UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLEBER TIAGO CIRINEU

**Grupo de atividades: impacto na qualidade de vida e no
ajustamento social de pacientes com diagnóstico de
esquizofrenia refratária, medicados com clozapina**

Ribeirão Preto
2011

CLEBER TIAGO CIRINEU

**Grupo de atividades: impacto na qualidade de vida e no
ajustamento social de pacientes com diagnóstico de
esquizofrenia refratária, medicados com clozapina**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana Inocenti Miasso

Ribeirão Preto
2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cirineu, Cleber Tiago

Grupo de atividades: impacto na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina.

Ribeirão Preto, 2011.

133 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Miasso, Aiana Inocenti

1. Esquizofrenia, 2. Clozapina, 3. Terapia Ocupacional, 4. Qualidade de vida, 5. Habilidade social.

Nome: CIRINEU, Cleber Tiago

Título: Grupo de atividades: impacto na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof^aDr^a Adriana Inocenti Miasso

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os acontecimentos ao longo desta jornada, muitas foram as pessoas queridas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu chegasse até aqui. Um caminho que, para ser percorrido, precisou ser desvendado.

Assim, meus sinceros agradecimentos.

A Deus, por se fazer sempre presente em minha vida, me iluminando, proporcionando oportunidades e abrindo caminhos.

À Prof^aDr^a Adriana Inocenti Miasso, minha orientadora, pessoa verdadeiramente humana, pela orientação sábia e por se tornar tão importante em minha formação, pois acreditou em mim, respeitou todos os momentos de dificuldades e compartilhou de minhas conquistas. Meu muito obrigado!

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, pelas experiências e conhecimentos adquiridos.

À minha avó Cléria (*in memoriam*), pessoa sempre presente em todas as minhas escolhas.

Aos meus pais, Valdei e Maria Elizabete, pelo apoio e amor incondicional, pessoas que tanto se esforçaram para que eu realizasse mais este sonho.

Ao meu irmão, Murilo, jovem guerreiro e vencedor!

Às queridas terapeutas ocupacionais e amigas, Francine Assad, Lúcia Uchôa, Lúcia Bressan, Luciene Vaccaro e Carolina Agapito, que me incentivaram em todo o percurso desta pesquisa.

Aos pacientes e familiares por compartilharem suas histórias, oportunizando a realização deste trabalho.

Às coordenadoras da APAE de Cordeirópolis e do CAPS-I de Santa Gertrudes, Liliani Maria Buschinelli Della Coletta e Fernanda Aguiar Giovanni, pela compreensão durante todo este percurso.

A todos os profissionais do setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, em especial ao Prof.Dr. Jaime Hallak, Prof.Dr. Alexandre Crippa, Prof.Dr. Alexandre Carneiro, a Assistente Social, Estela, e as aprimorandas de Serviço Social que contribuíram e acreditaram nesta pesquisa.

Aos professores da banca examinadora desse trabalho, Prof.Dr. Luiz Jorge Pedrão e Prof^aDr^a Lúcia Bressan, pelo incentivo e disponibilidade.

Agradeço especialmente à FAPESP pelo financiamento deste projeto de pesquisa.

“Tratar psicóticos
é aceitar o convite para uma viagem
onde não há como ter roteiro preestabelecido;
onde ser estrangeiro é a marca dos dois viajantes
(um em relação ao mundo do outro);
onde o terapeuta
(aquele que se oferece a acompanhar o paciente nessa viagem)
tem que ter um gosto inusitado,
uma certa paixão pela aventura.
Nessa incursão ao desconhecido,
o terapeuta ocupacional leva em sua bagagem de viagem,
além de sua história e suas marcas,
uma ferramenta a mais,
que marca o diferencial em sua prática.
Esta ferramenta é a atividade,
da mais simples à mais complexa...”
(FERRARI, 1997, p.11)

RESUMO

CIRINEU, C.T. **Grupo de atividades: impacto na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina.** Ribeirão Preto, 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

A esquizofrenia é transtorno mental crônico que ocasiona grande impacto na vida do paciente, comprometendo seu ajustamento social e qualidade de vida. Sabe-se que, embora os antipsicóticos atípicos, como a clozapina, contribuam para a melhora de funções cognitivas e socializantes do sujeito, a utilização de estratégias, que combinam medicação e tratamento psicossocial, aumenta a sua possibilidade de recuperação e otimiza os resultados. Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivos: avaliar o impacto de um grupo de atividades (Terapia Ocupacional) na qualidade de vida e ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina, em acompanhamento ambulatorial, e investigar a percepção dos participantes do estudo sobre os aspectos positivos e negativos dos encontros grupais. Trata-se de pesquisa de avaliação, realizada junto ao grupo de pacientes em uso de antipsicóticos atípicos de um ambulatório de reabilitação psicossocial. Participaram deste estudo oito pacientes e um familiar de cada paciente. Para coleta dos dados, foram realizados 20 encontros grupais, em uma estrutura de grupo do tipo “fechado”. Para avaliação do impacto do grupo de atividades na qualidade de vida e ajustamento social do paciente, foram aplicados (individualmente), antes e após os 20 encontros grupais, a escala de avaliação da qualidade de vida para o paciente e o inventário de habilidades de vida independente para o familiar. Para identificar a percepção dos participantes sobre o processo grupal, foi empregada a entrevista semiestruturada gravada. Para análise dos dados, foi proposto o teste exato de Fisher. O referido teste foi realizado com o auxílio do *software* SAS® 9.0, utilizando a *PROC FREQ*. Os dados provenientes das entrevistas semiestruturadas foram analisados por semelhança de conteúdo. Na escala de qualidade de vida, nenhum item sofreu alteração estatisticamente significativa, após a intervenção grupal, embora tenha ocorrido mudança positiva importante no item “avaliação da utilização do tempo”. Quanto ao ajustamento social dos pacientes do estudo constatou-se, por meio da utilização do inventário de habilidades de vida independente, alteração positiva, estatisticamente significativa ($p < 0,01$), em quatro das nove áreas da vida cotidiana avaliadas pelo referido instrumento: “atividades domésticas”, “preparo e armazenamento dos alimentos”, “administração do dinheiro” e “transporte”. Por meio dos instrumentos e depoimentos dos participantes, foi possível verificar que o grupo de atividades revelou ser estratégia apropriada para pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina, em acompanhamento ambulatorial, ao favorecer a ampliação de suas relações humanas, a reestruturação de autonomia em algumas de suas funções na comunidade, bem como pela significativa possibilidade que tal estratégia pode oferecer a essas pessoas, na busca de um sentido para a vida. Mesmo com algumas limitações, é possível que este trabalho seja utilizado como disparador para outras pesquisas nessa área, dada a relevância do tema no contexto atual da assistência psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Clozapina, Terapia Ocupacional, Qualidade de vida, Habilidade social.

SUMMARY

CIRINEU, C.T. **Activities Group: impact on quality of life and social adjustment of patients with refractory schizophrenia treated with clozapine.** Ribeirão Preto, 2011. 133 f. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2011.

Schizophrenia is a mental disorder that causes a great impact on patient's life, harming their social adjustment and quality of life. It is known that, although the atypical antipsychotics such as clozapine, contribute to the improvement of cognitive functions and the socializing of the person, the use of strategies that combine medication and psychosocial treatment, increases the chance of recovery and optimizes the results. According to this perspective, this study aimed to evaluate the impact of a group of activities (Occupational Therapy) on the quality of life and social adjustment of patients with refractory schizophrenia, treated with clozapine in treatment, and to investigate the participants' perceptions on the positives and negatives points of the group meetings. This is an evaluation survey that was conducted at the group of patients using atypical antipsychotics in a Psychosocial Rehabilitation Clinic. The study was approved by the Ethics Committee and eight members who participated of this group were patients on treatment with atypical antipsychotic medication for a Psychosocial Rehabilitation Clinic who met the inclusion criteria, and a relative of each patient. For data collection we used the techniques of group, semi-structured interviews and participant observation. 20 group meetings were conducted in a group with closed structure. To evaluate the impact of the activities group on quality of life and social adjustment of the patient were applied (individually) before and after the 20 group meetings, the Scale for Assessment of Quality of Life for patients and Inventory of Skills for Independent Living for the family. To identify the participants' perceptions about the group process was used to semi-structured interviews. For data analysis was proposed Fisher's exact test to establish whether an association exists between the questions of the questionnaires, Scale for Assessment of Quality of Life, Inventory of Independent Living Skills and time (Before and After). The test was conducted with the aid of the SAS ® 9.0 software, using PROC FREQ.A comparative analysis of collected data is being performed before and after the completion of the group meetings. The findings of this study are related to the population and sample studied, and the chosen context, noting that the group activity provided the patients the disruption of social isolation, facilitated by the activities and learned throughout the course group, recovering the meaning of the relations social skills and remaining capacity are not encouraged. This study thus enables a leap in the implementation of intervention strategies in health services directed at the quality of care for people with schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, Clozapine, Occupational Therapy, Quality of life, Social skill.

RESUMÉN

CIRINEU, C.T. **Grupo de Actividades: impacto en la calidad de vida y el ajuste social de los pacientes con esquizofrenia refractaria tratados con clozapina.** Ribeirão Preto, 2011. 133 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2011.

La esquizofrenia es un trastorno mental que provoca un gran impacto en la vida del paciente, poniendo en peligro su ajuste social y calidad de vida. Se sabe que, aunque los antipsicóticos atípicos como clozapina, contribuyen para la mejora de las funciones cognitivas y de socialización del sujeto, el uso de estrategias que combinan medicación y tratamiento psicosocial, aumenta la probabilidad de recuperación y optimiza los resultados. En esta perspectiva, este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de un grupo de actividades (Terapia Ocupacional) en la calidad de vida y el ajuste social de los pacientes con esquizofrenia refractaria, tratados con clozapina, en la asistencia y para investigar las percepciones de los participantes de estudio sobre los aspectos positivos y negativos de las reuniones del grupo. Este es un estudio de evaluación que se llevó a cabo en el grupo de pacientes que utilizan los antipsicóticos atípicos en una clínica de rehabilitación psicosocial. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y ocho miembros que participaron en este grupo usan medicamentos antipsicóticos atípicos y cumplen los criterios de inclusión y un familiar de cada paciente. Para la recolección de datos se utilizó las técnicas de grupo, entrevistas semi-estructuradas y observación participante. 20 sesiones de grupo se llevaron a cabo en una estructura de grupo cerrados. Para evaluar el impacto de las actividades del grupo en la calidad de vida y su adaptación social del paciente se aplicaron (individual) antes y después de las 20 reuniones de grupo, la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida para los pacientes y Inventario de Habilidades para la Vida Independiente para la familia. Para identificar las percepciones de los participantes sobre el proceso de grupo se utilizó las entrevistas semi-estructuradas grabadas. Para el análisis de los datos, se propuso la prueba exacta de Fisher para establecer si existe una asociación entre las preguntas de los cuestionarios, la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida, Inventario de habilidades de vida independiente, y lo tiempo (Antes y Después). La prueba se llevó a cabo con la ayuda de lo software SAS ® 9.0, utilizando PROC FREQ. Se realizó un análisis comparativo de los datos recogidos antes y después de la finalización de las reuniones del grupo. Las conclusiones se refieren a la población y la muestra estudiada, y el contexto elegido, señalando que la actividad del grupo generaram a los pacientes la interrupción del aislamiento social, facilitados por las actividades y se recuperó el sentido de las relaciones sociales, de las habilidades restantes y de las capacidades no estimuladas. Este estudio permite así un salto en la aplicación de estrategias de intervención en los servicios de salud dirigidos a la calidad de la atención a las personas con esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, Clozapina, Terapia Ocupacional, Calidad de Vida, Habilidades Sociales.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Esquizofrenia: aspectos clínicos e terapêuticos	13
1.2 A clozapina como recurso terapêutico na esquizofrenia refratária e suas implicações na qualidade de vida e no ajustamento social do paciente	16
1.3 O grupo de atividades como estratégia para promoção do ajustamento social e qualidade de vida na esquizofrenia	19
2 OBJETIVOS	24
3 METODOLOGIA	25
3.1 Delineamento do estudo	25
3.2 Local do estudo	26
3.3 Sujeitos do estudo	26
3.4 Aspectos éticos	27
3.5 Instrumentos para coleta dos dados	27
3.6 Procedimento para a coleta de dados	29
3.7 Procedimento para a análise dos dados	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Caracterização dos sujeitos do estudo	34
4.2 Impacto do grupo de atividades na qualidade de vida e no ajustamento social das pessoas com esquizofrenia	37
4.2.1 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): rede social	37
4.2.2 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): nível ocupacional	46
4.2.3 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): funções intrapsíquicas e relações interpessoais	53
4.2.4 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): grau de motivação e anedonia (incapacidade de sentir prazer)	61
4.2.5 Resultados do inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR)	63
4.3 Percepção dos participantes do estudo sobre os encontros grupais	86
5 CONCLUSÕES	91
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
APÊNDICE	109
ANEXOS	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização das pessoas com esquizofrenia participantes do estudo	34
Quadro 2 -	Caracterização dos familiares de pessoas com esquizofrenia participantes do estudo	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos pacientes de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “rede social”, da escala QLS-BR, e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)	38
Tabela 2-	Distribuição dos pacientes de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “nível ocupacional”, da escala QLS-BR, e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)	47
Tabela 3-	Distribuição dos pacientes de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “funções intrapsíquicas e relações interpessoais”, da escala QLS-BR, e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)	54
Tabela 4-	Distribuição dos pacientes de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “grau de motivação e anedonia”, da escala QLS-BR, e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)	61
Tabela 5-	Resultados do ILSS-BR referentes à alimentação, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	64
Tabela 6-	Resultados do ILSS-BR referentes aos cuidados pessoais, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	66
Tabela 7-	Resultados do ILSS-BR referentes às atividades domésticas, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	68
Tabela 8-	Resultados da ILSS-BR referentes ao preparo e armazenamento de alimentos, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	71
Tabela 9-	Resultados da ILSS-BR referentes à saúde, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	73
Tabela 10-	Resultados da ILSS-BR referentes à administração do dinheiro, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	77
Tabela 11-	Resultados da ILSS-BR referentes a transporte, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	80
Tabela 12-	Resultados da ILSS-BR referentes ao lazer, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	82
Tabela 13-	Resultados da ILSS-BR referentes ao emprego, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)	84

APRESENTAÇÃO

Aprendemos quando compartilhamos experiências

John Dewey

A frase de John Dewey nos faz refletir sobre o aprendizado, por meio de vivências compartilhadas. A partir desse prisma, as palavras de Dewey se fizeram presentes no decorrer de minha trajetória de vida, pois, sempre me permiti aprender com quem possui disponibilidade afetiva para trocas constantes.

