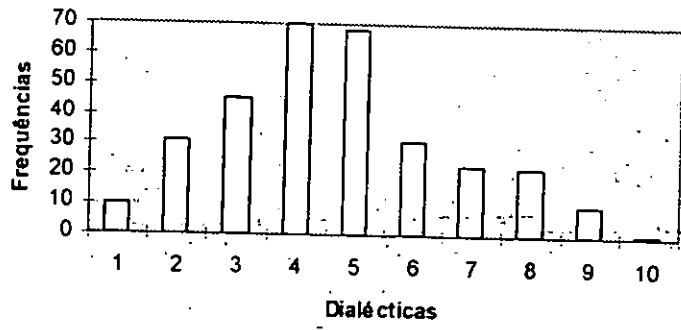
Nível 1- Pré



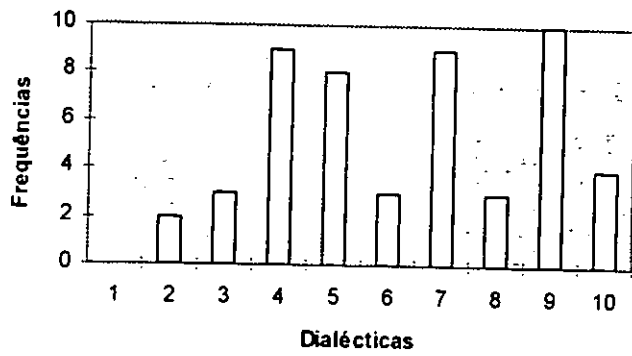
Nível 2- Pré

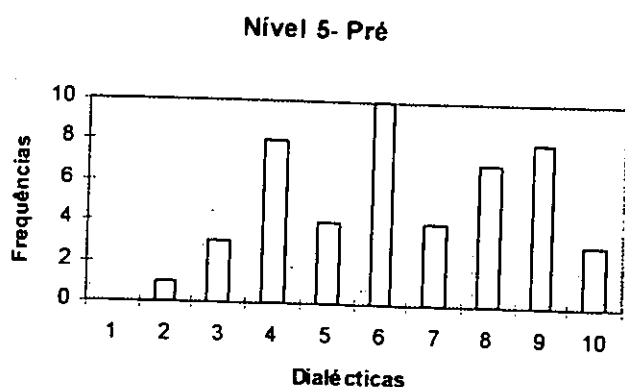


Nível 3- Pré



Nível 4- Pré





*Análise dos dados:*

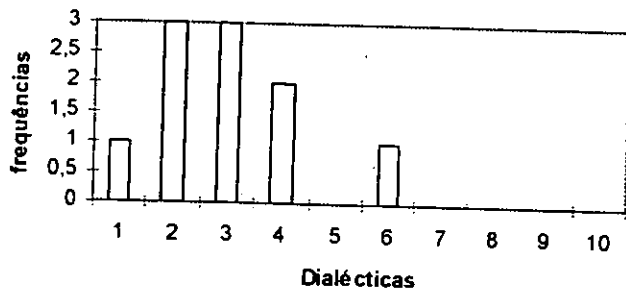
Uma análise de correlação, entre os níveis do desenvolvimento sintomático e as acções dialécticas de significações sintomáticas, verificou um coeficiente de correlação Pearson de 0.70 ( $p. < 0.0001$ ) para os dados da pré-avaliação, o que significa que existe uma média/alta correlação, entre os níveis do desenvolvimento sintomático e as acções dialécticas de significações sintomáticas, na pré-avaliação. Por outras palavras, quanto mais avançados os níveis do desenvolvimento sintomático, mais adaptativas as acções dialécticas subjacentes.

Pós-avaliação:

**Tab./Graf.: 43**

Níveis	Acções Dialécticas de Significações Sintomáticas									
	Proc. de Destruturção			Processos de Restruturção						
				Centração Circular			Tentativa de Compensação			
	1.Indif.	2.Dcord	3.Estag.	4.Neg.	5.Incl.	6.Ambi.	7.Inv.	8.Ident.	9.Reci.	10.Pro.
N1	1	3	3	2	0	1	0	0	0	0
N2	0	6	15	17	8	7	3	0	0	0
N3	2	20	27	55	37	20	25	37	36	5
N4	0	0	1	20	13	7	11	5	9	3
N5	0	3	3	7	10	1	5	9	10	11

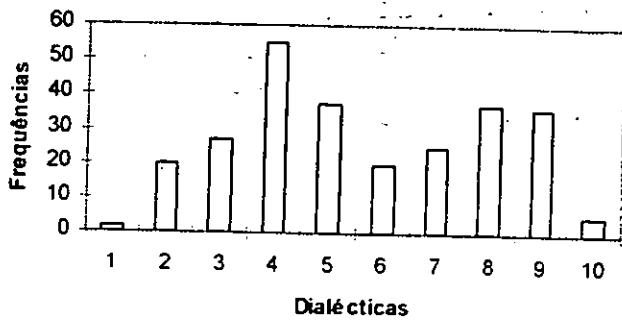
Nível 1- Pós



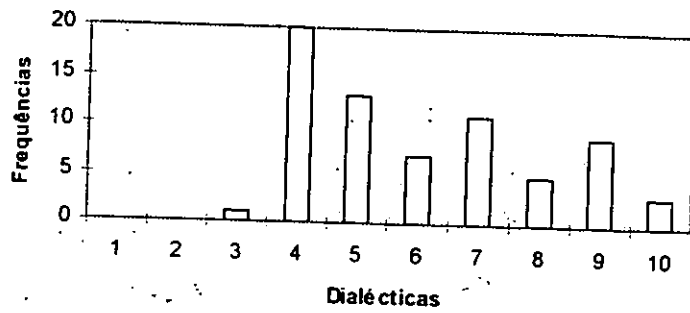
Nível 2- Pós



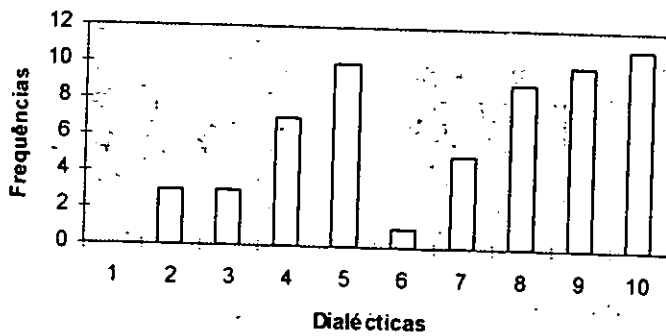
Nível 3- Pós



Nível 4- Pós



Nível 5- Pós



*Análise dos dados:*

Uma análise de correlação, entre os níveis do desenvolvimento sintomático e as acções dialécticas de significações sintomáticas, verificou um coeficiente de correlação Pearson de 0.53 ( $p < 0.0001$ ) para os dados da pós-avaliação, o que significa que existe uma média correlação, entre os níveis de desenvolvimento sintomático e as acções dialécticas de significações sintomáticas. Por outras palavras, quanto mais avançados os níveis do desenvolvimento sintomático, mais adaptativas as acções dialécticas subjacentes. Com esses resultados, confirma-se plenamente a hipótese teórica i).

### 11.3.4. Resultados globais da avaliação desenvolvimentista.

Os resultados permitem afirmar de que, quanto mais avançados os níveis do desenvolvimento sintomático, menos desadaptativas as acções dialécticas subjacentes. Com isso, o modelo teórico de Joyce-Moniz (1993) é validado. De igual forma, podemos dizer que a nossa intervenção teve um impacto nos dois grupos experimentais, no sentido de uma maior utilização de acções dialécticas menos desadaptativas, no entanto estes dois grupos não diferem entre si. Essa mesma diferença, não se verificou no grupo do controlo. Porém, esse avanço nas acções dialécticas de significações menos desadaptativas, não se traduziu num claro salto qualitativo para níveis do desenvolvimento sintomático superiores. Apenas existe uma ligeira subida, em relação ao grupo estruturado, nessa matéria. É ainda de referir, que a maioria dos sujeitos se encontram no nível 3.

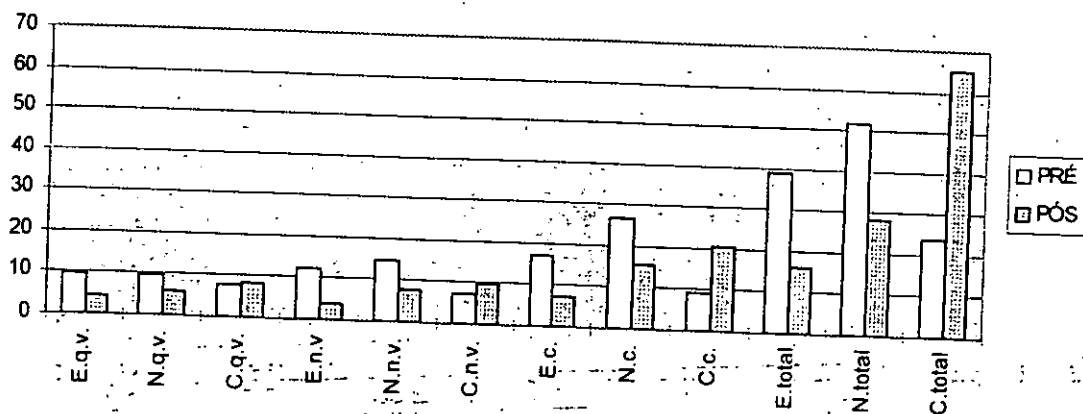
## 11.4. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS APTIDÕES SOCIAIS.

### 11.4.1. TIS (Componentes moleculares da comunicação)

Tab./Graf.: 44

	valores médios		d.p.		Wilcoxon		T. Sinais
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	z.	p.	p.
E.q.v.	9,9	4,6	6,3	3,9	3,5	< 0,0007	< 0,0001
N.q.v.	9,9	5,7	3,7	3,6	3,2	< 0,001	< 0,001
C.q.v.	7,6	8,4	4,4	4,4	-	n.s.	n.s.
E.n.v.	12,1	3,9	6,9	3,6	3,4	< 0,0007	< 0,0001
N.n.v.	14,5	7,7	5,6	5	3,5	< 0,0005	< 0,0005
C.n.v.	7,1	9,9	3,4	6	2,2	< 0,02	n.s.
E.c.	17,1	7,5	11,3	6,1	3,3	< 0,001	< 0,0001
N.c.	26,9	15,4	9,3	8,6	3,5	< 0,0004	< 0,0001
C.c.	9,1	20,3	3,4	12,1	2,8	< 0,005	< 0,03
E.total	39,1	16	22,4	11,5	3,4	< 0,0007	< 0,0001
N.total	51,3	28,4	13,4	15,9	3,5	< 0,0004	< 0,0001
C.total	23,8	65,3	7,4	22	2,7	< 0,0006	n.s.