Sendo assim, inicio deixando em evidência que a minha escolha profissional se deu há pouco mais de nove anos, quando, em meio a tantos conflitos acadêmicos, porém permitindo o compartilhar experiências com outras pessoas, decidi pelo curso de Terapia Ocupacional (TO).

Desde o início da graduação, realizada no Centro Universitário Claretiano de Batatais, SP, sempre me dediquei ao máximo, envolvendo-me na participação de eventos, congressos, apresentação de trabalhos, entre outras atividades que poderiam proporcionar embasamento sobre o real sentido (significado) do ser Terapeuta Ocupacional. Nesse contexto, não consegui mais me desvencilhar das atividades, das quais me utilizo hoje, como instrumento de trabalho. Porém, cabe-me relatar aqui um pouco sobre a minha trajetória na área de Psiquiatria e Saúde Mental.

Durante o curso de graduação em TO, pude vivenciar vários campos de estágio, dentre eles o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza na cidade de Ribeirão Preto, SP. A partir do referido estágio, passei a me interessar cada vez mais pela área de psiquiatria, sendo essa, posteriormente, campo de atuação e realização profissional e pessoal. Ainda, durante o período de graduação, pude participar de vários eventos voltados à pesquisa, assistência e clínica psiquiátrica, envolvendo os mais diversos profissionais da Saúde Mental.

Após o término da graduação, a busca pelo aperfeiçoamento das práticas e saberes na área da saúde mental culminou com a aprovação do Aprimoramento de TO em Psiquiatria e Interconsulta Psiquiátrica, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCFMRP-USP), com bolsa fornecida pela FUNDAP (Fundação de Apoio à Pesquisa), obtendo o primeiro lugar na classificação. Durante o aprimoramento, que data de fevereiro de 2006 a janeiro de 2007, pude clinicar e aprofundar meus conhecimentos teóricos com equipes multiprofissionais, referência na área de psiquiatria.

Em seguida, no período de outubro de 2007 a junho de 2008, tive a oportunidade de atuar como supervisor de estágio do curso de TO do Centro Universitário Claretiano de Batatais, SP, no Setor de Agudos Masculinos e Dependentes Químicos do HST - Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, SP, e CAPs - Centro de Atenção Psicossocial de Batatais, SP. Tais experiências conduziram-me à reflexão e questionamento referentes à qualidade de vida desses

pacientes que passam por internações psiquiátricas e/ou se encontram em acompanhamento ambulatorial.

As observações empíricas e informais, realizadas durante todo esse percurso, principalmente no Ambulatório de Reabilitação Psicossocial do HCFMRP-USP, com sujeitos portadores de esquizofrenia refratária, evidenciaram que a realidade de tais pacientes é permeada por limitações nas diferentes esferas do seu cotidiano: dificuldades em relação à própria alimentação, cuidados pessoais, realização das atividades domésticas, administração do dinheiro, transporte de via pública, dificuldades para organizar atividades de lazer e laborais, bem como estabelecer relações e vínculos afetivos com familiares e outras pessoas de seu meio social, falta de iniciativa/motivação e dificuldades para se organizar no tempo e espaço, apresentando repertório de atividades cotidianas ocupacionais empobrecido.

Frente ao contexto descrito acima, justifica-se o desenvolvimento do projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestre, realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto–USP no Programa de Enfermagem Psiquiátrica, que propõe implementar e avaliar o impacto de um grupo de atividades, de TO, na qualidade de vida e ajustamento social de pessoas com esquizofrenia refratária. Acredito que um estudo dessa natureza poderá contribuir para a discussão e implementação, nos serviços de saúde mental, de modalidades terapêuticas psicossociais que venham potencializar outras estratégias de tratamento, promovendo melhora na qualidade de vida do paciente.

Sintetizo a minha mensagem nas palavras de Antoine de Saint Exupéry que traz em seu livro, O Pequeno Príncipe: ‘TU TE TORNAS ETERNAMENTE RESPONSÁVEL POR AQUILO QUE CATIVAS’, acreditando que somos eternamente responsáveis pela construção das relações e trocas com o outro, fato este que requer muita disponibilidade envolta de grandes atitudes.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Esquizofrenia: aspectos clínicos e terapêuticos

Segundo a Organização Mundial de Saúde - WHO (2001), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, os quais resultam da interação de fatores genéticos e ambientais. Esses transtornos mentais e do comportamento representam cinco das dez principais causas de morbidade em todo o mundo, e estimativas apontam que essa porcentagem de morbidade mundial, atribuível aos transtornos mentais e do comportamento, poderão aumentar de 12%, em 1999, para 15%, no ano 2020.

Dentre os transtornos psiquiátricos, a opção é pelo estudo do portador de esquizofrenia, tendo em vista as especificidades desse transtorno que consiste em condição de caráter potencialmente incapacitante, ocasionando impacto significativo na vida da pessoa e também de seu familiar.

Emil Kraepelin (1856-1926) conceituou a esquizofrenia como *dementia praecox* (espécie de "enfraquecimento psíquico") que acometia sujeitos no final da adolescência e início da idade adulta. Já para Eugene Bleuler (1857-1939) o termo esquizofrenia era entendido como esquizo = divisão e phrenia = mente (ELKIS, 2001).

A esquizofrenia é hoje compreendida como transtorno de etiologia não definida claramente e muito complexa (BRESSAN; PILOWSKY, 2003). Trata-se de um transtorno psicótico maior (ou um grupo de transtornos) que envolve um conjunto de fatores biopsicossociais com a desorganização de diversos processos mentais e respostas clínicas variadas (RIGBY; ALEXANDER, 2008; FALKAI et al., 2006; GARVER; HOLCOMB; CHRISTENSEN, 2000; LOUZÃ; SHIRAKAWA, 1999).

Para Sadock e Sadock (2007), a esquizofrenia consiste em transtorno mental que se caracteriza por uma desorganização de diversos processos mentais, sendo uma das desordens psiquiátricas mais desafiadoras e complexas que aflige a humanidade, levando o indivíduo a apresentar vários sintomas. Os sintomas principais desse transtorno são altamente variáveis entre os pacientes, destacando-

se: alucinações, delírios, fala e comportamento desorganizados, afeto inapropriado, déficits cognitivos e função psicossocial prejudicada.

Verifica-se, atualmente, na literatura, que os sintomas da esquizofrenia estão agrupados em “positivos” (alucinações e delírios), “negativos” (avolição, embotamento afetivo), sintomas de desorganização (pensamento e comportamento), sintomas afetivos (afeto inapropriado e ideação suicida) e disfunção cognitiva (memória, atenção e funções cognitivas alteradas) (MONTEIRO; LOUZÃ, 2007; SILVA, 2006; WHO, 2001; ADAD; CASTRO; MATTOS, 2000). Conforme Pratt et al. (2005) os sintomas negativos são considerados os determinantes mais críticos do funcionamento psicossocial.

Para se obter o diagnóstico de esquizofrenia, deve-se excluir a condição de doença cerebral orgânica e considerar a ocorrência de um conjunto de sintomas característicos, ou um sintoma nuclear, que devem permear a maior parte do tempo no último mês ou mesmo por um período menor, caso o quadro tenha sido tratado com êxito, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 2004), ou seguindo os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quarta Edição) – DSM-IV (FIRS, 2000), pelo período mínimo de seis meses.

Constata-se, assim, que a esquizofrenia, ao contrário do que comumente ocorre na maioria dos demais transtornos (psiquiátricos ou não), afeta praticamente todas as áreas da vida do paciente: funcionamento social, ocupacional, cognição, relações afetivas, entre outras (WAGNER; KING, 2005).

Tanto homens quanto mulheres são afetados igualmente. Estudos apontam que o transtorno inicia-se no final da adolescência ou início da vida adulta, acometendo os indivíduos em fase produtiva (FALKAI et al., 2006; FURTADO, 2001 e WHO, 2001). Chaves (2000) refere que os sintomas podem ter início cinco anos mais tarde em mulheres, embora sua prevalência seja aproximadamente igual em ambos os sexos. Por ser transtorno crônico e que acomete indivíduos em idade produtiva, apresenta grande representatividade em termos financeiros (SADOCK; SADOCK, 2007).

Estudos mostram que alguns fatores de risco podem ser desencadeadores para um quadro de esquizofrenia, tais como: história familiar positiva, complicações pré-natais e perinatais, presença de alterações

comportamentais e/ou neurológicas na infância, entre outros (ARARIPE NETO, BRESSAN; BUSATTO FILHO, 2007; VALLADA FILHO; SAMAIA, 2000).

Ortiz (2004) e Giacon (2006) destacam alguns fatores relacionados à predisposição dos indivíduos para o desenvolvimento da esquizofrenia: **biológicos**, os quais estão ligados à genética ou a alguma lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores e os **psicossociais**, os quais são ligados ao indivíduo por meio de sua interação com o meio ambiente social, através de estresse elevado, fobia social e exposição a ansiedades, situações sociais e emocionais intensas. São indicadores de pior prognóstico, a história familiar positiva, sexo masculino e anormalidades estruturais cerebrais (NORMAN et al., 2007; ROSENFARB et al., 2004; CHAVES, 2000; MALASPINA et al., 2000; MURRIA; VAN, 1998).

Pesquisadores que acreditam nos fatores biológicos como causa da esquizofrenia ressaltam que há, como elemento central, um desequilíbrio na transmissão sináptica de neurotransmissores (ARARIPE NETO; BRESSAN; BUSATTO FILHO, 2007; BRESSAN; PILOWSKY, 2003). Dentre os modelos bioquímicos existentes, o mais aceito é o dopaminérgico, o qual é originado de estudos farmacológicos (SADOCK; SADOCK, 2007; FALKAI et al., 2006; RANG; DALE; RITTER, 2001). A partir dessa hipótese, contribuições importantes se fizeram presentes para a melhora da qualidade de vida e ajustamento social, porém, até o momento, não há cura para a esquizofrenia, sendo a prevenção de crises e recaídas possibilitados por meio de contínuos tratamentos farmacológicos e psicoterápicos.

Cerca de um terço dos casos pode apresentar recuperação sintomática e social completas, porém, em sua maioria, há tendências de um curso crônico ou recorrente, com sintomas residuais e recuperação social incompleta (FALKAI et al., 2006; WHO, 2001). Estudos indicam que 70% dos pacientes com esquizofrenia respondem aos neurolépticos convencionais, sendo os 30% restantes considerados refratários (ABREU; SCHESTATSKY; LOBATO, 1995; COSTA, 1991).

Frente a essa proporção de pacientes que não responde ao tratamento farmacológico, é imprescindível relatar o conceito de esquizofrenia refratária, o qual se faz alvo de interesse nesta pesquisa.

A esquizofrenia refratária refere-se aos pacientes com pouca ou nenhuma resposta ao tratamento com o uso de medicação antipsicótica (BARBOSA et al., 2007). Levando-se em consideração a prevalência da esquizofrenia em

aproximadamente 1% da população, estudos presumem que exista ao menos um milhão de pacientes com esquizofrenia no Brasil, sendo que, desse total, cerca de 300 mil são refratários (ABREU; SCHESTATSKY; LOBATO, 1995; COSTA, 1991).

Embora estudos apontem a eficácia dos antipsicóticos, cerca de 20 a 30% dos portadores de transtorno mental que respondem inicialmente ao efeito da medicação podem ter recaída, mesmo fazendo uso contínuo da mesma (MELTZER; KOSTACOGU, 2001). Pode-se, então, inferir que alguns pacientes em tratamento para esquizofrenia ainda experimentam a sintomatologia de delírios e alucinações, apresentando pouca colaboração e inserção do familiar no tratamento. É fato que esses pacientes podem se beneficiar dos antipsicóticos atípicos, incluindo a clozapina (STAHL, 2002).

1.2 A clozapina como recurso terapêutico na esquizofrenia refratária e suas implicações na qualidade de vida e no ajustamento social do paciente

Por se tratar de transtorno crônico, o tratamento da esquizofrenia tem como objetivos aliviar os sintomas e melhorar as condições inerentes à vida do paciente (GAMA et al., 2004). Dentre as opções terapêuticas para seu tratamento, destacam-se os psicofármacos.

Felizmente, devido ao crescente desenvolvimento tecnológico e das pesquisas, há diversos medicamentos com comprovada ação terapêutica. Isso contribui para que, na atualidade, o tratamento farmacológico dos transtornos mentais seja um dos mais completos. Nos Estados Unidos, os psicofármacos representam economia de mais de 40 bilhões de dólares, desde 1970, sendo 13 bilhões nos custos de tratamento e 27 bilhões em custos indiretos. Sem os tratamentos modernos, os pacientes tipicamente passavam um quarto de sua vida adulta no hospital e metade dela incapacitados (STUART; LARAIA, 2001).

Dentre os grupos de medicamentos psicotrópicos, utilizados para o tratamento da esquizofrenia, destacam-se os antipsicóticos que, embora, em sua maioria, pertença ao grupo dos típicos, são os atípicos (ou de segunda geração) os de menor probabilidade para causar efeitos colaterais (SADOCK; SADOCK, 2007; STAHL, 2002).

Rumo à desinstitucionalização, desde a década de 50, os antipsicóticos vêm ganhando grande importância na comunidade, pois essas drogas melhoram os sintomas psicóticos, mantendo a estabilidade clínica e prevenindo possível deterioração em longo prazo (DURÃO; SOUZA; MIASSO, 2007).

Para os pacientes com esquizofrenia refratária, especialmente, os avanços no desenvolvimento de antipsicóticos atípicos proporcionaram novas esperanças. Nesse contexto, destaca-se a clozapina, usada para essa finalidade desde a década de 70, estando disponível no Brasil desde 1992 (ELKIS, 2001). Estudos têm revelado que a clozapina contribui para a melhora de funções cognitivas e socializantes do sujeito, possibilitando a experimentação de vivências pessoais e sociais satisfatórias (JOHANN; VAZ, 2006; FURTADO, 2001).

A remissão ou melhora dos sintomas negativos e cognitivos, promovidos pela clozapina, proporciona aos pacientes, com diagnóstico de esquizofrenia, a melhora também no convívio social e familiar desses (GAMA et al., 2004). Logo, a clozapina é um antipsicótico atípico, com menos riscos de efeitos extrapiramidais, que promove melhor adesão ao tratamento, diminui a incidência de internações e contribui para aumentar a qualidade de vida (LINDNER et al., 2009). Os antipsicóticos atípicos, destacando aqui a clozapina, apresentam eficácia similar ou superior na prevenção da recaída e na supressão dos sintomas, quando comparados aos antipsicóticos típicos (FALKAI et al., 2006).

Johann e Vaz (2006) demonstraram, em seu estudo, que, quando em uso desse medicamento, os pacientes possuem melhora na capacidade de produção, desempenho e adaptação à tarefa. Mostraram, também, que o raciocínio lógico passa a funcionar razoavelmente bem, que os pacientes apresentam controle geral sobre seus impulsos e instintos, bem como certa capacidade para tolerar frustrações e potencial para desenvolver capacidade de iniciativa.

Durão (2004) constatou em sua pesquisa que, antes do uso da clozapina, era comum nos pacientes a imprevisibilidade de comportamento e demonstração de agressividade. No cotidiano, tal manifestação causava isolamento social e perdas nas relações com as pessoas mais próximas, prejudicando o convívio social e familiar. Com o uso da clozapina a autora verificou expressiva melhora dos sintomas positivos do transtorno no que se refere à agressividade.

Nessa perspectiva, grande número de estudos tem se dedicado a investigar as variáveis que podem estar associadas à modificação na qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia (HUPPERT et al., 2001).

Qualidade de vida é aqui descrita como o nível, padrão ou grau de um estado de atividade funcional de determinada pessoa, de forma ampla e completa, voltado ao bem-estar e satisfação, possibilitados nas mais diversas condições cotidianas, tais como emprego, família, lazer, entre outros conceitos no quadrante de saúde, funções físicas, psicológicas, independência, sociabilidade e forma como o sujeito se relaciona com o mundo (SOUZA; COUTINHO, 2006).

A avaliação da qualidade de vida tem sido utilizada na esquizofrenia para estabelecer o perfil dos pacientes e/ou comparar os grupos de forma transversal e longitudinal, identificar fatores de prognósticos e avaliar os serviços e políticas de saúde, bem como o custo/benefício do uso de novos fármacos. As pessoas com esquizofrenia demonstram-se menos satisfeitas com sua qualidade de vida comparada à população em geral (WAGNER; FLECK, 2008).

O referido transtorno, na atualidade, constitui a maior causa de internação nos hospitais psiquiátricos (SADOCK; SADOCK, 2007). Segundo os dados de estudo da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial, nos próximos dez anos a esquizofrenia estará entre as dez doenças mais caras do mundo em custos pessoais e econômico-financeiros, não apenas no que diz respeito ao absenteísmo no trabalho e à diminuição da qualidade de vida como, também, em termos de comprometimento e redução de dias úteis de vida (COSTA; SILVA, 2002).

Conforme descrito, verifica-se que a esquizofrenia tem grande relevância para o setor saúde de forma geral, pois apresenta consequências significativas pessoais e sociais referentes ao ajustamento social e na própria qualidade de vida desses pacientes.

Para garantir o tratamento efetivo e adequado desses pacientes, portanto, não basta o investimento financeiro. Faz-se necessária a busca por ações que visem a otimização do tratamento e promoção da reabilitação e qualidade de vida, uma vez que há consequências desse transtorno para todos os envolvidos: pacientes, familiares, instituição e profissionais da área da saúde, inclusive no que se refere à aderência ao tratamento farmacológico ou psicoterápico prescrito.

1.3 O grupo de atividades como estratégia para promoção do ajustamento social e qualidade de vida na esquizofrenia

Sabe-se que o uso de psicofármacos é indispensável ao controle dos sintomas psicóticos da esquizofrenia. Penadés et al. (2006) afirmam que, com o tratamento psicofarmacológico, é possível reduzir os sintomas psicóticos e prevenir recaídas, porém, o mesmo não apresenta impacto significativo nos aspectos cognitivos ou funcionais. Desse modo, para intervenção adequada faz-se necessária a combinação do tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família, envolvendo o paciente em atividades sociais e ocupacionais, no intuito de minimizar o estigma do transtorno mental frente à sociedade (KERN et al., 2009; GIACON, 2006).

Vários estudos têm demonstrado que o tratamento farmacológico combinado às intervenções psicossociais, para a pessoa com esquizofrenia, assumiu maior eficácia. Dentre as abordagens psicossociais destacam-se a psicoterapia e a terapia complementar, tendo essa última a terapia ocupacional (TO) como ponto chave no tratamento de pacientes com esquizofrenia (PFAMMATTER; JUNGHAN; BRENNER, 2006; DICKERSON; LEHMAN, 2006; BUCHAIN et al., 2003; COOK; HOWE, 2003; LAURIELLO et al., 1999).

Conforme Wagner e Fleck (2008), as necessidades objetivas (tais como medicação, lazer, consultas, transportes, entre outras) não são suficientes para o paciente com esquizofrenia, pois há, também, as necessidades subjetivas que garantem sua satisfação com a vida. A percepção do indivíduo sobre si pode ser influenciada por fatores de ordem psicológica, social e ocupacional e a relação entre medidas objetivas e subjetivas denotam o sofrimento desses pacientes com suas perdas funcionais, principalmente em relação às atividades laborais e afetivas, levando, assim, profissionais e serviços a refletir sobre a criação de políticas de inclusão social e ocupacional. Portanto, para Bock et al. (1998), as intervenções que se utilizam de atividades possuem efeitos pedagógicos, possibilitando aos pacientes a aprendizagem de comportamentos inéditos e a ampliação de recursos que podem facilitar no enfrentamento de suas próprias limitações e melhorar a interação social.

No contexto do tratamento psicossocial da esquizofrenia, especialmente daqueles pacientes refratários, medicados com clozapina, a TO assume papel

relevante, pois se centra em atividades com a função de possibilitar a recuperação da capacidade funcional e combater a anedonia, permitindo à pessoa executar qualquer tarefa. Nessa perspectiva, pode contribuir para a melhora na qualidade de vida do paciente, por meio de sua readaptação social, colocando-o na condição de autor de sua própria existência (SHIRAKAWA, 2000). O desenvolvimento de grupos consiste em uma das estratégias adotadas pelo terapeuta ocupacional para alcance desse objetivo.

Nessa perspectiva, Finlay (2004) destaca que o processo de terapia ocupacional possibilita ao indivíduo a participação em atividades que sejam significativas para o melhor enfrentamento de sua vida diária, no âmbito psicossocial.

Com os objetivos de promover o ajustamento de desempenho em atividades diárias, prevenir perdas funcionais e propor adaptações adequadas, de modo que o indivíduo possa continuar com sua vida produtiva, a TO emprega, como uma das modalidades de tratamento, a educação do paciente por meio de um modelo grupal de intervenção.

Conforme Ballarin (2003), as atividades vêm sendo empregadas em grupos de TO desde a década de 1930, nos Estados Unidos, e tinham por objetivo a socialização até 1950, quando os neurolépticos ganharam evidência no tratamento de distúrbios psiquiátricos, a fim de possibilitar maior controle dos sintomas. A partir dessa data, as metas terapêuticas envolviam melhor esclarecimento nos processos dos indivíduos e suas atividades, além da própria socialização, se intensificando a utilização de grupos e atividades nas mais diferentes abordagens. No Brasil, portanto, na área de saúde mental propriamente dita, nas décadas de 1980 e 1990, as políticas e diretrizes desse país proporcionaram grandes contribuições na assistência psiquiátrica, no que diz respeito à prática de grupos.

O trabalho em grupo é tido como ferramenta de extrema importância para o tratamento de pacientes com transtorno mental, de forma que esse supere as dificuldades de relacionamento e o embotamento afetivo, a partir de abordagens que envolvam atividades (HAGEDORN, 2007).

Liebmann (2000) ressalta que a utilização de grupos reforça o aprendizado social entre os integrantes, permitindo que pessoas com necessidades semelhantes possam se apoiar e oferecer soluções. Tal prática permite, ainda, a experimentação de diversos papéis, bem como o desenvolvimento de recursos e

habilidades latentes, podendo ser mais viáveis economicamente por atenderem diversas pessoas ao mesmo tempo.

Destaca-se, assim, na clínica da TO, a utilização de grupos como recurso de extrema importância para a ressocialização e relacionamento grupal da pessoa com esquizofrenia que, por sua vez, apresenta necessidade de retomar as atividades de trabalho, vontade de produzir e aprender algo que transpasse o vazio (BALLARIN, 2003). No interior de cada grupo, é possível ao indivíduo experimentar ações de seu próprio contexto social, internalizando distintas formas de “funcionar” em grupo, buscando uma identidade social e ativa (BRUNELLO, 2002; SAMEA, 2002).

Para Brunello (2002), a TO tem se apropriado de grupos como intervenção terapêutica eficaz em serviços de saúde, buscando a articulação de papéis na dinâmica entre seus integrantes.

O **grupo de atividades** é um tipo de grupo muito utilizado com pacientes psicóticos na clínica da TO, pois permite processo complexo de construção de representação interna, devido ao tipo de organização psíquica própria da psicose, pois, como relata Maximino (2001), a representação interna de grupos implica em possibilitar visualizar um conjunto de pessoas como uma unidade, da qual se faz parte. No entanto, a partir do momento em que um grupo se faz existente, ele pode ser usado para os mais diversos fins, a ponto de que a representação interna sobreviva às mudanças do grupo. A constituição desse tipo de grupo, com pacientes psicóticos, pode funcionar como "caixa de ressonância" que, para Maximino (2001), consiste nas intervenções que são implementadas para determinado paciente, as quais ecoam e atingem o grupo como um todo, constituindo um “espaço potencial” para a aquisição de autonomia, durante a realização das atividades e intervenção do coordenador. De acordo com Maximino (2001), para que um grupo cumpra a função de espaço potencial, são necessárias duas características básicas: a confiabilidade e ambiente facilitador gradual que contribua para estimular a experimentação e a exploração do mundo. Desse modo, o uso de grupos para a TO tem como objetivo: mobilizar, estimular, educar, conscientizar, possibilitar ambiente terapêutico que ofereça espaço de transformação, troca de experiências e relacionamento entre os participantes. A partir do “fazer junto”, valoriza-se o “fazer em grupo”, pois, quando “fazemos junto”, a produção pode possuir sentidos com características terapêuticas (BRUNELLO, 2002; MAXIMINO, 2001).

Benetton (1991) denomina **grupo de atividades** como aquele em que o sujeito faz sua atividade individualmente e mantém relação estreita com o terapeuta.

Furtado (2001) afirma que pacientes com esquizofrenia, no tratamento de TO, tendem a aprender a utilizar recursos e mecanismos por meio das atividades, saindo da condição de autorreferência, apropriando-se de vivências como algo que pertence a si, dialogando com o outro e se colocando no lugar de autor de seu próprio feito e sua própria vida. Maximino (1998) corrobora essas ideias afirmando que, para o paciente psicótico, é muito importante a vivência em grupo, pois o auxilia na sedimentação de suas próprias representações internas.

Tem-se, atualmente, demonstrado que as abordagens psicossociais, incluindo aquelas da TO, além de propiciarem a aderência farmacológica visam melhorar globalmente tanto a qualidade de vida dos pacientes como a forma de lidar com situações estressoras, auxiliando no aumento do intervalo entre as crises, diminuindo a severidade dos episódios e melhorando o ajustamento social desses pacientes (KNAPP; ISOLAN, 2005; SAJATOVIC; DAVIES; HROUDA, 2004; LAM; WATKINS; HAYWARD, 2003; ZARETSKY, 2003; JOHNSON et al., 2003).

Ainda há, contudo, dúvidas em relação a pacientes com esquizofrenia: se esses são capazes de cuidarem de si e cuidarem de sua qualidade de vida, devido aos déficits cognitivos e à falta de percepção decorrentes da própria doença (SOUZA; COUTINHO, 2006).

Para Lima (2006), a qualidade de vida está em estreita relação com a TO pelo fato de essa profissão ser abordagem psicossocial direcionada à prática social e de saúde, além de abarcar discussões éticas sobre os mais variados modos de vida. Utiliza-se, ainda, das atividades humanas como instrumento que possibilita trocas sociais, permitindo ao indivíduo a capacidade de (re)criar e agir no mundo.