TIS



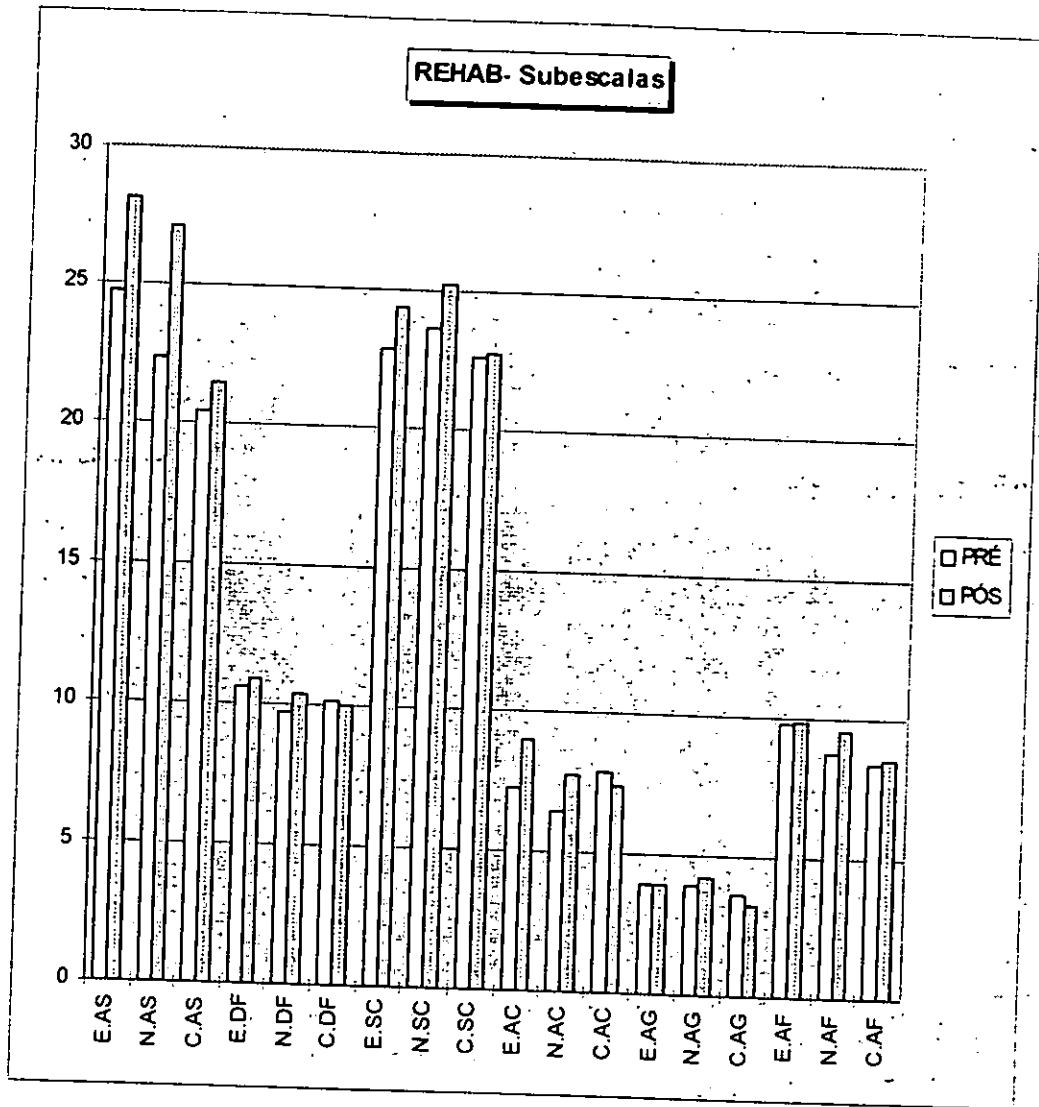
#### *Análise dos dados:*

Verificou-se, com base no teste Wilcoxon, uma considerável diferença estatisticamente significativa, entre a pré- e pós-avaliação, tanto para o grupo estruturado, como para o grupo não estruturado, em relação a todas as subcategorias (OV: qualidade de voz; NV: Comportamento não-verbal; C: Conversação) e em relação aos valores totais. No entanto, não podemos afirmar, que os dois grupos experimentais diferem, entre si. Verificou-se, de igual modo, que com base no teste de Wilcoxon, existe uma diferença estatisticamente significativa entre a pré- e pós-avaliação, no grupo de controlo, em relação ao "comportamento não-verbal"; "conversação" e em relação aos valores totais, mas no sentido negativo; ou seja, verifica-se uma diminuição dessas aptidões ou componentes moleculares. O mesmo não sucedeu, em relação ao subtteste "qualidade da voz". Podemos concluir, que houve nos dois grupos experimentais, um aumento muito significativo entre o pré- e pós-teste, em relação aos diversos componentes moleculares, no sentido de um melhor desempenho verbal e não verbal da aptidão comunicacional, mas os resultados não permitem dizer que o desempenho de um grupo experimental, seja melhor do que outro. Por outras palavras, não há diferenças significativas, entre o desempenho dos dois grupos experimentais (método estruturado e método não estruturado). Em relação ao grupo de controlo, verificou-se até, uma certa diminuição, nas referidas competências entre a pré- e a pós-avaliação.

## 11.4.2. REHAB (Componentes molares)

Tab./Graf.: 45

	valores médios		d.p.		Wilcoxon		T, Sinais
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	z.	p.	p.
E.CI	0,9	0,7	0,9	0,8		n.s.	n.s.
N.CI	1,1	1,3	1,0	1,4		n.s.	n.s.
C.CI	0,7	0,9	1,0	0,9		n.s.	n.s.
E.CGtotal	69,3	76,2	13,9	11,7	2,7	< 0,007	< 0,029
N.CGtotal	67,1	76,1	15,5	16,3	3,4	< 0,0008	< 0,001
C.CGtotal	64,8	65,3	19,9	22		n.s.	n.s.
E.AS	24,7	28,1	6,4	6,2	2,06	< 0,03	< 0,01
N.AS	22,3	27,1	6,5	7,0	2,2	< 0,02	< 0,029
C.AS	20,4	21,4	7,8	9,9		n.s.	n.s.
E.DF	10,6	10,9	1,6	1,3		n.s.	n.s.
N.DF	9,7	10,4	1,7	1,8		n.s.	n.s.
C.DF	10,2	10,0	2,2	2,2		n.s.	n.s.
E.SC	22,8	24,3	6,0	5,0	2,04	< 0,04	< 0,05
N.SC	23,6	25,2	5,4	5,0	2,1	< 0,03	< 0,04
C.SC	22,6	22,7	8,1	7,6		n.s.	n.s.
E.AC	7,3	9,0	3,6	2,6	2,3	< 0,02	n.s.
N.AC	6,5	7,8	3,9	4,2		n.s.	n.s.
C.AC	7,9	7,4	3,4	3,8		n.s.	n.s.
E.AG	3,9	3,9	1,4	1,1		n.s.	n.s.
N.AG	3,9	4,2	1,7	1,4		n.s.	n.s.
C.AG	3,6	3,3	1,7	2,0		n.s.	n.s.
E.AF	9,8	9,9	2,4	2,3		n.s.	n.s.
N.AF	8,8	9,6	2,6	2,3	1,95	< 0,05	n.s.
C.AF	8,4	8,6	2,7	2,9		n.s.	n.s.



*Análise dos dados:*

Em relação à categoria CI: “comportamento inadequado”, não houve em nenhum grupo diferenças estatisticamente significativas entre a pré- e a pós- avaliação. O mesmo não aconteceu em relação à categoria CG: “comportamento geral”, onde houve tanto no grupo estruturado, como no não estruturado, uma diferença bastante significativa entre a pré- e pós- avaliação ( $p. < 0.007$  e  $p. < 0.0008$  respectivamente), mas no grupo de controlo, essa mesma diferença não se verificou. De igual forma verificaram se diferenças significativas entre a pré- e pós-avaliação em ambos os grupos experimentais na maior parte das subescalas do REHAB; ou seja: para o grupo do método estruturado e o grupo do método não estruturado na subescala AS “Actividades Sociais” ( $p. < 0.03$  e  $p. < 0.02$  respectivamente); para a subescala SC: “Self-Care” ( $p. < 0.04$  e  $p. < 0.03$  respectivamente); para a subescala AC: “Aptidões Comunitárias”

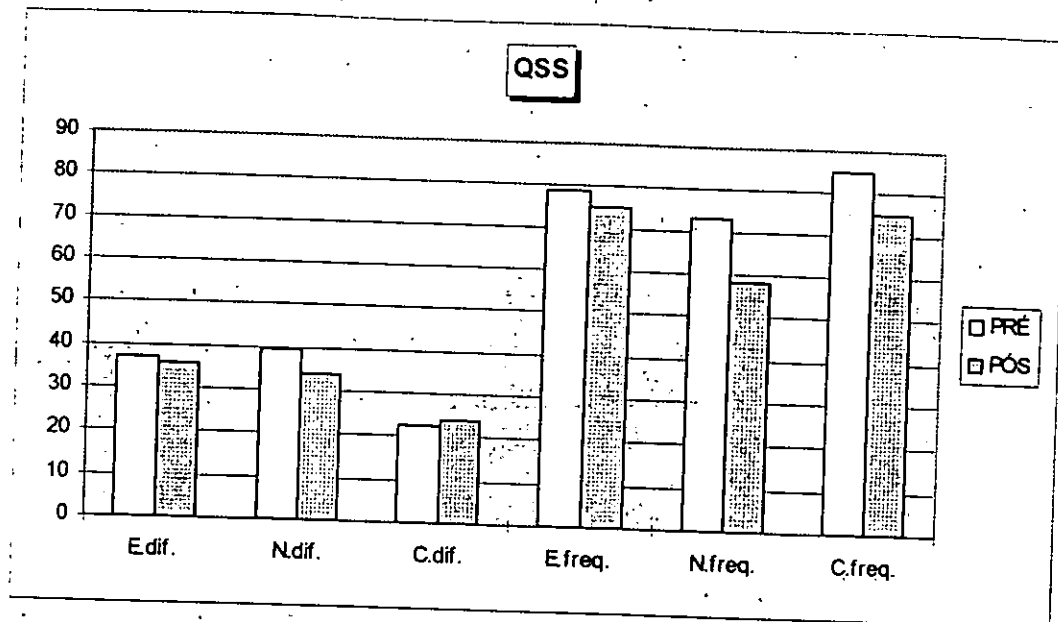
apenas se verificou uma diferença no grupo estruturado ( p. <0.02); na subescala AF: “Aptidões da Fala” apenas se verificou uma diferença no grupo não estruturado ( p. <0.05); nas restantes subescalas DF “Distúrbios da Fala” e AG: “Avaliação Geral” não se verificaram diferença nos dois grupos experimentais. Em nenhuma subescala se verificaram diferenças significativas para o grupo de controlo.

Podemos concluir que houve nos dois grupos experimentais um aumento bastante significativo entre o pré- e pós-teste, em relação às diversos aptidões sociais (componentes molares), no sentido de um melhor desempenho dos mesmos, mas os resultados não permitem dizer que o desempenho de um grupo experimental seja melhor que outro. Por outras palavras, não há diferenças significativas entre o desempenho dos dois grupos experimentais (método estruturado e método não estruturado). Em relação ao grupo de controlo, não se verificaram diferenças entre a pré- e pós-avaliação.

### 11.4.3. QSS (Componentes molares)

Tab./Graf.: 46

	valores médios		d.p.		Wilcoxon p.	T. Sinais p.
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS		
E.dif.	36,9	35,5	20,2	25,3	n.s.	n.s.
N.dif.	39,5	33,9	19,3	22,6	n.s.	n.s.
C.dif.	22,4	24,1	15,9	18,1	n.s.	n.s.
E.freq.	78,6	75,1	24,0	22,5	n.s.	n.s.
N.freq.	73,1	58,3	22,3	15,6	n.s.	< 0.035
C.freq.	85,0	75,0	25,5	19,8	n.s.	n.s.



*Análise dos dados:*

No grau de dificuldade, não se verificaram quaisquer diferenças significativas entre a pré- e pós-avaliação, para todos os grupos. Em relação à frequência, houve apenas uma diferença significativa no grupo não estruturado, com base no teste de Sinais ( $p < 0.035$ ). Esta diferença não é considerada significativa, em relação ao teste Wilkoxon. Podemos concluir, que os resultados globais do QSS não são significativos.

#### **11.4.4. Resultados globais das aptidões sociais**

Os resultados ( sobretudo do REHAB e TIS) permitem-nos confirmar as seguintes hipóteses:

- a) "aumento no desempenho das aptidões sociais (componentes molares e moleculares), nos grupos experimentais entre a pré- e pós-avaliação".
- b) "diferenças significativas nessas aptidões, entre os grupos experimentais e o grupo de controlo".
- c) Espera-se que os dois métodos, (estruturado e não estruturado), se revelem igualmente eficazes, no desempenho das aptidões sociais e na capacidade comunicacional,

i) Espera-se que, um aumento significativo, no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional, b, c) possa estar relacionado por uma escolha, significativamente superior, de dialécticas sintomáticas menos desadaptativas (f).

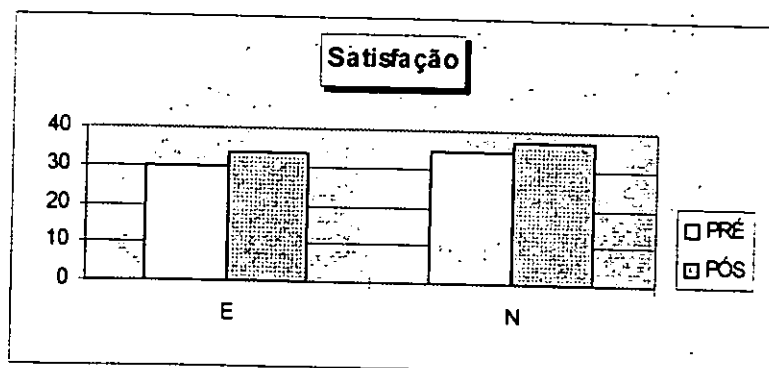
No entanto, a hipótese h) não se verificou, ou seja:

h) Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional, (b, c) possa estar relacionado com um salto qualitativo significativo, nos níveis de desenvolvimento sintomático ( e).

## 11.5. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO - QUALIDADE DE VIDA

Tab./Graf.: 47

	valores médios		d.p.		Wilcoxon	T. Sinais
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	p.	p.
E	29,7	33,7	15,4	5,7	n.s	0,04
N	34,8	37,1	5,3	6,6	n.s	n.s.



### Análise dos dados:

Apenas no grupo estruturado, houve um aumento da satisfação pessoal, entre a pré- e pós- avaliação, com base no Teste de Sinais ( $p. < 0.04$ ). Esta diferença, não é confirmada através do Teste Wilcoxon. Desta forma, não podemos fazer uma afirmação peremptória, em relação à hipótese j), "verificar qual dos métodos experimentais é mais gratificante, na óptica dos participantes". Os resultados, tendem para o método estruturado, nesta matéria.

## 11.6. ANÁLISE DOS RESULTADOS EM TERMOS GERAIS

Tab./Graf.: 48 (Dados globais p.< )

	WILCOXON			TESTE DE SINAIS		
	E	NE	C	E	NE	C
MMPI (SC)	não s.	não s.	não s.	não s.	0.035	não s.
BPRS	não s.	não s.	não s.	não s.	não s.	não s.
MEDICAÇÃO	-	-	-	não s.	não s.	não s.
NÍVEIS	não s.	não s.	não s.	não s.	não s.	não s.
DIALECTICAS *	0.004	0.004	não s.	-	-	-
QSS-Dif.	não s.	não s.	não s.	não s.	não s.	não s.
QSS-Frq	não s.	não s.	não s.	não s.	0.035	não s.
TIS-TOTAL	0.0007	0.0004	0.006 (inv.)	0.0001	0.0001	não s.
REHAB CG	0.007	0.0008	não s.	0.029	0.001	não s.
SATIF.	não s.	não s.	-	0.046	não s.	-

**Correlação Pearson: Níveis/Dialecticas: Pré: 0.70 (p.< 0.0001)**  
**Pós: 0.53 (p.< 0.0001)**

\*) Teste de Igualdade de Valores Médios

Os resultados permitem-nos afirmar, que houve nos dois métodos, (estruturado e não estruturado) um aumento muito significativo, nos componentes moleculares das aptidões sociais e nas componentes molares das aptidões sociais entre a pré- e pós-avaliação, mas que no entanto não diferem muito entre si. Este aumento, foi acompanhado por uma escolha significativamente superior de dialécticas sintomáticas mais adaptativas, que no entanto ainda não se traduziu num claro salto qualitativo significativo, nos níveis de desenvolvimento sintomático. De igual forma, não se verificou claramente uma diminuição da sintomatologia em um ou ambos os grupos

experimentais. Podemos apenas afirmar, que os resultados, tendem para uma diminuição da sintomatologia, no grupo não estruturado. Em relação à satisfação, os resultados não são muito claros, mas há uma tendência, de o método estruturado encarado pelos participantes, ser mais gratificante.

Síntese sobre a confirmação / não confirmação das hipóteses iniciais:

- a) “Espera-se que os dois grupos experimentais (E: método estruturado e NE: método não estruturado) tenham uma “performance”, em relação às aptidões sociais, em geral (componentes molarés) e em relação ao desempenho comunicacional em concreto (componentes moleculares), superior na pós-avaliação em relação à pré-avaliação”. **Confirma-se.**
- b) “Espera-se que o desempenho nas aptidões sociais e na capacidade comunicacional seja significativamente superior na pós-avaliação nos grupos experimentais (E e NE), em relação ao grupo de controlo (C)”. **Confirma-se.**
- c) “Espera-se que os dois métodos, (estruturado ou não estruturado), se revelem igualmente eficazes no desempenho das aptidões sociais e na capacidade comunicacional, visto que ambos contem tanto vantagens como desvantagens, como foi já referido (Lieberman, 1988; Saraceno, 1995)”. **Confirma-se.**
- d) “Poderá constatar-se em ambos os grupos experimentais, uma diminuição da sintomatologia psicopatológica (sintomas positivos e/ou negativos)”. **Não se confirma.**
- e) “Poderá verificar-se em ambos os grupos experimentais (E, NE), um salto qualitativo significativo na pós-avaliação em relação à pré-avaliação nos níveis do desenvolvimento sintomático, no sentido de um avanço para níveis superiores (modelo desenvolvimentista)”. **Não se confirma.**
- f) “Espera-se que o eventual avanço em e) seja acompanhado por dialécticas sintomáticas menos desadaptativas”. **Confirma-se em relação ao aumento de dialécticas sintomáticas menos desadaptativas, mas não houve um avanço em e).**
- g) “Espera-se que as hipóteses em d), e), e f) não se verifiquem no grupo de controlo”. **Confirma-se.**
- h) “Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional (b, c) possa estar relacionado com um salto

qualitativo significativo, nos níveis de desenvolvimento sintomático ( e)”. **Não se confirma.**

i) “Espera-se, que um aumento significativo no desempenho das aptidões sociais e capacidade comunicacional, (b, c) possa estar relacionado por uma escolha significativamente superior de dialécticas sintomáticas menos desadaptativas (f)”. **Confirma-se.**

j) Hipótese teórica: “Espera-se que exista uma correlação geral (em todos os grupos), entre níveis do desenvolvimento sintomático e dialécticas sintomáticas menos desadaptativas; para validar o modelo desenvolvimentista. Isto é, quanto mais avançados os níveis de desenvolvimento sintomático, menos desadaptativas deverão ser as dialécticas-reveladas pelos sujeitos”. **Confirma-se.**

Além disso, foram verificados os outros objectivos da investigação:

k) “Verificar qual dos métodos experimentais, (estruturado versus não estruturado) é mais gratificante, na óptica dos participantes”. **Há uma tendência para encarar o método estruturado, como mais gratificante por parte dos participantes.**

l) “Averiguar os conteúdos das representações ou significações subjectivas, em relação a várias dimensões” **Foram averiguados os principais conteúdos das significações subjectivas em relação à identidade, causa, consequência, evolução, confronto da doença, e adesão ao tratamento (ver cap. 11.2. da II. Parte).**

## 12. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 12.1. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA.

Os resultados globais do BPRS revelam que não existem diferenças entre a pré- e a pós-avaliação nos três grupos, em relação aos valores totais. Apenas se verifica uma ligeira diminuição na subescala de hostilidade para o grupo não estruturado. No entanto, é de referir que os valores médios (embora não significativos) tendem a diminuir nos grupos experimentais, e a aumentar no grupo de controlo. É possível que a relativamente curta intervenção de três meses possa ser responsável esta ausência de significâncias. Não devemos esquecer, porém, que foram utilizados vários avaliadores, isto é, sete médicos avaliaram cada um os seus doentes. Assim, os critérios dos diferentes avaliadores podem não ter sido idênticos; isto é, poderá ter havido uma certa variabilidade inter-avaliadores. Existem estudos na área do treino de aptidões sociais, nos quais se verificou uma diminuição da sintomatologia psicopatológica com base do BPRS (Lieberman & Kopolowicz, 1995; Roder et al. 1992). Mas, em outros estudos, tal tendência não foi confirmada (Moraza et al. 1994).

Para o grupo não estruturado, os resultados do MMPI-SC expressam uma diferença significativa apenas no Teste de Sinais (o menos potente), o que não nos permite tirar grandes elações em termos de significância estatística. Por outro lado, o MMPI é um instrumento de auto-avaliação, e, em consequência, vários sujeitos tiveram grande dificuldade em preencher este questionário. Além disso, esta forma de avaliação (escala SC do MMPI), embora bastante utilizada por investigadores, (e.g. Roder et al. 1992) tem a desvantagem de não permitir verificar a validade (*interna*) das respectivas respostas. Deste modo, para confirmar esta validade, teria sido necessário aplicar todo o inventário, o que, em termos práticos, seria moroso e complicado para os sujeitos em causa.