Para a pessoa com esquizofrenia, os aspectos inerentes à qualidade de vida estão comprometidos, tendo em vista o frequente prejuízo no funcionamento social, decorrente da evolução sintomatológica do transtorno. Sabe-se que os pacientes com esquizofrenia possuem recursos pessoais e ambientais limitados, tendo seu cotidiano permeado por fragmentações diversas que resultam em sofrimento e sentimentos de incapacidade para realizarem tarefas básicas no trabalho, lazer, vida sexual e/ou afetiva (SOUZA; COUTINHO, 2006; BARBOSA, 1998).

Nesse contexto, destaca-se que ajustamento social adequado, nesses pacientes, pode constituir importante fator de prevenção de recaída em situações estressantes e meio de evitar possíveis comentários críticos e hostilidade dos familiares em relação aos déficits sociais, contribuindo, de modo significativo, para a qualidade de vida do paciente (CHAVES; MARI; SHIRAKAWA, 2001; SHIRAKAWA; CHAVES, 1996).

Tendo em vista o contexto descrito, este estudo partiu do pressuposto de que um grupo de atividades pode promover impacto positivo no ajustamento social e qualidade de vida da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia refratária, especialmente daquela em uso de clozapina (devido à melhora de funções cognitivas e socializantes, proporcionada por esse medicamento). A clozapina abre portas para a real efetivação da socialização e ajustamento social e o grupo de atividades tem se mostrado recurso adequado para alcançar tal sucesso.

Acredita-se que o atendimento em grupo viabilize a educação, socialização dos pacientes, desenvolvimento de habilidades pessoais, novas possibilidades de enfrentamento do transtorno e melhor desempenho de papéis ocupacionais, melhorando os aspectos psicofísicos relacionados à doença.

2 OBJETIVOS

São objetivos deste estudo:

- Avaliar o impacto de um grupo de atividades (Terapia Ocupacional) na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina, em acompanhamento ambulatorial em um hospital geral.
- Investigar a percepção dos participantes do estudo sobre os aspectos positivos e negativos dos encontros grupais.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de pesquisa de avaliação, do tipo descritiva, longitudinal e de natureza quali-quantitativa. Vale ressaltar que as pesquisas de avaliação, conforme Polit et al., têm como propósito “descobrir quão bem está funcionando um programa, tratamento, prática ou política”. Na pesquisa de avaliação o que se quer é encontrar respostas a questões práticas, colocadas pelas pessoas que precisam tomar decisões. Desse modo, tem o propósito detectar o quanto um procedimento está funcionando (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para Minayo (2008), a abordagem qualitativa atenta-se aos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes que são resultantes da ação humana objetiva, fatores esses que se estendem ao cotidiano, vivência e explicação de indivíduos que experienciam determinadas situações. Minayo e Deslandes (2002) reforçam que a abordagem qualitativa possibilita melhor compreensão de hábitos e atitudes dos mais diferentes grupos, destacando-se aspectos relevantes à saúde, doença, terapêuticas, políticas, programas e quaisquer ações empregadas pelos serviços de saúde. Ainda, para esses autores, a fim de se estabelecer o tipo de abordagem empregado em determinado estudo, qualitativa ou quantitativa, o que se torna evidente e fundamental é o conhecimento sobre a utilização e pertinência do objeto a ser estudado.

A relação entre a abordagem quantitativa e a qualitativa deve ser entendida como complementaridade e não como sobreposição de uma delas, fornecendo parâmetros que articulem entre o singular, o individual e o coletivo (MINAYO, 2008; MINAYO; DESLANDES, 2002).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado junto ao grupo de pacientes em uso de antipsicóticos atípicos (GRUMA) que funciona em um ambulatório de reabilitação psicossocial (AREP), localizado na Unidade C do terceiro andar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Esse grupo funciona desde 1999 e surgiu da necessidade de formalizar o atendimento aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, àqueles que obtiveram melhor controle de sua doença com o uso de clozapina e aos seus familiares. O grupo é realizado às segundas-feiras, das 14 às 15 horas, com os pacientes e seus familiares. A equipe responsável pelo atendimento é composta por uma enfermeira, uma assistente social, uma aprimoranda do serviço social, um médico assistente e um médico residente (R2). O GRUMA é constituído por três subgrupos. Cada subgrupo é composto por sete pacientes e ocorre mensalmente, tendo por objetivos: avaliação psiquiátrica periódica dos pacientes com respaldo de hemograma e outros exames, controle dos processos de aquisição gratuita de novos antipsicóticos (medicações de alto custo), reintegração social dos pacientes por meio de troca de informações, inserindo o familiar no tratamento.

Optou-se por esse local de estudo por apresentar população representativa do contingente de pessoas com esquizofrenia refratária, em uso de clozapina, não internadas em instituições de assistência, e, portanto, fora do quadro agudo do transtorno, embora necessitando de atenção e/ou acompanhamento psiquiátrico.

3.3 Sujeitos do estudo

Este estudo foi composto por amostra de dezesseis participantes: oito pacientes inseridos no GRUMA e um familiar de cada paciente. Para pertencer à amostra, os pacientes deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de esquizofrenia, estar em uso de clozapina, ter idade igual ou superior

a 18 anos, residir na cidade de Ribeirão Preto, SP, e/ou proximidades, e não possuir comorbidades psiquiátricas e aceitar participar do estudo.

Tendo em vista que a família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores e conhecimentos do indivíduo e que, em geral, quando um indivíduo adoece toda a família sofre e sente as consequências do momento vivenciado (ELSEN, 2002), foi entrevistado, neste estudo, um familiar de cada paciente, mencionado, por esse ser a pessoa mais envolvida ou responsável quanto ao seu tratamento e que consentiu, por escrito, em participar.

3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi desenvolvido após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado (ANEXO A - Protocolo HCRP nº7561/2007). Após consentirem verbalmente em participar da pesquisa, foi solicitado aos participantes (pacientes e familiares) que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), conforme recomendação da Resolução nº196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2005).

3.5 Instrumentos para coleta dos dados

Para atender os objetivos propostos neste estudo, os dados relacionados à avaliação da qualidade de vida e ajustamento social dos pacientes foram mensurados por meio de escalas que têm estudos de validade e fidedignidade comprovados (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003; CARDOSO, 2001). Para a avaliação do impacto do Grupo de Atividades na Qualidade de Vida dos pacientes, foi empregada a escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia - QLS-BR (ANEXO B) e, para a avaliação do impacto no ajustamento social, o inventário de habilidades de vida independente - ILSS-BR (ANEXO C), conforme descrições a seguir.

a) Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR). Essa escala foi empregada para avaliar o impacto do grupo de atividades na qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia. Foi traduzida e validada para a língua portuguesa por Cardoso (2001), em dissertação de mestrado defendida na Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. A referida escala é composta por 21 itens que avaliam: relacionamento íntimo com membros da casa; relacionamento com amigos íntimos; relacionamentos ativos com colegas; nível de atividade social; rede social envolvida; iniciativas sociais; afastamento social; relações afetivo-sexuais; funcionamento ocupacional; nível de realização; grau de subemprego; satisfação com o funcionamento ocupacional; sentido de objetivo de vida; grau de motivação; curiosidade; anedonia; utilização do tempo; objetos comuns; atividades comuns; capacidade de empatia; capacidade de envolvimento e interação emocional com o entrevistador. Tem por objetivo avaliar todos os itens referentes às últimas três semanas da vida do paciente, os quais são classificados em uma grade de sete pontos (quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida do paciente). O tempo de aplicação é de aproximadamente 45 minutos (HEINRICHS; HANLON; CARPENTER, 1984).

b) Inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR). Essa escala foi utilizada para avaliar o impacto do grupo de atividades no ajustamento social dos pacientes com esquizofrenia. Foi aplicada aos informantes com a finalidade de se obter o ponto de vista dos mesmos sobre o ajustamento social de seu parente ou residente em sua casa, detectando dados sobre a maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses. Essa escala foi adaptada para o Brasil por Lima; Bandeira e Gonçalves (2003). A escala possui 84 itens distribuídos em nove subescalas, as quais avaliam o funcionamento dos pacientes psiquiátricos em nove áreas da vida cotidiana (alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento dos alimentos, saúde, administração do dinheiro, lazer, emprego e transporte), de acordo com a frequência em que eles apresentam as habilidades para o seu funcionamento independente na comunidade, no último mês precedente à entrevista. É uma escala do tipo Likert de cinco pontos (0 - nunca; 1 - algumas vezes; 2 – com frequência; 3 – na maioria das vezes e 4 – sempre). Quanto maior o escore, maior o ajustamento social do

paciente. A versão original da escala, *Independent Living Skills Survey* (ILSS), foi elaborada por Wallace; Kochanowicz; Wallace (1985) e relatada por Wallace (1986).

c) Para investigar a opinião dos participantes do estudo sobre os aspectos positivos e negativos dos encontros grupais, foi utilizado instrumento elaborado pelo pesquisador, o qual foi avaliado por três pesquisadores conhecedores da temática em questão, contendo dados de identificação do paciente (sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil) e duas questões norteadoras, descritas a seguir.

Pense em todos os grupos de atividades que você participou:

- conte-me o que mais lhe agradou (o que foi positivo)
- conte-me o que mais lhe desagradou (foi negativo).

As questões norteadoras apenas possibilitaram o direcionamento dos pontos do estudo a serem explorados. Novas questões foram acrescentadas, utilizando linguagem clara e objetiva, com o intuito de facilitar a compreensão do entrevistado, esclarecer e fundamentar a experiência. O tempo para cada entrevista não foi pré-determinado, apresentando média de variação de trinta a sessenta minutos.

3.6 Procedimento para a coleta de dados

Para a coleta dos dados, foram utilizadas as técnicas de grupo, entrevista semiestruturada e observação participante. Os pacientes e familiares foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, foram agendadas, junto aos mesmos, a entrevista (individual) para aplicação, respectivamente, da escala de avaliação da qualidade de vida (QLS-BR) e o inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR). Após todos os pacientes e familiares serem entrevistados, foi agendado o primeiro grupo de atividades para os pacientes.

Os grupos de atividades (Terapia Ocupacional) foram coordenados pelo pesquisador nas dependências do HCFMRP-USP, em local no qual foi possível garantir o conforto e a privacidade a todos os sujeitos envolvidos na pesquisa.

Todos os pacientes do GRUMA foram convidados a participar dos grupos de atividades, porém, apenas oito deles aceitaram a participação, sendo todos com diagnóstico de esquizofrenia e em uso de clozapina. A esse respeito Ballarin (2003) ressalta que, na área de saúde mental, os grupos geralmente têm se mostrado muito viáveis quando possuem entre cinco e oito integrantes.

Os grupos desta pesquisa foram realizados semanalmente, em uma sala reservada, com duração de noventa minutos, perfazendo o total de 20 encontros, em um período de seis meses. Esses grupos funcionaram sempre às quintas-feiras das 14 às 15h30, na sala rosa de voluntariado do HCFMRP-USP. Esse local foi selecionado por ser amplo, iluminado, sem poluição sonora, arejado, conter pia, banheiro e mesas adequadas, fatores esses respaldados pelos pressupostos de Liebmann (2000), além de não haver necessidade de os pacientes entrarem no Hospital para a realização dos grupos de atividades, uma vez que essa sala se localiza no *hall* de entrada.

Os materiais utilizados foram os seguintes: borracha escolar, caneta esferográfica (várias cores), caneta hidrocor (cores variadas), cola branca, cola colorida, placa de isopor, cola para isopor, lápis preto, pincel atômico (cores variadas), régua plástica milimetrada, papel cartonado (cores variadas), papel dobradura (cores variadas), papel macro-ondulado (cores variadas), papel sulfite, bloco de papel A3, bloco de papel desenho Canson, tinta para tecido (cores variadas), tinta plástica (cores variadas), tinta acrílica (cores variadas), tinta guache (cores variadas), bexiga, prendedor de roupa de madeira, ímãs (diversos tamanhos), grampeador de mão tipo alicate, gesso em pó, giz de cera, lápis de cor, tela para pintura (tamanhos diversos), fita crepe, fita dupla face, barbante, tesoura, lixa para madeira (diferentes texturas), pincéis (vários tamanhos), pistola de cola quente, refil para pistola de cola quente, miçangas (cores variadas), fecho de rosca para bijuterias, alicate para bijuteria, fio de *nylon*, torquês com mola, agulhas para costura, linha para costura, agulhas de crochê (diversos tamanhos), linhas para crochê (várias cores), agulhas para tricô (diversos tamanhos), lã (várias cores), tela para tapeçaria (diversos tamanhos), barbantes (cores variadas), peças de madeira em MDF (fibra de média densidade - diversas formas), pastilhas para mosaico, pó para rejunte e pano de prato, formas de acetato (diversos modelos), verniz, álcool, cortador de isopor elétrico, pirógrafo. Foram, ainda, utilizados alimentos durante a atividade de culinária.

As atividades mais executadas durante todos os grupos foram: desenho livre, pintura em tela, pinturas em peça de madeira (MDF) – porta-retratos, porta-jóias, porta-lápis, porta-guardanapo – mandalas (artesanato construído com palito de churrasco e linha de crochê), diversas peças de bijuterias, construídas com miçangas bem como atividade de culinária.

Para atender os objetivos desse estudo, o grupo aqui proposto foi do tipo “grupo fechado” que, de acordo com Ballarin (2003) e Castilho (2004) se caracteriza por um contrato grupal, no qual se estabelece o prazo de vida do grupo. Esse tipo de grupo, uma vez iniciado, não permite a entrada de novos participantes e, teoricamente, os que se propuserem a participar deverão permanecer até a data prevista de término do mesmo. Liebmann (2000) complementa que o grupo fechado possibilita maior conhecimento e o desenvolvimento de confiança mútua, podendo compartilhar experiências cada vez mais profundas.