Em relação à medicação, não se verificam quaisquer diferenças. Embora alguns investigadores utilizam esta forma de avaliação psicopatológica no domínio em apreço

(Roder et al., 1992), pensamos que ela não constitui um indicador adequado para a sintomatologia, porque o tipo e a quantidade de psicofármacos administrados estão sujeitos a outros factores, como, por exemplo, as preferências em relação à medicação por parte do doente, a periodicidade da medicação e a possibilidade de rever esta frequência, os efeitos secundários revelados, ou o nível da tolerância. De qualquer forma, o intervalo entre a pré- e a pós-avaliação foi sensivelmente de quatro meses, o que se pode considerar como curto para uma população como esta, com uma doença de evolução prolongada.

Considerados os resultados psicopatológicos gerais, apenas podemos dizer que existe uma certa tendência para uma diminuição sintomatológica no grupo não estruturado. Podemos interpretar estes resultados gerais, em termos estritamente psicopatológicos, considerando o seguinte:

Em primeiro lugar, pareceu-nos que se procedeu a uma intervenção muito curta, que não permitiu obter uma diminuição mais significativa da sintomatologia. Além disso, temos também de ter em consideração que a esta população clínica oscila muito, no dia a dia, em relação à sua sintomatologia (e.g., podem ter crises). Por outro lado, alguns doentes com uma psicose reagem perante uma alteração ao seu estilo de vida, começando por aumentar os sintomas (ansiedade, tensão, hostilidade, etc.).

Paralelamente, tratou-se de reunir, numa mesma intervenção deste tipo, pacientes de ambos os sexos. Assim, os participantes não estavam habituados a um relacionamento com pessoas do outro sexo.

Em relação a outros doentes, pode ter acontecido uma “*cristalização*” com pouca variação da sintomatologia, devido ao longo internamento. De qualquer forma, estes doentes só muito dificilmente poderiam beneficiar de uma intervenção específica para uma mudança efectiva da sintomatologia. Por outro lado, autores como Smith e colegas (1996) verificaram que os níveis ou manifestações de sintomas psicopatológicos e o grau de capacidade em relação às aptidões sociais constituem dois factores independentes. Quer isto dizer que, apesar de uma acentuada sintomatologia, pode haver um aumento considerável no desempenho de aptidões sociais. Ou seja, os sintomas positivos têm pouca influência na capacidade de cada doente para participar e beneficiar de uma treino de aptidões sociais. De um ponto de vista cognitivo-desenvolvimentista, ver-se-á que chegamos a conjecturas bastante diferentes das aqui referidas (ver cap. 12.2.).

## 12.2. IINTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS SIGNIFICAÇÕES SUBLECTIVAS SOBRE A DOENÇA

Em termos gerais, e a partir da análise de conteúdo, podemos distinguir como mais referidas pelos doentes, as seguintes crenças, enquadradas nas seis dimensões do modelo de Leventhal (1984):

Em relação à identidade da doença, verificou-se que, praticamente 50% dos sujeitos consideram que foram internados devido a uma doença psíquica; aproximadamente 40% pensa sofrer, no presente, de uma doença mental; e só cerca de 10%, tem consciência de sofrer de uma esquizofrenia.

Existe também uma grande variedade nestes sintomas, que foram mais referidos pelos doentes. A maioria refere alucinações auditivas e ansiedade.

Em relação à causa e à origem da doença, a maioria dos doentes refere a que o início da sintomatologia coincidiu com a adolescência, o que confirma os dados epidemiológicos (ver cap. 1. da I. Parte). Existem as mais diversas atribuições causais relacionadas com este início de doença, sendo quase todas de orientação externa.

No entanto, a grande maioria não sabe definir porque é que continua doente. Taylor (1990) chama a atenção para o facto das atribuições causais externas da doença impedirem a aquisição de estratégias de confronto adequadas.

Em relação às consequências e aos efeitos da doença, verificou-se que a maioria dos pacientes não sabe o que mudou (*o que é diferente*), desde que a doença começou. Porém, muitos referem aspectos práticos, como perda de trabalho, perda de estudos e isolamento. Aproximadamente 25% acha que tem dificuldade em trabalhar e cerca de 30% considera poder levar uma vida normal. A maior parte refere ter necessidade de um apoio socio-afectivo e de mais informação sobre o seu estado de saúde.

Quanto à evolução da doença, mais de metade dos doentes pensa que tem uma doença que se pode curar e que irá, assim, melhorar *muito*; apenas aprox. 25% considera a sua doença como cíclica.

No que diz respeito à dimensão de confronto, a maior parte dos pacientes não sabe o que condiciona os sintomas. Aprox. 25% apontam, no entanto, para os medicamentos, como factores condicionantes. De igual forma, existe pouca consciência da existência de estratégias de confronto. A não ser a de “ir ao médico”, referida por aprox. 30%. No entanto, a maior parte acha que tem, pelo menos, algum controlo sobre a doença.

Dentro da mesma dimensão, são mencionados os mais diversos factores de confronto (*coping*) para facilitar um estado geral mais adaptativo (*sentir-se melhor*). Os mais frequentes são o trabalho, a saída da instituição, as relações intrapessoais favoráveis, o recurso a medicamentos e as actividades lúdicas.

Quanto à dimensão Medicação, a maior parte reconhece que os medicamentos melhoram a sintomatologia específica mas perto de 30% indica que toma apenas os medicamentos “por ser obrigado”. Embora a maioria indique que os medicamentos produzem efeitos positivos, existe igualmente um número considerável de doentes que refere a emergência de efeitos secundários. A maior parte revelou aderir, tanto no passado como no presente, à medicação prescrita.

Estas constatações podem ser de grande utilidade, em termos de diagnóstico e intervenção terapêutica. Joyce-Moniz & Barros (1994) consideram que: “as representações da doença, incluindo a avaliação dos sintomas inerentes físicos e emocionais, explicam as atitudes ou comportamentos em relação à doença. A modificação destas significações conduzirá, assim, à modificação dessas atitudes”. Desta forma, podem ser consideradas na avaliação as temáticas de Leventhal em relação à doença, como a sua identidade, causas e origem, consequências e efeitos, estilo de confronto e adesão ao tratamento.

Kapelowicz & Liberman (1995) referem trabalhos que sugerem que a coconstituição de uma “consciência da doença” na esquizofrenia, i.e., a *metacognição* da existência por parte da pessoa, do seu comportamento psicótico, constitui uma passo crucial para alcançar um certo grau de autocontrolo. Por essa razão, Liberman (1990) elaborou, no seu programa antes exposto, um módulo específico para responder a este objectivo: o “Symptom Management Model”, durante o qual os doentes aprendem a lidar eficazmente com os seus sintomas. O mesmo autor refere que existem muitos receios por parte dos médicos em utilizar procedimentos que procurem levar o doente a esta *metacognição* dos seus sintomas, e adquirir estratégias de confronto em relação aos

mesmos, justificando que não estão preparados para tal tipo de intervenção. Porém, segundo Kapolewicz e Liberman (1995), estes receios não são justificados, porque se tem verificado uma melhoria significativa, após uma intervenção do “Symptom Management”, independentemente do nível inicial psicopatológico.

### **12.3. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA.**

Em primeiro lugar, verificou-se claramente que, quanto mais avançados os níveis do desenvolvimento sintomático, onde cada paciente se situa, menos desadaptativas são as acções dialécticas sintomáticas subjacentes. Esta confirmação empírica contribui para a validação do modelo teórico de Joyce-Moniz (1993), podendo servir, desta forma, como uma quadro de referência nosológico para as seguintes conjecturas que, julgamos ser inéditas neste campo:

Verificou-se, em ambos os grupos experimentais, e de forma sensivelmente igual, o impacto da nossa intervenção na maior utilização pelos sujeitos de acções dialécticas sintomáticas menos desadaptativas. No entanto, este impacto não se traduziu num claro salto qualitativo para níveis do desenvolvimento sintomático superiores. Numa análise posterior, de forma individual e mais qualitativa, verificou-se que, no grupo estruturado, 6 sujeitos subiram de nível, 1 baixou, e 6 mantiveram-se no mesmo nível. No grupo não estruturado, verificaram-se 5 subidas, 1 descida, e 10 manutenções. Ao contrário, no grupo de controlo, não se verificaram diferenças. O gráfico do capítulo 11.3.1. aponta, também, para ligeiras subidas, não estatisticamente significativas, nos grupos experimentais.

Por outro lado, é curioso verificar que, nos níveis superiores existe a tendência para utilizar, igualmente, dialécticas sintomáticas mais destruturantes. Isto poderá explicar os diversos *picos*, existentes nos níveis superiores dos gráficos do cap. 11.3.3. Numa análise mais profunda, verificamos que, mesmo em níveis superiores, quando se referem a conteúdos delirantes, os sujeitos utilizam acções dialécticas sintomáticas mais desadaptativas, nomeadamente, a indiferenciação e a descoordenação, o que não sucede em relação às outros conteúdos do dia a dia. Este resultado parece confirmar a tese de Joyce-Moniz relativamente ao quadro nosológico da esquizofrenia (1993): “as

acções de destruturação por indiferenciação e descoordenação parecem ser as principais responsáveis por este movimento involutivo” (da doença); Joyce-Moniz (1993, p.76). Seria importante, que futuramente neste tipo de análise se diferenciasse os conteúdos delirantes dos não delirantes. O que não foi possível fazer neste estudo, devido à reduzida amostra e ao número não muito significativo de sujeitos, que revelaram conteúdos delirantes.

Como interpretar então, estes resultados inovadores?

Em primeiro lugar, podemos considerar as acções dialécticas como estruturas de todo o processo cognitivo, que possibilitam a resolução de conflitos (inter- e intrapessoais) sucessivos por meio de um processo descontínuo de equilibração. Deste modo, face aos resultados da progressão no uso de acções dialécticas, podemos sugerir que este avanço estrutural ainda não se traduziu numa concepção diferente sobre a realidade, ou seja, na passagem para um nível do desenvolvimento com conteúdos do pensamento mais avançados (i.e., mais flexíveis, abertos, e generalizáveis). Provavelmente, esta passagem para níveis superiores não só é mais morosa, como depende do contexto onde os sujeitos estão inseridos. É natural supor que, numa instituição psiquiátrica, haja uma orientação mais pro-social ou mais voltada para o conformismo relacional (próprios do *nível 3*), o que pode dificultar o avanço dos doentes da instituição para uma orientação pós-convencional. Por outro lado, o próprio treino de aptidões sociais pode, de certo modo, reforçar uma orientação mais pro-social que, embora adaptativa, impede igualmente o mesmo tipo de avanço. O grande número de sujeitos inseridos no nível 3 parece apontar para o bom fundamento desta conjectura sobre as tendências das instituições deste tipo, que procuram levar os doentes a aceder apenas a um nível médio de desenvolvimento do raciocínio social e relacional. (ver cap. 12.2).

#### **12.4. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS APTIDÕES SOCIAIS.**

Os resultados do TIS (ver cap. 11.4.1. da II. Parte) levam-nos a constatar que se verifica, nos dois grupos experimentais, um aumento muito significativo no desempenho verbal e não verbal, da aptidão comunicacional (componentes

moleculares). No entanto, os resultados não permitem dizer que o desempenho de um grupo experimental seja superior ao do outro. Talvez não seja de admirar, que este teste revele diferenças tão significativas, porque a intervenção nos dois grupos experimentais incidiu principalmente nos aspectos moleculares da comunicação.

Por seu lado, os resultados do REHAB não revelam nenhuma melhoria, em relação à subescala CI (comportamento inadequado). Neste âmbito, os autores do REHAB, Baker e Hall (1984; 1994) verificaram nessa subescala uma baixa correlação inter-itens, fiabilidade e sensibilidade em relação a mudanças. Desta forma, os autores referidos sugerem que não se deve considerar os resultados a esta subescala, para fins de teor científico.

Em relação à escala CG (comportamento geral), e também à maioria das suas subescalas, verifica-se uma melhoria significativa em ambos os grupos experimentais, mas não no grupo de controlo. Assim, podemos considerar que se obteve uma melhoria significativa nos componentes molares, sensivelmente iguais para ambos os grupos experimentais, o que se traduz por uma melhoria do comportamento no dia a dia.

Ao contrário, os resultados do QSS não se revelam significativos (ver cap. 11.4.3. da II.Parte).

Sendo tanto a escala REHAB como a QSS destinadas à avaliação de componentes molares do treino de aptidões sociais, como interpretar estes resultados contraditórios?

Em primeiro lugar, não devemos esquecer que se trata de doentes em regime de internamento prolongado. Os quais têm poucas oportunidades de participar em situações extra-hospitalares (e.g. entrar numa loja), que são, sobretudo, avaliadas pelo QSS. Pode, pois, existir aqui um artefacto. Caballo (1993) chama atenção de que as escalas de auto-avaliação para o treino de aptidões sociais estão sujeitas a vários erros, nomeadamente: a) o que uma pessoa pensa em relação ao seu comportamento pode estar em discrepância com o seu comportamento real, sobretudo se o desajustamento social é devido a uma percepção deficiente, como acontece na esquizofrenia; b) habitualmente, o comportamento e as cognições variam nas diversas situações que o sujeito tem de avaliar; c) os advérbios para caracterizar as diferentes quantidades de esforço, etc., nas escalas referidas (e.g. “muito dificuldade” do QSS) podem ter sentidos substancialmente diferentes para cada sujeito. Por estas razões, não vamos

considerar estes resultados na nossa avaliação global. Os resultados do REHAB (hetero-avaliação) oferecem mais garantias avaliativas pelas razões apontadas.

Podemos concluir que se verifica uma melhoria substancial em relação aos componentes específicos das aptidões sociais (postura, olhares, etc.), o que se traduz por uma melhoria significativa nos componentes molares (comportamento interpessoal do dia a dia), sensivelmente igual nos dois grupos experimentais.

## **12.5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO**

Como vimos, existe uma certa tendência para que os participantes do grupo estruturado encarem a intervenção com maior satisfação. Esta tendência poderá estar relacionada, neste grupo, com uma maior utilização de material, audio-visual (vídeos) e didáctico (fichas).

## **12.6. INTERPRETAÇÃO GLOBAL DA INVESTIGAÇÃO E IMPLICAÇÕES**

Os resultados desta investigação apontam para que o treino de aptidões sociais, independentemente do seu formato ou método, demonstra ser eficaz em relação à promoção da competência social para uma população que sofre de esquizofrenia. Assim, este treino pode contribuir para a desinstitucionalização desta população, e, assim, para a sua reinserção social. Estes resultados estão, aliás, confirmados em trabalhos anteriores (e.g., Liberman, 1988; Kapelowicz et al. 1995; Liberman et al., 1995; Smith et al., 1996).

Estes resultados permitem-nos afirmar que, através do treino de aptidões sociais (TAS), não se alcançam meras modificações comportamentais “superficiais”, mas também uma reestruturação cognitiva e uma generalização dessas aptidões. Smith e outros. (1996) defendem que existem poucos estudos sobre os efeitos de generalização no TAS. A presente investigação, que avalia tanto os aspectos moleculares como os

molares das aptidões sociais, permite confirmar a hipótese da existência de tal generalização.

Restam, no entanto, várias questões que necessitam de ser esclarecidas:

**1) Porque é que se verificou uma melhoria significativa em termos de passagem para uma utilização de acções dialécticas menos desadaptativas, mas não uma diminuição da sintomatologia psicopatológica?**

De forma inédita, o presente estudo toma em consideração uma avaliação cognitiva-desenvolvimentista (Joyce-Moniz, 1993, p. 75). Este autor afirma que “o grau de gravidade da perturbação depende não da qualidade ou intensidade dos sintomas, mas da generalização de acções dialécticas deficientes, que impossibilitam o processo adaptativo (ou majorante) de equilibração.” Isto significa que o grau de gravidade dos sintomas não depende da sua qualidade ou intensidade (o que normalmente é medido nas escalas psiquiátricas e psicopatológicas mais tradicionais), mas dos *movimentos* ou acções dialécticas deficientes, estruturas mais profundas organizadas pelo próprio desenvolvimento psicológico deficiente. Podemos sugerir que, provavelmente, as escalas tradicionais da psicopatologia não nos fornecem uma avaliação da gravidade sintomatológica de cada processo em termos de estruturas cognitivas e dialéctica/movimentos entre elas (ver também cap. 1 e 2 da I parte). Estes resultados têm, na nossa óptica, grandes implicações terapêuticas. Se pretendermos conhecer a adaptabilidade de uma pessoa com esquizofrenia, (e.g. na triagem para a desinstitucionalização) poderemos, deste modo, recorrer ao tipo de avaliação desenvolvimentista descrita neste trabalho.

**2) Porque é que houve um aumento significativo no empenho das aptidões sociais, mas não uma diminuição da sintomatologia psicopatológica?**

Os resultados mais recentes dos estudos, mencionados em Smith e outros (1996), sugerem que a competência social e a sintomatologia na esquizofrenia parecem ser dois processos paralelos ou independentes. A pessoa com uma sintomatologia de certa gravidade poderá revelar uma competência social relativamente adequada mas, igualmente, a pessoa com

uma sintomatologia moderada poderá demonstrar incompetência. Estas hipóteses esclarecem, a nosso ver, porque é que uma intervenção psicofarmacológica e uma intervenção psicossocial podem ter efeitos acumulativos ou interactivos no equilíbrio da pessoa (Smith et al., 1996). Os resultados fazem apelo para a necessidade de uma intervenção psicossocial, além de uma terapia psicofarmacológica. Liberman e outros (1995) referem, nos seus trabalhos mais recentes, que a medicação leva para um nível óptimo, acima ou abaixo do qual processa-se um aumento sintomatológico e uma redução da competência social do doente. Estes dados conduziram, nos EUA, a uma redução da medicação acompanhada de um tratamento psicossocial.

**3) Qual é a relação entre o aumento na utilização de acções dialécticas menos desadaptativas concomitante ao aumento da competência social?**

No nosso estudo, verifica-se uma correlação positiva entre os dois processos. Mas qual será a natureza desta relação? Será que a competência social permitiu uma estruturação cognitiva? Ou antes, houve através do TAS uma reestruturação cognitiva, a qual permitiu adquirir uma maior competência social? O presente estudo não nos permite fazer obter uma resposta definitiva nesta questão. No entanto, Joyce-Moniz (1993, p.55) sugere que a dialéctica forma a disciplina das mudanças e das contradições, e que no “desenvolvimento socio-cognitivo, o confronto da pessoa com os outros (i.e. dialéctica interpessoal) gera o confronto da pessoa consigo própria (i.e. dialéctica intrapessoal), e este engendra aquele, num processo estruturado e descontínuo.” Desta forma, a evolução só é possível mediante resoluções de conflitos sucessivos. Assim, o mesmo autor considera que “os problemas e os conflitos, auto-impostos ou impostos pelo meio, são incessantes e necessários para a própria sobrevivência” (idem, p.58).

Podemo-nos, pois, questionar se será o próprio TAS que permite estas “perturbações” ou conflitos, que provocam, por sua vez, uma reestruturação cognitiva, tal como se constata na maior preferência pelas acções dialécticas sintomáticas menos desadaptativas.

Esta reestruturação cognitiva permitirá, da mesma forma, uma maior competência social? Seria pertinente responder a esta questão, porque, se fosse pela afirmativa, a nossa intervenção na área da reabilitação psicossocial

deveria incidir mais nos aspectos cognitivos-desenvolvimentistas em termos de “resolução de problemas ou conflitos”. O que conduziria a esse avanço estrutural para uma melhor equilibração (Joyce-Moniz, idem).

**4) Porque é que houve uma passagem para a utilização de acções dialécticas sintomáticas menos desadaptativas, mesmo que não se tenha traduzido por um salto qualitativo significativo para níveis superiores de desenvolvimento dos conceitos sintomáticos?**

Como referido, uma explicação poderá ser encontrada na relativamente curta intervenção, a qual talvez não tenha levado a uma integração das acções dialécticas em níveis superiores. Ou seja, parece ter havido uma mudança em termos estruturais, que ainda não se processou no acesso a uma reinterpretação da realidade (concepção de níveis superiores). No entanto, poderão existir outros factores que impossibilitaram este avanço. Como mencionado, o próprio TAS faz, muito provavelmente, um apelo para uma mudança no sentido de uma orientação pro-social e para um conformismo relacional, (nível 3). O que poderá, por sua vez, ter bloqueado um maior avanço, no sentido da integração de um conformismo institucional (nível 4), ou mesmo de uma orientação pós-convencional (nível 5). Se pudermos confirmar esta hipótese, então haverá necessidade de reformular o TAS, pelas razões apontadas. Por outro lado, não devemos esquecer que se trata de uma população institucionalizada, sujeita, também muito provavelmente, ao reforço ou incentivo de crenças e atitudes de conformismo relacional. De qualquer maneira, é de referir, como afirmam Joyce-Moniz e Barros (1994, p. 248) que

*“Em psicopatologia do desenvolvimento, considera-se que o facto de uma pessoa adquirir as representações de um determinado nível, não implica que ela utilize sempre e em todas as circunstâncias essas representações, ou que não recorra às representações de níveis inferiores. Regressões temporárias para níveis inferiores, saltos bruscos para níveis diferentes daquele em que habitualmente funciona, utilização concomitante de níveis diferentes no mesmo contexto constituem ‘incoerências’ próprias da condição humana”.*

Pensamos que uma perspectiva e avaliação cognitiva-desenvolvimentista deste tipo permite, de forma inédita, clarificar as questões relacionadas com o TAS, que tradicionalmente foram sobretudo enquadradas numa perspectiva comportamental.

- 5) Finalmente, devemos voltar à nossa questão inicial, i.e., o método ou formato estruturado *versus* o não estruturado, qual o mais eficaz?