Todos os grupos foram coordenados pelo pesquisador e, em alguns momentos, contou-se com a colaboração do médico responsável pelo serviço, da assistente social e de uma aprimoranda do serviço social do HCFMRP. As atividades realizadas nos grupos tiveram caráter dinâmico, ou seja, foram baseadas na demanda dos participantes, de acordo as necessidades e interesses apresentados pelo grupo.

A proposta foi apresentada, inicialmente, ao grupo em prol do desenvolvimento de espaço de acolhimento e suporte, no qual experiências e vivências pudessem ser compartilhadas, auxiliando-os para o enfrentamento de algumas dificuldades, advindas do seu cotidiano, decorrentes da sua condição clínica de portador de transtorno mental. Foi ressaltada a importância do trabalho em grupo, o qual poderia facilitar a comunicação, interação social e expressão de sentimentos, além de proporcionar a descoberta de algumas habilidades, por meio de determinadas atividades.

Os encontros tinham início com a disposição e apresentação dos diversos materiais, bem como da sua aplicabilidade, ou seja, as atividades que poderiam ser realizadas com determinado material, fatores esses que Figlie; Melo e Payá (2004) e Liebmann (2000) acreditam ser de extrema importância para o contrato terapêutico. Tais autores reforçam, ainda, a importância da apresentação do terapeuta, os aquecimentos iniciais, data, horário e local das sessões, deixar claro a todos os objetivos do grupo, implicação sobre as faltas ou abandono, sigilo, explicação das

sessões, inclusão de eventuais visitas ou atendimentos externos, regras sociais comuns e responsabilidade grupal. Logo, a exploração dos materiais se dava a partir da curiosidade e iniciativa de cada participante necessitando, em alguns momentos, do auxílio do terapeuta ocupacional.

Durante a realização de cada grupo, o pesquisador desenvolveu registros em diário de campo e observação participante, a fim de ampliar o campo de análise. Após o término dos 20 encontros grupais, visando o acesso à percepção dos participantes sobre o processo grupal, foi agendada uma entrevista individual, de acordo com a disponibilidade dos mesmos e entrevista com um familiar de cada paciente, indicado pelo mesmo como pessoa mais envolvida em seu tratamento. Na entrevista, o participante e o familiar puderam relatar, no mínimo, uma experiência que consideraram positiva e uma negativa em relação ao contexto das atividades grupais. As entrevistas foram gravadas em fita K7 e, posteriormente, transcritas.

Para avaliação do impacto do grupo de atividades na qualidade de vida e ajustamento social do paciente, foram novamente aplicadas (individualmente) a escala de avaliação da qualidade de vida (QLS-BR) para o paciente e o inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR) para o familiar.

3.7 Procedimento para a análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a abordagem quali-quantitativa. Após aplicação dos instrumentos, os dados relacionados à qualidade de vida e ajustamento social do paciente (antes e após a participação no grupo de atividades) foram digitados em uma base de dados estruturada no formato de planilha, no programa Excel. Após digitação e impressão da primeira lista de frequência simples, foram verificados e corrigidos os erros de codificação ou de digitação dos dados. Posteriormente, para análise dos dados, foi proposto o teste exato de Fisher, visando verificar se existe associação entre as questões dos questionários (ILSS e QLS) e o tempo (antes e depois). O teste foi realizado com o auxílio do *software* SAS® 9.0 (SAS INSTITUTE INC, 1999), utilizando a *PROC FREQ*, embasados nos princípios estatísticos de Pagano e Gauvreau (2004).

Foi utilizado, nesta pesquisa, o nível de significância menor ou igual a 0,01, e realizada uma análise comparativa dos dados coletados antes e depois à realização dos encontros grupais.

Para análise dos dados referentes à percepção dos pacientes sobre o processo grupal, utilizou-se a abordagem qualitativa. Conforme Minayo (2008), a análise do material coletado em pesquisa qualitativa possui três finalidades distintas: a primeira consiste em identificar e conhecer as informações obtidas, em segundo momento, deve confirmar ou refutar os pressupostos da pesquisa e em terceiro lugar, é preciso ampliar o conhecimento sobre o tema estudado, considerando o contexto em que ele está inserido.

Desse modo, os depoimentos dos pacientes e familiares, bem como os registros do diário de campo foram utilizados para complementar a análise quantitativa, visando ampliar o conhecimento sobre o objeto de estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na seqüência serão apresentados, em forma de quadros e tabelas, os resultados da presente pesquisa.

4.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Para preservar o anonimato dos sujeitos do estudo, esses foram identificados, ao longo da pesquisa, com a letra “P” para pacientes e “F” para familiares, todos acrescidos de um número escolhido aleatoriamente.

Paciente	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Ocupação
P1	34	F	Solteira	Ensino fundamental incompleto	Afastamento pelo INSS
P2	43	M	Solteiro	Ensino fundamental incompleto	Afastamento pelo INSS
P3	30	M	Solteiro	Ensino médio completo	Aposentado
P4	38	M	Solteiro	Ensino fundamental incompleto	Aposentado
P5	35	M	Solteiro	Superior incompleto	Afastamento pelo INSS
P6	39	M	Solteiro	Ensino fundamental incompleto	Aposentado
P7	52	F	Solteira	Ensino fundamental incompleto	Aposentada
P8	45	M	Solteiro	Superior incompleto	Aposentado

Quadro 1 - Caracterização das pessoas com esquizofrenia participantes do estudo

Embora a prevalência da esquizofrenia seja aproximadamente igual entre homens e mulheres (CHAVES, 2000), neste estudo a maioria dos entrevistados era composta por homens. Estudo epidemiológico realizado em pacientes com esquizofrenia também identificou que, em uma amostra de 305 pacientes, 62,63% eram do sexo masculino (SAMPAIO; SILVA; DELMONDES, 2008).

A idade dos entrevistados variou de 30 a 52 anos. Todos eram solteiros. Como já mencionado, a esquizofrenia inicia-se no final da adolescência ou início da vida adulta (FALKAI et al, 2006) sendo um dos problemas acarretados, pelo seu início precoce, a dificuldade do portador em manter relacionamento afetivo estável. Estudo sobre fatores relacionados às reinternações de portadores de esquizofrenia corrobora essa informação ao identificar que 81,26% dos sujeitos entrevistados eram solteiros (PINHEIRO et al., 2010).

Dentre os pacientes entrevistados, cinco possuíam ensino fundamental incompleto, um possuía o ensino médio completo e dois deles o ensino superior incompleto. Dos oito pacientes, três estavam afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e cinco são aposentados devido ao diagnóstico de esquizofrenia. A esse respeito, destaca-se que as alterações cognitivas são características da esquizofrenia com elevada prevalência e diretamente ligadas à incapacidade funcional (podendo comprometer o desempenho escolar e no trabalho) e a pior qualidade de vida dos pacientes (FERREIRA JUNIOR et al., 2010).

Estudo conduzido por Pinheiro et al. (2010) também identificou o baixo nível de escolaridade entre os pacientes com esquizofrenia investigados, considerando tal aspecto como um dos fatores que impossibilitam o exercício de atividades laborais e o sustento.

Paciente	Grau de parentesco	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Nº de pessoas no domicílio*
F1	Mãe	62	F	Viúva	Ensino médio incompleto	Do Lar	4
F2	Irmã	45	F	Solteira	Superior completo	Desempregada	3
F3	Mãe	58	F	Casada	Ensino fundamental completo	Do lar	3
F4	Tia	56	F	Casada	Ensino fundamental incompleto	Do lar	3
F5	Mãe	68	F	Casada	Superior completo	Aposentada	3
F6	Mãe	58	F	Casada	Ensino fundamental completo	Do lar	4
F7	Mãe	73	F	Casada	Não lembra	Do lar	2
F8	Mãe	71	F	Viúva	Ensino médio completo	Do lar	3

* Foi considerado neste item o domicílio no qual o paciente reside.

Quadro 2 - Caracterização dos familiares de pessoas com esquizofrenia participantes do estudo

Com relação aos familiares entrevistados, todos eram do sexo feminino, com idade de 45 a 73 anos, sendo a maioria casada. No que se refere ao grau de parentesco do familiar entrevistado, pode-se observar que o familiar mais presente na vida do paciente era a mãe. Quanto à escolaridade, destaca-se que uma familiar possuía o ensino médio completo e duas o ensino superior completo. Dentre as familiares entrevistadas, seis eram do lar (realizavam as atividades domésticas na própria casa), uma estava desempregada e outra é aposentada. Todos os familiares entrevistados residiam com o paciente e o número de pessoas por domicílio variou de dois a quatro.

4.2 Impacto do grupo de atividades na qualidade de vida e no ajustamento social das pessoas com esquizofrenia

A apresentação dos resultados relacionados ao impacto do grupo de atividades na qualidade de vida e ajustamento social dos participantes desta pesquisa foi norteadada pelos itens que compõem os instrumentos utilizados neste estudo. Os itens da QLS-BR estão apresentados de acordo com as subescalas que estão divididas em três fatores, os quais apontam como estão organizadas a rede social (1), o nível ocupacional (2) e as funções intrapsíquicas e relações interpessoais (3), além de conterem um grupo extra que avalia o grau de motivação e a incapacidade para sentir prazer na vida (anedonia) dos pacientes. Na sequência serão apresentados os resultados e discussão do inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR). Para complementar as informações obtidas por meio da QLS-BR e do ILSS-BR, serão utilizados os depoimentos dos pacientes e familiares, obtidos por meio da entrevista semiestruturada e observação participante (diário de campo).

4.2.1 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): rede social

A rede social é conceito bastante amplo que abarca os aspectos de como o indivíduo se relaciona na comunidade em que vive. De acordo com Menezes (2000), em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, ficam evidentes os baixos níveis de funcionamento social. Desse modo, para os indivíduos acometidos pela esquizofrenia é uma das principais dificuldades manter e construir uma rede social salutar que priorize sua qualidade de vida, conforme apresentado na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes, de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “rede social” da escala QLS-BR e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)

Domínio rede social (itens)	Pontuação							p-valor
	0	1	2	3	4	5	6	
Relacionamentos íntimos com membros da casa								
ANTES	12,5	0,0	12,5	12,5	37,5	12,5	12,5	0,99
DEPOIS	0,0	12,5	25,0	0,0	37,5	0,0	25,0	
Relacionamentos com amigos íntimos								
ANTES	25,0	25,0	25,0	0,0	12,5	12,5	0,0	0,8322
DEPOIS	37,5	0,0	12,5	0,0	25,0	12,5	12,5	
Relacionamentos ativos com colegas								
ANTES	75,0	12,5	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,3256
DEPOIS	25,0	12,5	25,0	0,0	25,0	0,0	12,5	
Nível de atividade social								
ANTES	37,5	12,5	25,0	0,0	12,5	0,0	12,5	0,99
DEPOIS	50,0	12,5	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0	
Rede social envolvida								
ANTES	12,5	0,0	62,5	12,5	12,5	0,0	0,0	0,2984
DEPOIS	0,0	0,0	25,0	12,5	25,0	0,0	37,5	
Iniciativas sociais								
ANTES	0,0	37,5	12,5	37,5	12,5	0,0	0,0	0,3473
DEPOIS	0,0	12,5	25,0	12,5	50,0	0,0	0,0	
Afastamento social								
ANTES	12,5	0,0	0,0	37,5	25,0	25,0	0,0	0,99
DEPOIS	0,0	12,5	12,5	25,0	25,0	25,0	0,0	

O item “relacionamentos íntimos com membros da casa” visa avaliar relacionamentos íntimos que envolvem participação e cuidados mútuos, com a

família imediata ou com membros da residência onde o paciente vive atualmente. Apesar de não ter havido alteração significativa nesse item ($p>0,01$), depois da participação no grupo, a porcentagem de pacientes considerados com “envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima” (domínio seis) passou de 12,5 para 25,0% e a porcentagem de pacientes com “praticamente nenhuma intimidade” (domínio zero) reduziu de 12,5 para 0,0%.

Destaca-se que, embora apenas 25% dos pacientes tenham sido considerados com “envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima”, tanto os pacientes como os familiares deste estudo referiram que o relacionamento entre os membros da família “é bom”, havendo “comunicação” e “respeito”. Pacientes e familiares expressam, em seus depoimentos, a melhora obtida após o tratamento atual.

Ah, é bom! (P1).

Me comunico bem com eles, meus irmãos, meu pai (P3).

Ah, ele conversa... Ele se dá com todo mundo na minha casa, com primos, as minhas amigas que frequentam a minha casa.... ele se dá com todo mundo. Ele não é tão falante com eles, mais com nós... com minhas parentes ele é mais falante... com minhas primas... ele brinca, com os sobrinhos. Ele, ele gosta de conversar (F2).

Combina muito bem com os irmãos... Conversa... os irmãos já estão tudo casados né, então eles têm as esposas, moram fora, mas quando eles vão em casa eles conversam todo dia (F3).

Eu respeito minha mãe, meu pai, meu irmão (P5).

Esses dias até, há dois meses agora a minha tia de 98 anos ficou em casa, né? Nossa, era companhia dela, ele ficava com ela, levava os remédios... Muito atencioso! (F5)

A literatura evidencia a dificuldade da família na convivência com a pessoa portadora de esquizofrenia, devido, entre outros fatores, à sintomatologia da mesma, incluindo as atitudes agressivas que podem ocorrer quando seus pedidos não são imediatamente atendidos (KOGA; FUREGATO, 2002). Para Frazão e Lima (2008) tais alterações nas relações familiares, decorrentes do surgimento do transtorno, dificultam a manutenção de sentimentos positivos no cotidiano, contribuindo para o aumento da sobrecarga familiar. Nesse estudo, todavia, os depoimentos dos participantes revelaram como “boa” a relação familiar. A esse respeito destaca-se que há tendência de as pessoas com esquizofrenia referirem

grau de satisfação elevado, mesmo em condições adversas de vida o que pode, em parte, ser explicado pelas baixas expectativas e aspirações dessas pessoas (DOYLE et al., 1999).