Neste sentido, podemos afirmar que, considerados os resultados, ambos os métodos têm sensivelmente a mesma eficácia. A discussão teórica em torno deste assunto parece, pois, não ter razão de existir. Os terapeutas podem escolher o formato que mais vantagem lhes ofereça. É de referir que o formato estruturado pode oferecer mais vantagens para terapeutas menos experientes (i.e., maior segurança). No entanto, em países com menos recursos, o método não estruturado poderá, por sua vez, oferecer mais vantagens, devido à falta de material de apoio, à necessidade de improvisação e a um provável baixo nível escolar dos utentes. De qualquer forma, não devemos esquecer que os resultados apontam para a tendência dos participantes considerarem com mais satisfação o método estruturado.

Ainda nesta óptica, ao criticar o método estruturado, Saraceno diz que a abordagem pré-programada no TAS pode não fazer sentido para os participantes. Contudo, no método não estruturado, as dificuldades levantadas por um participante podem não interessar aos restantes elementos do grupo. É inevitável que uns que aproveitem mais do que outros. Por sua vez, o método estruturado, embora pré-programado, poderá ser aplicado de forma mais flexível do que a existente, tendo em consideração as dificuldades, necessidades e valores de cada participante. Assim, podemos preconizar uma aproximação das duas abordagens.

Podemos concluir que ambas as abordagens poderão ser igualmente eficazes, e que, provavelmente, “a virtude estará no meio”. A escolha de um formato deve ter em consideração o contexto específico, onde se insere o treino de aptidões sociais e as preferências pessoais do terapeuta.

## 12.7. AUTO-CRÍTICA À INVESTIGAÇÃO.

Pensamos ser útil de apresentar algumas críticas ao nosso trabalho, para evitar a repetição futura do que consideramos ser os seus aspectos mais fracos:

- Na aplicação do BPRS foram utilizados sete médicos como avaliadores dos respectivos doentes, o que provocou talvez uma certa variância na aplicação dos critérios de avaliação. Seria, talvez, mais apropriado que o mesmo médico avaliasse todos os sujeitos, embora fosse difícil encontrar alguém com tal disponibilidade.
- De igual forma, seria necessário que houvesse dois avaliadores dos resultados do TIS. Nesse caso, a análise basear-se-ia na média dos dados obtidos pelos dois, o que naturalmente proporcionaria uma maior fidelidade.
- Para uma avaliação mais rigorosa da satisfação pessoal, seria preferível contar com um grupo de controlo. Torna-se, assim, necessário reformular as questões (e.g., com maior generalidade) expostas neste tipo de avaliação, para enquadrar este grupo. No entanto, esta inclusão teria a desvantagem de não permitir questões sobre a satisfação da intervenção e do funcionamento do grupo experimental, visto não haver uma intervenção no grupo de controlo.
- A análise dos conteúdos das representações subjectivas sobre a doença poderá ser elaborada de forma mais detalhada, por exemplo, incluindo uma maior discriminação nos dados pré e pós-intervenção.
- Seria de igual forma importante que houvesse um “*follow up*” para verificar a durabilidade dos resultados obtidos em relação à aquisição das acções dialécticas sintomáticas menos desadaptativas, e em relação à competência social adquirida. Embora tivesse sido planeada inicialmente, a sua realização não foi possível. Mesmo que se pretendesse proceder a um *follow-up*, num dos grupos, dois doentes tiveram alta, ficando, pois, a amostra demasiado reduzida para se poderem comparar os dados ao longo do tempo.

- Uma intervenção mais prolongada (até 6 meses) poderia revelar resultados mais significativos, sobretudo para averiguar um eventual salto qualitativo significativo para níveis do desenvolvimento sintomático superior.

## **12. 8. SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.**

- Verificámos que uma intervenção mais comportamental no treino de aptidões sociais contribuiu para uma reestruturação cognitiva mais adaptativa. Relembramos que não são bem conhecidas as relações entre o funcionamento cognitivo e a competência social. Futuras investigações poderão aprofundar mais esta matéria.
- Da mesma forma, seria interessante verificar a relação, por um lado, entre sintomas psicóticos e uma intervenção farmacológica por outro, entre esses sintomas e uma intervenção psicossocial. Assim, poder-se-ia validar os mais recentes modelos etiológicos interaccionais e transaccionais sobre a esquizofrenia (descritos no cap. 1 da I parte).
- Há, talvez, necessidade de se proceder a uma avaliação mais vasta e rigorosa dos processos do TAS, para que resultados de diferentes trabalhos possam ser comparados, a qual poderá englobar aspectos comportamentais (moleculares e molares), cognitivos, desenvolvimentistas, emocionais, psicopatológicos (incluindo a averiguação de sintomas positivos e negativos), assim como os que dizem respeito à satisfação pessoal ou à qualidade de vida.
- Mesmo sabendo que o TAS aumenta a competência social das pessoas com esquizofrenia, seria interessante averiguar qual a duração e a frequência mínimas necessárias do treino para chegar a esses resultados. Diversos estudos (Pope, 1986; Smith et al., 1996) referem intervenções com duração muito diferente, indo de 9 a 24 semanas, e com frequência variável.
- Através da presente investigação, constatamos que a eficácia do TAS não parece depender da abordagem ou do método em causa. Mas seria necessário investigar que tipo de conteúdos seriam mais pertinentes para a aquisição de uma maior competência social, de modo a favorecer a desinstitucionalização

desta população. Foram criados diferentes programas nesta área, e.g., intervenção vocacional, residencial, relacional, para as actividades de vida diária, resolução de problemas e o “Symptom Management”, mas, até á data, dispomos de poucos estudos comparativos.

- Uma perspectiva cognitiva desenvolvimentista (Joyce-Moniz, 1993) pode, sem dúvida, ajudar a definir níveis de desenvolvimento psicopatológico diferenciados, no seio desta classe de distúrbios. Estes níveis podem constituir “perfis” distintos, a partir dos quais, poder-se-á estipular que intervenção será mais adequada (em termos de conteúdos e processos) para cada um.
- Além disso, poderá ser estudada a relação entre as competências sociais e nível do desenvolvimento sintomático. Se os níveis superiores se revelam mais adaptativos em relação à competência social, será necessário averiguar que tipo de intervenção facilita o acesso a níveis do desenvolvimento sintomatológico mais adaptativos.
- Também fosse interessante investigar, nesta população, qual a relação entre acções dialécticas adaptativas e acções dialécticas sintomáticas. Uma vez que, “quando as acções dialécticas adaptativas de descentração e compensação prevalecem, a pessoa tem a possibilidade de mudar de nível, transformando tanto as significações adaptativas como as sintomáticas.” (Joyce-Moniz 1993, p. 74).

Esperamos que este trabalho possa ter contribuído em termos tanto conceituais como operacionais para a Desinstitucionalização/ Reabilitação Psicossocial de pessoas que sofrem de uma doença mental, permitindo-lhes viver com uma maior qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- Affleck, J. W. & McGuire, R. S. (1984). The measurement of psychiatric rehabilitation status: A review of the needs and a new scale, *British Journal of Psychiatry*, pp. Vol. 145, p. 517.
- Alberti, R. E. (1977). Issues in assertive behaviour training. In R. E. Alberti (ed.), *Assertiveness Innovations, applications, issues*, San Luis Obispo, California, Impact.
- Almeida, de Caldas; Salgueiro, E.; Paulino, J.; Palha, A.; Milheiro, J.; Senfelt, J.; Natário, A. & Coucello, T. (1995). Princípios de organização dos serviços de saúde mental. In *Saúde mental: Proposta para a mudança*, Lisboa, Direcção Geral de Saúde. X
- Anthony, W. A. (1979). *Principles of Psychiatric rehabilitation*, Baltimore, University Park Press.
- Anthony, W. A. & Jansen, M. (1982). Predicting the vocational rehabilitation capacity of chronically mentally ill: research and policy implications, *American Psychologist*, vol. 39, pp. 537-544.
- Anthony, W. A. & Liberman R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 4, pp. 542-559.
- Arenas, M.; Barrio, O.; Diaz, A.; Martin, J.; Nieto, P. & Vicente, A. (1994). Del institucionalismo a la psiquiatria comunitaria: Enfoque histórico y evolución. In *V congresso São João de Deus: Doente família, comunidade*, Mem Martins / Portugal, Editorial Hospitalidade. X
- Argyle, M.; Bryant, B. M. & Trower, P. E. (1974). Explorations in the treatment of personality disorders and neuroses by social skill training, *British Journal of Social Psychology*, vol. 47, pp. 63-73.
- Arranz, T. (1989). *Asistencia psiquiátrica en pisos asistidos: Teoría, práctica, evaluación*. Barcelona, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.
- Atkisson, C.; Crook, J.; Karno, M.; Lehman, A.; McGlashan, T. H.; Meltzer, H. Y.; O'Connor, M.; Richardson, D.; Rosenblatt, A.; Wells, K.; Williams, J. & Hohmann, A. A. (1992). Clinical services research. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18, pp. 561-626.

- Avison, W. & Speechly, K. (1987). The discharged psychiatric patients: A review of social, social psychological and psychiatric correlates of outcome, *American Journal of Psychiatry*, vol. 144, pp. 10-18.
- Bacharach, L. L. (1988). Defining chronic mental illness: a concept paper, *Hospital and Clinical Psychiatry*, vol. 39, pp. 383-388.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems, *Evaluation and program planning*, vol. 5, pp. 69-79.
- Baker, R. & Hall, J. N. (1994). A review of the applications of the REHAB assessment system. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, vol. 22, pp. 211-231.
- Baker, R. & Hall, J. N. (1984). *User manual for rehabilitation evaluation Hall & Baker*. 4 th. Impression, Bournemouth, Vine Publishing Ltd.
- Baker, R. & Hall, J. N. (1988). REHAB: A new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14, pp. 97-111.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*, New Jersey, Prentice-Hall Inc.
- Bardin, L. (título original 1977). *Análise de conteúdo*, Lisboa Edições 70 - Persona.
- Barton, R. (1959). *Institutional neurosis*, Bristol, Wright press.
- Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J.; & Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*, *Behavioural science*, vol. I, pp. 251-264.
- Bateson, G. (1988). *Ökologie des geistes*, 2. Aufl., Frankfurt am Main, Suhrkamp (Título original, 1972).
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, International Universities Press.
- Beck, A.; Ermerly, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias*, New York, Basic Books.
- Bellack, A. S.; Morison, R. L.; Wixted, J. T. & Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, vol. 156, pp. 809-818.
- Bertolote, J. M. (1994). Garantia de qualidade em saúde mental: O ponto de vista da OMS. In *V congresso São João de Deus: Doente família, comunidade*, Mem Martins / Portugal, Editorial Hospitalidade. X
- Bogerts, B. (1990). Pathopsychologische und pathomorphologische aspekte bei schizophrenen psychosen. In K. Heinrich & B. Bogerts (eds), *Düsseldorfer symposium*, Stuttgart, Schattauer.