Especialmente para o paciente que utiliza clozapina, como é o caso neste estudo, a “boa” relação familiar é fundamental para o uso seguro do referido medicamento. A esse respeito, Durão e Souza (2006) afirmam que as intervenções medicamentosas combinadas à terapia psicossocial e apoio familiar propiciam a melhora do paciente, corroborando, assim, os resultados da presente pesquisa.

“Relacionamentos com amigos íntimos” constitui o item da QLS-BR que avalia a qualidade dos relacionamentos dos pacientes com amigos íntimos, envolvendo participação e cuidados mútuos, com pessoas que não sejam da família imediata. Verifica-se que não houve alteração significativa neste item ($p>0,01$), após a participação dos pacientes no grupo. A Tabela 1 demonstra que, após a intervenção grupal, houve aumento na porcentagem (de 0 para 12,5%), no que diz respeito ao “envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma pessoa” (domínio seis). A redução de pacientes que referem ter “relações esparsas ou intermitentes” diminuiu de 25 para 12,5% (domínio dois), assim como, depois da realização dos grupos, não havia mais pacientes com “relações quase inexistentes” (domínio um). Por outro lado, o índice de “relacionamentos íntimos praticamente ausentes” aumentou de 25 para 37,5%. Apesar de as alterações terem sido discretas, demonstram o potencial para o estabelecimento de relações fora do núcleo familiar.

O item “relacionamentos íntimos com colegas” avalia como se constroem as relações com outras pessoas, onde há apreciação mútua e compartilhamento de interesses ou atividades em comum, sem o investimento emocional íntimo do item anterior. Observa-se, na Tabela 1, que o impacto da realização dos grupos não foi estatisticamente significativo ($p>0,01$). Todavia, a análise aponta que a porcentagem de pessoas com o número de “relacionamentos ativos com colegas praticamente ausentes” (domínio zero) diminuiu de 75 para 25% e as “relações ativas apropriadas com colegas” (domínio seis) aumentou de 0,0 para 12,5%. Proporcionalmente, aumentaram as porcentagens relativas ao aparecimento de “poucas relações ativas com contato infrequente” e “algumas relações ativas com colegas em desenvolvimento, mas com contato reduzido e limitada a atividade compartilhada” (domínios dois e quatro, respectivamente).

A diminuição na porcentagem de “relacionamentos ativos com colegas praticamente ausentes” pode, em parte, ser explicada pela própria inclusão no grupo, como revelam os depoimentos a seguir.

Na verdade eu tenho amigos aqui só (*se referindo ao grupo de atividades*)... Ah, me afastei um pouco e também eu mudei muito sabe?... aí eu não consigo fazer amizade mais né...Ultimamente eu tô conversando viu (*com as pessoas*) (P3).

Amigo não! Porque a gente tá morando nesse lugar faz pouco tempo, mas mesmo no outro lugar... ele já não gosta muito de ficar com os amigos, sair lá fora... Os amigos que ele tem é aqui do hospital, dos meninos que faz com a TO, gosta de sair com eles... É, ele gosta de sair com os meninos daqui (F3).

Os depoimentos acima vão ao encontro da literatura, a qual aponta que a intervenção grupal incentiva o desenvolvimento de habilidades sociais, promovendo a diminuição do isolamento social (SADOCK; SADOCK, 2007). Nesse contexto, Wagner et al. (2006) afirmam que, mesmo os indivíduos desinstitucionalizados, necessitam de estimulação contínua, treinamento e suporte para que sejam autônomos no contexto comunitário. Grupo de atividades pode ser estratégia que traga importantes contribuições para o alcance dessa meta, especialmente quando se trata de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Corroborando os dados da Tabela 1, os depoimentos dos participantes do estudo revelam a dificuldade de relacionamento dos pacientes com manutenção de vínculos ou investimento emocional íntimo, principalmente fora do núcleo familiar.

Mas ele fez muita amizade na minha cidade,você precisa vê como todo mundo gosta dele!... Só que não é de ficar muito sabe. Ele é assim, vai conversa, mais vai embora (F5).

Ele não tem assim amigos não, mais é os primos... é mais a família mesmo em casa sabe? O irmão... O que ele sai muito é com minha nora e meu filho... Então ele combina muito com a minha nora, sabe? Ele sai muito, vão no barzinho final de semana... Então ele gosta demais dela... então o que ele sai é com ela... E com a outra irmã... eles combinam bem! (F6).

A maioria das vezes ela prefere ficar mais sozinha, sempre! (F1).

Quando sai... eu gosto de sair sozinho também (P2).

É fato que os sintomas decorrentes do transtorno e o estigma podem

dificultar a manutenção da amizade em pessoas com esquizofrenia. A esse respeito, estudo aponta que muitas pessoas com esquizofrenia experimentam o estigma, com consequente marginalização social e baixa qualidade de vida (THORNICROFT et al., 2009).

Sendo assim, os avanços farmacológicos no tratamento da esquizofrenia têm contribuído significativamente para o controle dos sintomas psicóticos e, com isso, proporcionado, também, melhor desfecho clínico. Entretanto, como afirmam Sá Júnior e Souza (2007), são necessárias intervenções que levem à melhora no desempenho social destes pacientes, como medidas comportamentais de reabilitação, corroborando a proposta e resultados deste estudo.

O item “nível de atividade social”, da QLS-BR, visa avaliar o envolvimento do paciente em atividades realizadas com outras pessoas, com o objetivo de diversão. A Tabela 1 revela que não houve alteração significativa nesse item com a intervenção grupal ($p=0,99$). Mostra, ainda, aumento na porcentagem de pacientes com “atividade social praticamente ausente” (domínio zero), de 37,5 para 50,0% e com “atividade social ocasional, mas que prescinde de padrão regular de tal atividade, ou se limita apenas à atividade com a família imediata ou membros da casa”, de 25,0 para 37,5% (domínio dois). Verifica-se, também, que, após a realização dos grupos, não houve referência a “alguma atividade social regular, mas reduzida”, diminuindo sua inferência de 12,5 para 0,0%, nem a “atividade social com nível apropriado de regularidade”, apresentando os mesmos valores percentuais (domínios quatro e seis, respectivamente). Desse modo, tais resultados revelam diminuição na frequência das atividades com o objetivo de diversão, após a atividade grupal. Explicação possível para tal resultado seria acreditar que a crítica pessoal dos pacientes em relação ao conceito de divertimento tenha sido alterada no decorrer dos grupos.

A esse respeito, Louzã Neto e Elkis (2007) destacam que pessoas com esquizofrenia apresentam dificuldades na adaptação social, como participação em festas e/ou grupos terapêuticos, tendo como característica a tendência para o isolamento social, fato que pode ser evidenciado no depoimento a seguir.

... sou meio, nessa parte eu sou meio, como é que fala? Eu prefiro ficar sozinho. Mas eu saio com meu irmão sexta, sábado. Eu, minha cunhada. Meu irmão leva a gente pra passear, né... Ah, eu fico tímido né?... o meu irmão fez uma cirurgia na barriga e ele não pode subir escada. A casa dele tem escada, então ele tá dormindo com a gente. Aí não sei quem foi visitar

ele ontem, é parente da minha cunhada, e eu me isolei sabe? Eu não consigo sabe? Me dá vergonha, me dá timidez, me dá medo (P6).

A literatura corrobora a experiência do relato acima ao mencionar que as pessoas com esquizofrenia apresentam dificuldades para estabelecer relacionamentos interpessoais, prejuízo quanto à capacidade de adaptação e integração com as pessoas. São pessoas que denotam desejo de contato, mas têm dificuldade na aproximação com as demais (JOHANN; VAZ, 2006).

O item “rede social envolvida”, da escala QLS-BR, avalia até que ponto as outras pessoas se preocupam com o paciente, se interessam por sua vida ou conhecem as suas atividades, sem levar em consideração os trabalhadores da saúde mental.

Nota-se, na Tabela 1, o aumento das relações sociais com outras pessoas após a realização dos grupos. A “ausência de relações sociais” (domínio zero), passou de 12,5 para 0,0%, assim como a “rede social envolvida praticamente ausente” (domínio dois), diminuiu de 62,5 para 25%. A “presença de alguma rede social envolvida, mas reduzida em grau de relacionamento” (domínio quatro), passou de 12,5 para 25% e “adequada rede social envolvida, em extensão e grau de envolvimento, antes inexistente” (domínio seis), passou de 0,0 para 37,5%. O resultado de significância, $p=0,2984$, não demonstra alteração significativa ($p>0,01$), mas não se pode negar a alteração positiva ocorrida.

Os depoimentos dos participantes do estudo também evidenciam a preocupação e o interesse das outras pessoas em relação aos pacientes. Tal preocupação é manifestada de várias formas, incluindo a companhia para sair de casa, o auxílio para o uso do medicamento, a “ajuda nas horas difíceis” e o “apoio”.

Preocupa. A minha mãe se preocupa muito comigo.... Não deixa eu sair sozinha... A minha mãe não deixa eu sair, ela me leva pra sair (P1).

Ah! Ela? (se referindo à mãe)... É mais pra eu tomar o remédio, ela pergunta se eu tô sentindo alguma coisa, fica preocupada com a minha saúde, sabe? E tal, se eu tô passando bem... Conversando, né? Como que foi, como que passou. Conversando, a gente toma café junto! (P3).

... Sim, minha mãe, meu pai... Ah eles me ajudam né, nas horas difíceis. Eles me ajudam... (P6)

Da família, eu acho que todo mundo apoia ele, todo mundo sabe que tem um problema... (F6).

Ah, acho que todo mundo se preocupa comigo! (P7).

Ah, se preocupam, demais... Nossa, eles veem, falam mesmo, até chora por causa dele... Perguntam, telefonam... (F8).

A preocupação dos pacientes em relação às outras pessoas é recíproca. Os relatos dos mesmos e dos familiares mostram os diferentes gestos dos pacientes na busca para agradar as pessoas com as quais convivem.

Pego café da manhã e levo pra ela (*se referindo à irmã*)... Pego as coisas dela e guardo lá. Faço café pra ela também (*se referindo à mãe*)... É. Aí levo pra ela vê se tá bom... (P2).

Ah, ele é muito carinhoso... Se ele ouvir um barulho: “Mãe você caiu mãe, que aconteceu?” Sabe é muito assim. Prestativo ele é! (F5).

Ele é, agrada... ele gosta de agradar, tem, principalmente, as pessoas que ele gosta assim, sabe? Os sobrinhos dele, ele gosta... Tá sempre fazendo alguma coisa pra agradar, brinca (F6).

Ele gosta, às vezes traz alguma coisa com aquele carinho assim, sabe? (F8).

Embora estudos apontem que pacientes com esquizofrenia não são capazes de cumprir funções básicas sociais, restringindo-se ao isolamento social, com dificuldades na expressão e exposição de seus sentimentos (SHARMA; ANTONOVA, 2003; HORAN et al., 2006), é possível observar nos depoimentos acima as manifestações afetivas dos mesmos, principalmente em relação aos membros da família.

O item “iniciativas sociais” demonstra em que grau a pessoa toma a iniciativa para direcionar suas interações sociais. Observa-se que não houve alteração significativa ($p > 0,01$) nesse item, após a participação nos grupos. Todavia, fica evidente a diminuição da percentagem de pacientes com “atividade social quase sempre dependente da iniciativa de outros” (domínio zero), de 37,5 para 12,5% e o aumento da percentagem de pacientes com “evidência de alguma redução da iniciativa social, mas com apenas mínimas consequências adversas sobre a atividade social” (domínio quatro), de 12,5 para 50%.

É interessante notar que nenhum paciente se enquadrou em “iniciativa social adequada” (domínio seis). Tal aspecto pode ser justificado pela própria sintomatologia da clientela em análise, a qual prevê tal comportamento. A esse

respeito, destaca-se, que nos portadores de esquizofrenia, as iniciativas sociais são especialmente afetadas pela patologia, principalmente nos casos de sintomas afetivos e/ou paranóicos (MONTEIRO, LOUZÃ, 2007). Pratt et al. (2005) reforçam que são os sintomas negativos os determinantes mais críticos do funcionamento psicossocial.

Depoimentos anteriores revelaram a dificuldade que a pessoa com esquizofrenia apresenta na interação social, inclusive fora do contexto familiar. Entretanto, há depoimentos que mostram as iniciativas dos pacientes em relação à construção e fortalecimento dos laços sociais:

... Ajudando elas (se referindo às pessoas) né, vamos vê... ajudando de uma forma que agrade que ela fica agradecida comigo, né? E, às vezes, eu tô no bar um amigo meu fala: “Ó, vamos tomar uma coca?” Eu falo “pode pegar lá que eu pago”, né... É um agrado (P5).

Então, se eu podendo ajudar, se eu posso, eu vou falar pra ela - sim... se não - não.... Aí eu pego, falo, então...é isso... assim, não é? É claro que a gente se preocupa com as pessoas assim, porque agora eu tô mais boa... (P7).

Ele gosta muito de agradar a sobrinha né, a minha netinha que tem cinco anos. Ele vêm aqui na TO, as coisas, os quadrinhos que ele faz, leva pra ela. Agrada também, os irmãos também, faz as coisinhas (F3).

“Afastamento social” é o item da QLS-BR que visa avaliar em que grau a pessoa evita as interações sociais, devido ao seu desconforto ou desinteresse. Constata-se que não houve alteração significativa nesse item ($p>0,01$) mediante a intervenção grupal, entretanto, houve redução de pacientes com “evitação ativa de praticamente todo contato social” (domínio zero) de 12,5 para 0,0%.

Para Harvey; Velligan e Bellack (2007), as razões para que um indivíduo esteja desempregado, sem amigos e/ou contatos sociais são inúmeras, as quais podem se dar devido a imigrações, preconceito, falta de oportunidade educacional, má formação profissional ou social. Para os referidos autores, no caso da pessoa com esquizofrenia isso também se deve aos próprios sintomas psicóticos, edificando conflitos interpessoais que podem ocasionar a perda do emprego, expulsão e rejeição social por causa das diferentes interações consideradas aversivas.

É notório que a esquizofrenia traz consigo tendências para a incapacidade funcional, tais como dificuldades psicomotoras, dificuldades nas competências sociais, déficits cognitivos, de atenção, memória e funções executivas

(HARVEY et al., 2007). Embora não se tenha identificado alteração estatisticamente significativa, após a intervenção grupal, para os aspectos relacionados à rede social do paciente, fica evidente que a utilização da referida modalidade terapêutica associada ao tratamento com clozapina, pode constituir estratégia viável para a melhoria da quantidade e qualidade das relações sociais que a pessoa com esquizofrenia estabelece.

4.2.2 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): nível ocupacional

É fato que o sofrimento mental interfere na capacidade produtiva das pessoas, podendo, em determinados momentos, dificultar o seu relacionamento social, não significando, todavia, que elas se tornem definitivamente incapazes de seguir as orientações exigidas para qualquer atividade, em especial a atividade de trabalho (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

A Tabela 2, a seguir, apresenta a distribuição dos pacientes deste estudo, de acordo com os diferentes itens que compõem o domínio “nível ocupacional” da escala QLS-BR, antes e depois da participação dos referidos pacientes no grupo de atividades.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes, de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “nível ocupacional”, da escala QLS-BR, e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)

Domínio nível ocupacional (itens)	Pontuação								p-valor
	0	1	2	3	4	5	6	9	
Funcionamento ocupacional									
ANTES	12,5	25,0	25,0	12,5	25,0	0,0	0,0	0,0	0,6581
DEPOIS	0,0	0,0	50,0	12,5	37,5	0,0	0,0	0,0	
Nível de realização									
ANTES	37,5	12,5	25,0	12,5	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0637
DEPOIS	0,0	0,0	37,5	0,0	62,5	0,0	0,0	0,0	
Grau de subemprego									
ANTES	37,5	12,5	12,5	25,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,2643
DEPOIS	0,0	12,5	25,0	0,0	25,0	12,5	25,0	0,0	
Satisfação com o funcionamento ocupacional									
ANTES	0,0	0,0	0,0	12,5	25,0	0,0	0,0	62,5	0,0482
DEPOIS	0,0	0,0	0,0	12,5	37,5	25,0	25,0	0,0	
Utilização do tempo									
ANTES	0,0	12,5	37,5	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0140
DEPOIS	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5	62,5	0,0	0,0	

O item “funcionamento ocupacional” da QLS-BR visa avaliar em que grau a pessoa está tentando desempenhar um papel ocupacional e não se ela o faz de forma completa ou bem-sucedida. Não houve alteração significativa nesse item ($p>0,01$), depois da participação dos pacientes no grupo. É importante ressaltar a ausência de pacientes nos domínios zero e um “praticamente nenhuma atividade ocupacional”, após a participação nos grupos de atividades. Nota-se a ausência de pacientes nos domínios mais altos (cinco e seis): “atividade ocupacional adequada”, onde se enquadrariam as pessoas sem comprometimento funcional.

Os relatos dos participantes do estudo no que se refere às atividades ocupacionais desempenhadas pelos pacientes, refletem a ausência de inserção dos mesmos no mercado de trabalho, com vínculo empregatício e geração de renda. Revelam, ainda, que suas atividades geralmente estão limitadas ao âmbito do lar ou realizadas com apoio dos familiares.

... Assim, o irmão dele é professor de Educação Física. De vez em quando, ele pega festinha assim, pra ele não ficar parado, pra ele se sentir mais útil, chama ele pra ajudar no curso de férias com as crianças, ele vai, ajuda ele (F3).

... Ah, quando ela acaba de limpar a casa, aí ela vem e fala assim: "Agora a senhora gostou né mãe?". Ela sabe que eu gosto... Eu adorei, né? Quem que não gosta de um serviço bem feito, de uma casa limpinha, né? Mesmo quando eu não gosto... (F7).

... A minha mãe fala que eu não devo trabalhar pra ninguém... Então, porque na minha casa, eu trabalho pra minha mãe fazendo faxina né, eu só não lavo a roupa, passo e faço a comida, igual eu tô te falando... Aí eu pensava, como que fala? Voluntária, né? Porque não ganha dinheiro, trabalha de graça e era bom pra mim. Porque das duas até às quatro horas assim, é bom, né? Não, eu não pensei mas eu... todo mundo fala assim pra mim: -"você gosta de dinheiro, não gosta?"... Mas tudo bem, aí quando eu tiver cinquenta anos, que eu tiver aposentadoria, um salário mínimo, tá bom pra mim porque eu não preciso querer trabalhar mais, ficar com mais dinheiro... que eu posso trabalhar de graça como voluntária, você não acha bom? Nossa! Isso aí já tá bom demais! (P7).

Hirdes (2009) afirma que a inserção do sujeito no mundo do trabalho, constitui-se quase na única possibilidade de ser amado, compreendido e aceito pela sociedade. Para a autora, entretanto, o mundo moderno gera conflitos como a competitividade e a geração de empregos, os quais ocasionam crescente exclusão do mercado de trabalho. Destaca-se que tal competitividade já ocorre para as pessoas que, aparentemente, não apresentam qualquer tipo de deficiência ou transtorno mental.

Considerando-se que a sociedade ainda tem preconceito contra as pessoas com transtorno mental, pode-se pensar que as referidas pessoas podem também estar sendo excluídas do mercado de trabalho ou que poucas oportunidades são oferecidas a elas (DELEVATI; PALAZZO, 2008).

A esse respeito, Wagner e King (2005) e Cardoso et al. (2006) apontam que as dificuldades para inserção de pessoas com esquizofrenia, principalmente no mercado de trabalho e as limitações físicas e psicológicas, decorrentes do

transtorno, são fatores que influenciam para a baixa qualidade de vida dessa clientela. No entanto, para os referidos autores, um fator que auxilia no desenvolvimento e aquisição de habilidades físicas, de autonomia, convívio social e atividades de lazer é a realização de atividades ocupacionais, como: trabalhos domésticos, trabalhos temporários e atividades manuais, como, também, observados nos relatos dos participantes deste estudo.

“Nível de realização” constitui o item da QLS-BR que avalia o nível de sucesso e realização que a pessoa tem alcançado no papel que está tentando desempenhar. Não houve alteração significativa nesse aspecto ($p>0,01$), após a realização dos grupos, entretanto, fica evidente a melhora, principalmente nos domínios dois e quatro. O “desempenho geralmente adequado” aumentou de 12,5 para 62,5% (domínio quatro), enquanto “funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em um nível de realização muito baixo” aumentou de 25 para 37,5% (domínio dois). Houve diminuição na percentagem de pacientes nos domínios zero e um: “não está desenvolvendo nenhuma função, ou está desempenhando em nível tão precário a ponto de ameaçar a habilidade de continuar naquele papel”. Os depoimentos dos pacientes e familiares corroboram os resultados da Tabela acima.

Nossa! É mil por hora!... Bom, bom, bom! Nossa Senhora... Depois que eu vim de lá pra cá (*se referindo ao tratamento*) eu aprendi a ser gente sabe? (P7).

Ele tem vontade. Que ele quer voltar né, trabalhar e fala até em casamento e ter filhos (F2).

O “grau de subemprego” evidencia até que ponto o grau de realização da pessoa no desempenho do papel ocupacional reflete completa utilização de suas potencialidades e das oportunidades disponíveis para a pessoa. Não houve mudança significativa nesse item ($p=0,2643$), todavia, evidencia-se a diminuição da percentagem de pacientes no domínio 0, “não consegue concretizar potenciais”, de 37,5 para 0,0% e aumento da percentagem nos domínios cinco e seis, os quais expressam o “desempenho do papel proporcional às habilidades e oportunidades da pessoa”. Apesar do aumento das porcentagens nos domínios cinco e seis, há depoimentos de participantes do estudo que revelam insatisfação em relação ao papel ocupacional desempenhado pelo paciente.

Observa-se que, embora os pacientes expressem o desejo de estudar e trabalhar, se sentem incapazes para desenvolver tais atividades. Há familiares que

reforçam tal incapacidade por não acreditar nas potencialidades do paciente, por ser o mesmo portador de transtorno mental.

Não, não fala nada. Ele só fala assim “eu não vou casar nunca, porque eu não tenho condições de sustentar uma família” (F5).

Sinto a incapacidade né, mas um dia eu chego lá! (P5).

Eu tenho, eu tenho vontade de voltar a estudar. Minha maior alegria era voltar a estudar. Mas esses remédios bravos que eu tomo, e se eu não tomar é pior. Então dificulta eu voltar a estudar, mas meu sonho é voltar a estudar, sabe? Ter uma memória boa, aprender o inglês, sabe? Quem sabe ser intérprete, né?... Além de gostar, eu acho bonito, sabe? A pessoa falar uma outra língua diferente: inglês, alemão, francês. Eu gostaria muito de voltar a estudar, aprender Letras. É Letras, né?... Português, inglês, alemão, francês. Meu sonho é esse aí... a minha memória tá fraca. Eu queria voltar. Eu peço remédio pra memória, mas eles não dão, então eu não posso fazer nada, né? (P6).

... ele sabe que ele não pode trabalhar. Então ele nem... Ah, ele fala que agora ele já passou da idade dele... ...Ele formou até o segundo grau, né? Era época dele entrar na faculdade, foi quando ele começou a ficar doente. Ainda mesmo assim ele estudou. Ele fez nutrição, mas ele saiu antes de terminar o prazo (F3).

O item “satisfação com o funcionamento ocupacional” da QLS-BR avalia até que ponto a pessoa se sente confortável com a sua escolha ocupacional (trabalho, escola ou atividades), com o seu desempenho nessa ocupação e com a situação na qual ela é desempenhada. Visa, também, avaliar até que ponto essa escolha lhe propicia satisfação, prazer e realização. Não houve alteração significativa nesse item ($p=0,0482$), após a realização dos grupos de atividades. O domínio nove, na Tabela 2, caracteriza o não envolvimento do paciente em qualquer desempenho de papel ocupacional. Nesse sentido, vale destacar a diminuição na porcentagem de pacientes no referido domínio, de 62,5 para 0,0%, após a participação nos grupos. Verifica-se, também, na Tabela 2, que nenhum paciente se enquadrou nos domínios zero, um e dois, que representam, respectivamente: “infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional” e “alguma evidência definida de infelicidade ou insatisfação, o papel ocupacional não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente”.

Os relatos dos sujeitos do estudo evidenciam o desejo do paciente de estudar e a insatisfação do mesmo com o seu desempenho nessa ocupação. Neste estudo, dois pacientes chegaram a iniciar curso superior não conseguindo concluí-lo.

Estudar não, por que eu tenho muita dificuldade e eu não consigo! (P1).
Ah, estudar ele sempre fala sabe... dá até dó...mas não consegue não, sabe? Já tentou. Já voltou na escola, já tentou! Não! Não dá! Tem... ele tem vontade! (F6).

Não, porque eu tentei uma vez estudar e não deu muito certo não... Eu piorei, não consegui acompanhar e eu piorei, fui internado, aí eu precisei afastar. Aí eu não voltei mais... Eu fiz Nutrição. Já faz um tempo já, eu tava fazendo nutrição, aí eu... É um ano e meio. Eu fiquei um ano. Faltou mais meio ano, né? Aí eu não consegui acompanhar, não tava conseguindo acompanhar... (P3).

Há, todavia, relatos de satisfação e prazer do paciente no desempenho de ocupações como ouvir, cantar e tocar músicas, assistir televisão, passear no *shopping center*, ir à igreja, entre outras.

Eu gosto de tocar piano!... Pintar tela... porque minha cabeça tá trabalhando, né? (P1).

Eu jogo *video game*! Eu vou no *shopping*, gosto de jogar bola! Gosto de ouvir música e de assistir televisão! Passear no *shopping*! (P3).

Ele cuida dos frangos dele né? Gosta de ficar lá cuidando, trocando a água, limpando. Ele gosta também muito de sair em *shopping*, né? Assistir televisão, ele fica até tarde assistindo. Ele gosta mais de jogo... Futebol! (F3).

Ouvir música... Sertaneja! E assistir filme, desenho, né? Desenho, filme, e esporte... *Video game*, bilhar, pingue-pongue, pimbolim, dominó, aquelas máquinas... fliperama.... (P5).

Cantar! O dia que ela tá alegre ela canta! Meu Deus! E ela não sabe nem a música inteira... Canta o dia inteiro. Ela não canta nenhuma inteira. Pedacinho por pedacinho ela canta, pulando, mas tá cantando... (F7).

Mesmo fora do âmbito do trabalho formal, a ocupação diária é vista como importante dimensão para qualidade de vida e para outros aspectos relacionados à saúde das pessoas (EKLUND; HANSSON; BEJERHOLM, 2001). Nessa perspectiva, os programas de reabilitação psiquiátrica reforçam a importância da atividade ocupacional, corroborando a proposta e resultados da presente pesquisa.

O item “utilização do tempo” da escala QLS-BR é utilizado para avaliar a quantidade de tempo gasto pela pessoa em inatividade sem objetivo: dormir durante o dia, ficar deitado na cama, sentar-se aqui e ali, sem fazer nada ou em frente da TV ou rádio, quando a pessoa não está particularmente interessada por tais atividades. A Tabela 2 evidencia que houve alteração positiva importante na utilização do tempo pelos pacientes, após a participação dos mesmos nos grupos de atividades

($p=0,0140$). Constata-se que, após a intervenção grupal, nenhum paciente foi classificado nos domínios um, dois e três, os quais representam “gasta grande parte de seus dias em inatividade infrutífera”, “gasta cerca de metade dos seus dias em inatividade infrutífera” e “Gasta menos da metade dos seus dias em inatividade infrutífera”, respectivamente. Destaca-se o aumento de 0,0 para 62,5% de pacientes com “muito pouca inatividade infrutífera excessiva além do normal exigido para relaxamento” (domínio cinco).