- Bono, E. (1976). *Nós, a loucura e a antipsiquiatria*, Edições Afrontamento, Porto.
- Braff, D. L. & Saccuzzo, D. P. (1986). Information processing abnormalities. *Schizophrenia Bulletin*, vol 12 (3), pp. 447-459.
- Brenner, H. D. (1986). Zur bedeutung von basisstörungen für behandlung und rehabilitation. In W. Böker & H. D. Brenner (eds), *Bewältigung de schizophrenie*, Bern, Huber.
- Brenner, H. D.; Hodel, B.; Roder, V. & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunction's and behavioural deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18, no 1, pp. 21-28. X
- Brill, K. E.; Kemma, G. S. & Weigand, H. (edt.) (1992). *Psychosoziale arbeitshilfen: Betreutes wohnen, Grundlagen, strukturen, finanzierung einer gemeindepsychiatrischen basishilfe*, Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Brown, G. (1970). *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge, Cambridge University press.
- Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. In R. F. Bellesteros & J. A. Carrobes (eds), *evaluación conductal: metodología e aplicaciones*, 3ª edição, Madrid, Pirámide.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*; Madrid, Siglo veintiuno editores, sa.
- Cangas, J. P. C. (1995). A new model of comprehensive social reintegration (COMSORT): The next generation of psychosocial rehabilitation comprehensive programs. In *La Reabilitació Psicossocial integral e la comunitat amb la comunitat*. Barcelona, Aran Ediciones, S.A.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*, Rio de Janeiro, Zahar editores (titulo original, 1964).
- Chadwick, P. & Birchwood, M. (1996). Cognitive therapy for voices. In G. Haddock & P. D. Slade, *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*, London, Routledge.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (1995). *Development psychopatology*, New York, John Wiley & Sons.
- Ciampi, L. (1982). Affektologik. Ueber die struktur der psyche und ihre entwicklung. Ein beitrag zur schizophrenieforschung. *Nervenarzt*, vol. 52, pp. 506-515.
- Ciampi, L. (1989). Zur dynamik komplexer biologisch-psychosozialer systeme: Vier fundamentale mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie. In W. Böker & H. D. Brenner, *Schizophrenie als systemische störung: Die Bedeutung intermediärer prozesse für theorie und therapie*, Stuttgart, Huber.

Ciampi, L. & Müller, C. (1976). *Lebensweg und alter der schizophrenen. Eine katamnestische langzeitstudie.*, Heidelberg, Springer.

Clifford, P.; Charman, A. & Webb, Y. (1991). Planning for community care: The community placement questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 30, pp. 193-221.

Cordeiro Dias, J. C. (1982). *A saúde mental e a vida: Pessoas e populações em risco psiquiátrico*, Lisboa, Moraes editores. ✕

Cordeiro Dias, J. C. (1986). *Manual de psiquiatria clínica*, Lisboa, Fundação Caloust Gulbenkian. ✕

Costa, C. M. (1995). *Musicoterapia para deficiências mentais*, Lisboa, Clio Editora. ✕

Curran, J. P. (1985). Social skills therapy: A model and a treatment. In R. M. Turner & L. M. Ascher (eds), *Evaluating behaviour therapy outcome*, New York, Springer.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1996). Habilidades Sociais: Uma área em desenvolvimento, *Psicologia: Reflexão e crítica*, vol. 9, nº 2, pp. 233-255, Porto Alegre.

Delgado, M.; Martins, S.; Gonçalves, A. I.; Bandeira, D.; Carvalho, A. Roncon, P.; Cardoso, M. & Bentes, M. (1995). Modelo de gestão dos serviços de saúde mental. In Direcção geral de saúde, *Saúde mental- proposta para a mudança.*, DGS. ✕

Dickenson, D. & Kruppa, E. (1995). Does hospital rundown affect long-stay clients? *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 34, pp. 417-421.

Direcção de Serviços de Saúde Mental - Direcção geral dos cuidados de Saúde primários, (1988). *Reorganização dos serviços de saúde mental*, Lisboa, Direcção de Serviços de Saúde Mental

Desviat, M. (1995). La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio. *La Rehabilitación Psicosocial integral e la comunitat amb la comunitat*. Barcelona, Aran Ediciones, S.A.

DSM-III-R, (1993). *Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais*, 3ª edição, American psychiatric association, J. C. Fernandes (ed.), Lisboa, Editora eficiente.

DSM-IV, (1996). *Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais*, 4ª edição, American psychiatric association, J. C. Fernandes (ed.), Lisboa, Editora eficiente.

Ekdawi, M. Y. & Conning, A. M. (1994). *Psychiatric rehabilitation: A practical guide* (J. Campling ed.), London, Chapman & Hall.

Feinberg, I. (1982). Schizophrenia: Caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *Journal of Psychiatry Research*, vol. 17, pp. 319-334

Fernández, L. A. (1995). Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica en Madrid. In *La Rehabilitació Psicosocial integral e la comunitat amb la comunitat*. Barcelona, Aran Ediciones, S.A.

Fonseca, A. F. (1987). *Psiquiatria e psicopatologia*, II vol., Lisboa, Fundação Calouste Gulbienkian. X

Fonseca, A. F. (1991). São João de Deus e a assistência psiquiátrica. In *IV congresso de psiquiatria São João de Deus*, Lisboa, editorial Hospitalidade. X

Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & Hugh, P. R. (1975). Mini mental state. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12 (3), pp. 189-198.

Foreman, E. J. & Baker, R. (1986). A validity study of a new rating scale for psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 73, pp. 101-108.

Formigoni, U. (1994). Reabilitação que transforma: Leadership, organização, formação, programação, princípios operativos. In *V congresso São João de Deus: Doente família, comunidade*, Mem Martins / Portugal, Editorial Hospitalidade. X

Galassi, M. D. & Galassi, J. P. (1977). *Assert yourself: How to be your own person*, New York, Human Sciences Press.

Genest, M. & Genest, S. (1987). *Psychology and health*, Illinois, Research Press.

Goffman, E. (1961). *Asylums*, London, Penguin Books.

Haddock, G.; Bentall, R. P. & Slade, P. D. (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction? In G. Haddock & P. D. Slade, *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*, London, Routledge.

Haracz, J. L. (1982). The dopamine hypothesis: An overview of studies with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 8, pp. 438-469.

Haracz, J. L. (1984). A neural plasticity hypotheses of schizophrenia. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, vol. 8, pp.55-71

Haracz, J. L. (1985). Neural plasticity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 11, pp. 191-229.

- Harding, C. M. & Strauss, J. S. (1985). The course of schizophrenia: An evolving concept. In M. Alpert, *Controversies in schizophrenia*, Ney York, Guilford.
- Helios, E.I.A., (1995). *Anual reports*, Social Europe, Bruxelas, Lamoral, P. (ed.).
- ✧ Hersen, M. & Bellack, A. S. (1977). Assessment of social skills. In A. R. Ciminero; A. S. Calboun & H. E. Adams (eds), *Handbook for behavioural assessment*, New York, Wiley.
- Hogg, L. (1996). Psychological treatments for negative symptoms. In G. Haddock & P. D. Slade, *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*, London, Routledge.
- Holland, S. & Ward, C. (1990), *Assertiveness: A practical approach*, Oxon, Winslow press.
- Huber, G. (1983). Das konzept substratnaher basissymptome und seine bedeutung für theorie und therapie schizophrener erkrankungen, *Nervenarzt*, vol. 54, pp. 23-32.
- Hume, C. & Pullen, I. (1986). *Rehabilitation in psychiatry: An introductory handbook*, Edingburch, Churchill Livingstone.
- ✧ Hutchings, S.; Comins, J. & Offiler, J. (1991). *The social skills handbook*, Oxon, Winslow press.
- ✧ Jakubowski, P. & Lange, A. L. (1978). *The assertive option: Your rights & responsibilities*, seond printing, Illinois, Research press company.
- Jervis, G. (1979). *Die offene Institution über psychiatry und politik*, Frankfurt am Main, Syndikat.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community*, New York, Basic Books.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*, Lisboa, Edições McGraw-Hill Portugal Lda. X
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (1994). Psicologia da doença, *Análise psicológica*, vol. 2/3, pp. 233-259. X
- Joyce-Moniz, L. & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em psicologia da saúde, *Psicológica*, vol. 6, pp. 105-127. X
- Kapelowicz, A. & Liberman, R. P. (1995). The biobehavioral road to recovery from schizophrenia: teaching the seriously mentally ill to manage their own illnesses. *La Reabilitació Psicosocial integral e la comunitat amb la comunitat*. Barcelona, Aran Ediciones, S.A.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1990). *Compêndio de psiquiatria*, Artes médicas sul Ltda, Porto Alegre

Kohlberg, L. (1969). Taje and sequence: The cognitive-development approach to soziazalization. In D. Goslin (ed.) *Handbook of socialization theory and research*, Chicago, Rand McNally.

Kuehnel, T. G.; Liberman, R. P.; Storzbach, D. & Rose G. (1990). *Resource book for psychiatric rehabilitation: Elements of service for the mentally ill*, second Edition, Baltimore, Williams & Wilkins.

Kuhn, T. S. (1988). *Die struktur wissenschaftlicher revolutionen*, 9. Aufl., Frankfurt am main, Suhrkamp. (titulo original, 1970).

Laing, R. (1972). *Esquizofrenia y pression social*, Barcelona, Tusquets.

Lang, P. J. & Buss, A. H. (1965). *Psychological deficit in schizophrenia: II interference and activation*. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 70, pp. 77-106.

Leventhal, H.; Nerenz, D.; & Steele, D. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum; S. Taylor & J. Singer (eds) *Handbook of psychology and health*, vol. IV, New Jersey, Erlbaum.

Liberman, R. P. (1982). Social factors in schizophrenia. In I. Grinsponn & D. C. Washington, *American psychiatric association annual review*, vol. 1. American Psychiatric Press.

Liberman, R. P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, American Psychiatric Press Inc.

Liberman, R. P. (1990). *Social and independent living skills: Basic conversation skill module (Workbook, Trainers manual, Users guide)*, Los Angeles, Camarillo State Hospital, UCLA Department of Psychiatry.

Liberman, R. P. Kopelowicz, M.D. (1995). Biobehavioral rehabilitation of schizophrenia in the community. *La Reabilitació Psicossocial integral e la comunitat amb la comunitat*. Barcelona, Aran Ediciones, S.A. X

Liberman, R. P.; Massel, H. K. & Mosk, M. D.. (1985). Social skill training for chronic mental patients, *Hospital Community Psychiatry*, vol. 36, pp. 396-403.

Liberman, R. P.; Mueser, K. T.; Wallace, T. J.; Jacobs, H. E.; Ekman, T. & Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning, coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, pp. 631-647.

Liberman, R. P.; Wallace, C. J. & Vaughn, C. E. (1980). Social and family factors in the course of schizophrenia: Toward an interpersonal problem-solving therapy for schizophrenia and their relatives. In *Psychotherapy for schizophrenia* J. S. Strauss; S. Fleck & M. Bowers, New York, Plenum. X

- Lind, W. (1994 a). Reabilitação em psiquiatria - princípios e filosofia. In A. Gameiro et al., *Reabilitação recíproca: Famílias e comunidades com doentes e deficientes*, Mem Martins/ Portugal, Editorial Hospitalidade. editorial Hospitalidade
- Lind, W. (1994 b). O ponto de vista da família e a constituição de grupos de interajuda familiar. In M. Gordo et al. *Intervenção nas famílias com doentes psiquiátricos*, Telhal/Portugal, Editorial Hospitalidade, pp. 32-38
- Lorr, M.; Klett, C. J.; McNair, D. M.; & Lasky, J. J. Q. (1963). Manual: Inpatient multidimensional psychiatric scale, *Consulting psychologists press*, Palo Alto, California.
- Lorr, M. & Klett, C. J. (1966). Inpatient multidimensional psychiatric scale, *Consulting psychologists press*, Palo Alto, California.
- Magaro, P. A. (1980). *Cognition in schizophrenia and paranoia: the integration of cognitive process*, Hillsdale, Erlbaum.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioural health and behavioural medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, Vol. 35, pp. 807-817.
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills, *Behavioural Assessment*, vol. 4, pp. 1-33.
- \* Mischel, W. (1981). A cognitive-social learning approach to assessment. In T. V. Merluzzi; C. R. Glass & M. Genest (eds), *Cognitive assessment*, New York, Guilford press.
- Moraza, J.; Dominguez, A. I.; Larrinoa, P. F.; Madariaga, I.; Balanzategui, E.; Jauregui, J. V.; & Iguerra, M. J., (1994). Reinsersión comunitaria en pisos asistidos: Estudio de seguimiento In *V congresso São João de Deus: Doente família, comunidade*, Mem Martins / Portugal, Editorial Hospitalidade. X
- Nuechterlein, K. H. & Dawson, M. E. (1984). Information processing and attentional functioning in the development course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 10, pp. 160-203 X
- Nuechterlein, K. H.; Goldstein, H. J.; Ventura, J.; Dawson, M. E.; & Doane, J. A. (1989). Beziehungen zwischen patient und umwelt in der Schizophrenie: Informationsverarbeitung, kommunikationstörung, autonomes arousal und belastende lebensereignisse. In W. Böker & H. D. Brenner, *Schizophrenie als systemische störung: Die Bedeutung intermediärer prozesse für theorie und therapie*, Stuttgart, Huber.
- Oades, R. D. (1982). *Attention and schizophrenia: neurobiological bases*, London, Pitman Books Lim..

- Organização Mundial de Saúde (1995). *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (handicaps)*, 2ª ed., Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale, *Psychol. Rep.* Vol. 10, pp. 799-812.
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1976). BPRS, Brief psychiatric rating scale. In W. Guy (ed.), *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*, Maryland, Rer. Ed. Rockville, pp. 157-169.
- Palazzoli, M. S.; Boscolo, L.; Cecchin, G. & Prata, G. (1988). *Paradoxon und gegenparadoxon*, 6. Aufl., Stuttgart, Klett-Cotta (título original, 1975).
- Palazzoli, M. S.; Cirillo, S.; Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1989). *Family Games*, New York, W. W. Norton & company.
- Paul, G. L. & Lentz, R. J. (1982). *Psychological treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning program*, Cambridge, Harvard University press. XXX
- Phillips, E. L. (1978). *The social skills basis of psychopathology*, New York, Grune and Stratton.
- Pilling, S. (1999). *Rehabilitation and community care*, London, Routledge.
- Pope, B. (1986). *Social skills training for psychiatric nurses*, London, Harper & Row, Publisher.
- Popper, K. R. & Eccles, J. C. (1987). *Das ich und sein gehirn*, 7. Aufl., München, R. Piper GmbH & Co. (Título original, 1977).
- Priestley, p.; McGuire, J.; Flegg, D.; Hemsly, V. & Welham, D. (1982). *Social skills and personal problem solving: A handbook of methods*, Cambridge, Tavistock publications.
- Raab, G.; Schütt, P. & Möller, L. (1988). *Dokumentation zur fachtagung, therapeutische wohngemeinschaften / betreutes wohnen - 1988 Bremen*, Bremen, Merhaba Publikationen.
- Rappaport, J. (1980). Desinstitucionalização: Empowerment e inter-ajuda: O papel dos técnicos de saúde mental no século XXI, *Análise Psicológica*, 2 (VIII), pp. 143-162.
- Roder, V.; Brenner, H. D.; Kienzle, N. & Hodel, B. (1992). *Integriertes psychologisches therapieprogramm für schizophrene patienten (IPT)*. Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- Roger, L. & Greene, P. D. (1980). *The MMPI - En interpretative Manual*, New York, Grune & Stratton.

- Rosen, A.; Hadzi-Pavlovic, D. & Parker, D. (1989). The life skills profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 5, pp. 325-337.
- Saraceno, B. (1995). Psychosocial rehabilitation: The need for a global perspective. In *La Reabilitació Psicosocial integral e la comunitat amb la comunitat*. Barcelona: Aran Ediciones, S.A.
- Schroeder, H. E. & Rakos, R. F. (1983). The identification and assessment of social skills. In R. Ellis & D. Whittington (eds.), *New direction in social skill training*, London, Croom Helm.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*, New York, Academic Press.
- Smith, T. E.; Bellack, A. S. & Liberman, R. P. (1996). Social skills for schizophrenia: Review and future directions, *Clinical psychology review*, vol. 18, no 7, pp.599-617.
- Stierlin, H.; Simon, F. B. & Schmidt, G. (1987). *Familiäre wirklichkeiten*, Stuttgart, Klett-Cotta.
- Sobral cid, (1997). Antologia: Processo histórico e moderna orientação da assistência psiquiátrica. *Revista de psiquiatria*, vol. 10, nº 1, Lisboa, Hospital Júlio de Matos.
- Sota, de la E. (1994). Red social y esquizofrenia. In *V congresso São João de Deus: Doente família, comunidade*, Mem Martins / Portugal, Editorial Hospitalidade.
- Stern, R. & Drummond, L. (1991). *The practice of behavioural and cognitive psychotherapy*, New York, Cambridge university press.
- Talbott, J. A. (1995). The treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia: an integrated approach to a bio-psycho-social disease. In *La Reabilitació Psicosocial integral e la comunitat amb la comunitat*. Barcelona, Aran Ediciones, S.A.
- Talbott, J. ; Hales, R. & Yudofsky, S. (1992). *Tratado de psiquiatria*, Artes médicas sul Ltda, Porto Alegre.
- Taylor, S. E., (1990). Helath psychology - The science and the field, *American Psychologist*, Vol. 45, No. 1. pp. 40-50.
- Theunissen, G. (1991). *Wege aus der hospitalisierung*, Bonn, Psychiatrie Verlag.

- Tienari, P.; Lahti, I.; Sorri, A.; Naarala, M.; Moring, J. & Wahlberg, K. E. (1989). Die finnische Adoptionsfamilienstudie über schizophrenie: Mögliche wechselwirkungen von genetischer vulnerabilität und familienmilieu. In W. Böker & H. D. Brenner, *Schizophrenie als systemische störung: Die Bedeutung intermediärer prozesse für theorie und therapie*, Stuttgart, Huber.
- Thornicroft, G. & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalization - from hospital closure to service development, *British journal of psychiatry*, vol. 155, pp. 739-753.
- Trower, P. (1982). Towards a generative model of social skills: A critique and synthesis. In J. P. Curran & P. M. Monti (eds.), *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*, New York, Guilford press.
- × Trower, P.; Bryant, B. & Argyle, M (1978). *Social skills & mental health*, Pittsburh, Pittsburgh University press.
- Turkington, D. & Kingdon, D. (1996). Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. In G. Haddock & P. D. Slade, *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*, London, Routledge.
- Unger, K. (1990). Reabilitação psiquiátrica: Filosofia, princípios e investigação, *Análise psicológica*, vol. 2 (VIII), pp. 163-169.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, vol. 129, pp. 125-137.
- Wallace, C. J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, pp. 604-630.
- Wallace, C. J.; Nelson, C. J.; Liberman, R. P.; Aitchison, R. A.; Lukoff, D.; Elder, J. P. & Ferris, C. (1980). Review and critique of social skill training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 6, pp. 42-63.
- Watzlawick, P. (1985) *Menschliche kommunikation*, Stuttgart, Verlag Hans Huber. (Titulo original, 1967).
- Watzlawick, P. (1988). *Münchhausens zopf, oder: psychotherapie und "wirklichkeit"*, Stuttgart, Huber.
- Wasow, M. (1986). The need for asylum for the chronically mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, pp. 162-167.
- Wiersma, D.; Kluiter, H.; Nienhuis, F. J.; Ruphan, M. & Giel, R. ( 1995). Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders, *British Journal of Psychiatry*, suppl., Apr. (27), pp. 52-59.

- Wilkinson, G.; Piccenelli, M.; Falloon, I; Krekorian, H. & McLees, S. (1995). An evaluation of community-based psychiatric care for people with treated long-term mental illness. *British Journal of Psychiatry*, vol. 167, pp. 26-40.
- Wing, J. & Furlong, R. (1986). A haven for the severely disabled within the context of a comprehensive psychiatric community service. *British Journal of Psychiatry*, vol. 149, pp. 449-457.
- World Association for Psychosocial Rehabilitation (1996). Psychosocial rehabilitation: A consensus statement, *WAPR Bulletin*, vol. 8, no. 3, Milano, M. P. Deva,
- Wunderlich, U.; Wiedemann, G. & Buchkrenner, G. (1996). *Sind psychosoziale interventionen bei schizophrenen patienten wirksam? Eine Metaanalyse*, *Verhaltenstherapie*, vol. 6, pp. 4-13.
- Xavier, M. & Caldas de Almeida, J. M. (1994). *Escala de qualidade de vida*, versão portuguesa da "Quality of Life Scale" (Baker & Intagliata, 1982); Hospital de São Francisco de Xavier, Dep. De Psiquiatria e Saúde Mental.
- Xavier, M. & Caldas de Almeida, J. M. (1995). Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. *Acta médica portuguesa*, vol. 8, nº 2, pp. 119-131. XX
- Yusupoff, L. & Tarrier, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. In G. Haddock & P. D. Slade, *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*, London, Routledge.
- Zanalda, A. (1991). A evolução da psiquiatria na itália depois de 1978. In *IV congresso de psiquiatria são joão de Deus*, Lisboa, editorial Hospitalidade. X
- Zubin, J. (1989). Die anpassung therapeutischer interventionen na die wissenschaftlichen modelle der ätiologie. In W. Böker & H. D. Brenner, *Schizophrenie als systemische störung: Die Bedeutung intermediärer prozesse für theorie und therapie*, Stuttgart, Huber.
- Zubin, J. & Spring, B. J. (1977). *Vulnerability - A new view of schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 86, pp. 103-126.