Esse aumento de porcentagem no domínio cinco aponta para a importância da realização dos grupos, no que se refere à utilização do tempo pelo paciente, principalmente, porque, durante a atividade grupal, alternativas eram oferecidas ao mesmo. Vale mencionar que um paciente referiu gostar de construir a mandala quando está em casa, atividade cuja aprendizagem ocorreu nos grupos de atividades.

A mandala... (gostou muito de construir) (P3).

A esse respeito, Amendoeira (2008) afirma que a criação artística pode constituir atividade terapêutica, ao promover “uma via de contato do sujeito com suas próprias vivências internas, emoções e pensamentos, e interferir na relação com os outros”.

Verifica-se, neste estudo, que, após a participação nas atividades grupais, houve evolução positiva dos pacientes nos diferentes itens do domínio “nível ocupacional” da escala QLS-BR, especialmente no que se refere à utilização do tempo.

Como observado nos resultados deste estudo, também as atividades de emprego são prejudicadas na esquizofrenia. De acordo com McGurk e Mueser (2004), a incapacidade profissional está entre as perdas mais graves da esquizofrenia, ocasionando implicações para independência econômica, autoestima e relações sociais, abarcando questões de envolvimento familiar. A literatura revela que pacientes esquizofrênicos, inseridos no mercado de trabalho, apresentam melhor qualidade de vida quando comparados aos que não têm atividade laboral (GAITE et al., 2002; CHAN; YU IU, 2004). Esse fator, de acordo com Ruggeri (2002) e Duno (2001), apresenta relação com a satisfação financeira e empregatícia.

É fato, na atualidade, o avanço farmacológico e a ampliação de estratégias terapêuticas não farmacológicas para o tratamento da esquizofrenia,

com destaque para os antipsicóticos atípicos e modalidades terapêuticas grupais. Considerando os bons resultados que as referidas modalidades terapêuticas podem proporcionar, como evidenciado nesta pesquisa, faz-se viável a inserção social desses pacientes, principalmente no mercado de trabalho. Todavia, Rodrigues; Marinho e Amorim (2010) apontam que, no modelo de produção capitalista contemporâneo, constitui desafio a inserção social de pessoas com transtornos mentais por meio do trabalho, pelo fato de o referido modelo excluir do mercado de trabalho as pessoas consideradas inaptas ou improdutivas.

A esse respeito, ressalta-se que, no Brasil, existem instrumentos legais e institucionais voltados para a consolidação das políticas sociais que tratam da inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais. Dentre tais instrumentos destacam-se: a Lei Federal 10.216 de 2001 que trata do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e dos direitos das pessoas com transtorno mental; a Lei 10.708 de 2003 que cria o Programa de Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais, egressas de internações, bem como as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que considera as ações de inclusão social pelo trabalho aquelas atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação.

4.2.3 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): funções intrapsíquicas e relações interpessoais

Os itens que avaliam as funções intrapsíquicas e relações interpessoais referem-se a julgamentos clínicos sobre elementos intrapsíquicos nas dimensões da cognição, conação e afetividade, geralmente consideradas como o núcleo do déficit esquizofrênico bem como os elementos essenciais ao funcionamento dos papéis instrumental e interpessoal (MARCOLIN, 1998).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes, de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “funções intrapsíquicas e relações interpessoais”, da escala QLS-BR, e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)

Domínio funções intrapsíquicas e relações interpessoais (itens)	Pontuação								p-valor
	0	1	2	3	4	5	6	9	
Relações afetivo-sexuais									
ANTES	37,5	37,5	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
DEPOIS	25,0	50,0	12,5	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	
Sentido de objetivos de vida									
ANTES	25,0	12,5	50,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2121
DEPOIS	12,5	0,0	12,5	25,0	25,0	0,0	25,0	0,0	
Curiosidade									
ANTES	0,0	0,0	50,0	25,0	12,5	12,5	0,0	0,0	0,2883
DEPOIS	12,5	12,5	12,5	0,0	37,5	12,5	12,5	0,0	
Objetos comuns									
ANTES	0,0	0,0	12,5	37,5	50,0	0,0	0,0	0,0	0,1562
DEPOIS	12,5	37,5	12,5	12,5	12,5	0,0	12,5	0,0	
Atividades Comuns									
ANTES	0,0	25,0	12,5	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0	0,7296
DEPOIS	0,0	12,5	37,5	12,5	25,0	0,0	12,5	0,0	
Empatia									
ANTES	0,0	0,0	12,5	12,5	62,5	12,5	0,0	0,0	0,3100
DEPOIS	12,5	0,0	12,5	12,5	12,5	37,5	12,5	0,0	
Interação na entrevista									
ANTES	0,0	0,0	12,5	12,5	25,0	50,0	0,0	0,0	0,0598
DEPOIS	0,0	0,0	0,0	12,5	12,5	12,5	62,5	0,0	

O item “relações afetivo-sexuais” mostra a avaliação da “capacidade para relações íntimas maduras e atividade sexual satisfatória”. Na análise desses dados, verifica-se diminuição da porcentagem no domínio 0: “nenhum interesse sexual, ou mulheres/homens – evitação ativa”, de 37,5 para 25%. Houve aumento de 37,5 para 50% no “interesse, ainda irrisório, para relações afetivo-sexuais” (domínio um), assim como aumentou de 0,0 para 12,5% o “relacionamento com alguma intimidade e envolvimento emocional, predominantemente satisfatório, e, talvez, alguma expressão sexual ou sinais físicos de afeição (domínio quatro)”. Destaca-se que

nenhum paciente se enquadrava no domínio seis, referente a “normalmente tem relacionamentos satisfatórios, emocionalmente ricos e expressão sexual íntima e adequada e sinais físicos de expressão”.

Não houve diferenças significativas na capacidade dos pacientes para relações íntimas maduras e atividade sexual ($p>0.01$), antes e depois da realização dos grupos, porém, os depoimentos dos pacientes e seus familiares permitiram identificar algumas dificuldades apresentadas nesse aspecto. Os pacientes expressam seu desejo de namorar, de constituir família e de manter relações sexuais. Observa-se, também, que há pacientes e familiares que atribuem as dificuldades nas relações íntimas e sexuais à presença do transtorno e ao uso dos medicamentos para tratamento do mesmo.

Eu sou virgem! Eu sou virgem! (P1).

...gostaria de tá namorando, pra casar né? Até um dia pra arranjar um filho... (F2).

Ah, a gente vê que passa uma moça assim, ele olha, mas ele é muito tímido! (F3).

Ah, eu tenho muita vontade, sabe? Faz tempo que eu não faço... Tô com vergonha de dizer... Ah, eu vou falar, não vou mentir pra você não, eu tenho vontade sim de fazer sexo. Eu acho que toda pessoa tem vontade, tem que fazer! E, faz tempo que eu não faço sexo, né? E mulher é a coisa que eu mais gosto! Eu tenho vontade, sim! Eu acho que se não fizer, sei lá, uma coisa fica ruim em você, e eu tenho muita vontade, faz tempo que eu não faço sexo também. Você vai até rir de mim, mas é a pura verdade, faz nove, dez anos que eu não faço sexo! ... (P6).

Viche, tá difícil hein?... Por causa do remédio que eu tomo, né? Eu não tenho mais força, não tenho mais iniciativa, né? Antigamente, com dezessete, dezoito anos eu tinha condição. Agora tá muito difícil. Já tô com quarenta e quatro, né? É assim a minha vida eu acho, né? E, como todos os médicos falaram, que o jeito pra minha vida é eu casar, né? E a coisa mais difícil de acontecer é isso, por que eu tenho problema, né? Acho que por causa dos remédios, por causa de ter o físico fraco, né?... (P8).

A saúde sexual, atualmente, é reconhecida como componente da saúde em geral e da qualidade de vida. Todavia, a literatura revela que a disfunção sexual ocorre em 30% dos homens na população geral, podendo ser reportada em mais de 60% dos pacientes com esquizofrenia (BOBES et al., 2003). Desse modo, a disfunção sexual é frequente entre pacientes com esquizofrenia, sendo considerada um dos efeitos adversos mais incômodos dos antipsicóticos, estando diretamente relacionada à adesão ao tratamento (NUNES et al., 2009). Vale destacar que a

clozapina, utilizada pelos pacientes deste estudo, pertence ao grupo de antipsicóticos atípicos que têm sido menos associados aos eventos sexuais adversos (BAZIRE, 2000), sendo difícil identificar se as queixas na esfera sexual, relatadas pelos participantes deste estudo, são decorrentes da própria patologia de base ou resultantes do uso da clozapina.

Embora os pacientes com esquizofrenia apresentem menores taxas de casamento e de relacionamentos interpessoais, é importante destacar estudo realizado com 167 pacientes, o qual revelou que aproximadamente 20% desses pacientes eram casados, apontando para a necessidade do desenvolvimento de intervenções efetivas, pela equipe de saúde, para manejar a disfunção sexual nessa população (TERZIAN et al., 2006).

A esse respeito, Palha e Azevedo (2009), em estudo sobre as atitudes dos profissionais de saúde em relação à sexualidade de pessoas com transtornos mentais, identificaram que o apoio que os referidos profissionais dão aos seus pacientes, nessa área, é considerado insuficiente, apontando para a necessidade de cursos de atualização em serviços na área da sexologia clínica para os profissionais e de psicoeducação para os pacientes e familiares. Para os referidos autores, faz-se urgente a formação de terapeutas sexuais, podendo os mesmos funcionarem não apenas como terapeutas, mas, também, como agentes de informação/formação.

O item “sentido de objetivos de vida”, da QLS-BR, é utilizado para avaliar em que grau a pessoa coloca metas realistas e integradas para sua vida. Avalia, ainda, se a vida atual reflete tais objetivos, não sendo necessário que ela(ele) esteja planejando mudança de vida, para se avaliar que possui um bom sentido de objetivos de vida.

Não ocorreu alteração estatisticamente significativa ($p=0,2121$) no que se refere ao “sentido de objetivos de vida” dos pacientes, após a participação dos mesmos nos grupos de atividades. Verifica-se, todavia, na Tabela 3, a diminuição da porcentagem de pacientes no domínio zero, o qual representa “nenhum plano, ou planos são bizarros, ilusórios ou irrealistas” e o aumento da porcentagem de pacientes, principalmente, nos domínios quatro e seis que significam “planos realistas e concisos, mas com pouca integração” e “planos realistas, concisos e integrados”, respectivamente.

A esse respeito, há sujeitos do estudo que relatam medo do futuro, temendo a morte ou que algo ruim aconteça, outros buscam viver apenas o presente,

apesar de terem objetivos para o futuro.

Penso, não sei qual será meu fim! (P1).

Não, não. Ela tem medo, medo, medo, medo de morrer, medo de que acontece alguma coisa com ela (F1).

Ele vive o momento que ele tá vivendo! (F3).

Não, eu vivo só o presente! Objetivos? Ser um grande professor de Direito... Mestrado! (P5).

Há, ainda, pacientes que têm como metas poder viajar, estudar e ter um trabalho remunerado. Para um dos pacientes, a aquisição de carteira de motorista representaria a possibilidade de independência, por poder se locomover para um passeio ou trabalho, sem o auxílio de outros. Já para o familiar do referido paciente, tais planos não são realistas, mostrando, assim, sua descrença nas potencialidades do paciente.

Penso em um dia ir viajar... A gente não resolveu aonde que a gente vai. Ano que vem, a gente vai pra Peruíbe de novo. Sabe, Peruíbe? A praia?... (P3).

Então... eu só penso no futuro mesmo. Desde antes eu penso só no futuro... Ah, trabalhar, ganhar dinheiro. É sair... sair de casa, passear, ir num baile... (P4).

Eu queria ser motorista, né? De ônibus! Ah, eu faço o que eu posso, né? (P2).

Ah ele pensa. Ele quer estudar. Ele queria... mas é, como vai... é igual eu falei pra você: não tem ninguém pra levar ele, tem que levar e trazer, né?... (F4).

É eu tenho objetivos, sim! Poder fazer tudo aquilo que me foi negado... Então, ter condição de ter a carta do carro pra passear, pra andar, pra trabalhar, entendeu? Assim, não ia ter ninguém que desaprove a minha condição, né, que me ajude, né? Não ter ninguém assim que perturba eu, querendo me prejudicar, né, querendo tirar a paz... então, porque eu me esforço pra melhorar, sabe? (P8).

Ele tem muitos planos, mas todos os planos que ele tem assim, é... umas coisas que não tem como começar, as coisas que ele quer! (F8).

Observa-se, no relato de alguns pacientes e familiares, que há desejo do paciente em ter uma vida social. Para Torre e Amarante (2006), esse desejo está em consonância com a desconstrução das práticas de institucionalização da loucura,

transformando o sujeito alienado em sujeito desejante, com capacidade para construir os seus projetos e produzir subjetividade.

A esse respeito, a descrença da família nas potencialidades do paciente constitui aspecto relevante, pois é fato que o modo como a família interpreta o transtorno mental de seu membro influencia diretamente nas relações que com ele estabelece e, conseqüentemente, no sucesso da reabilitação do mesmo (AZEVEDO, 2005).

O item “curiosidade” da QLS-BR avalia o interesse do paciente em relação ao que ocorre ao seu redor e se faz perguntas sobre as coisas que ele não entende. Exclui interesse em alucinações e ilusões, ou outros produtos psicóticos. Os resultados revelam que não houve alteração significativa na curiosidade do paciente ($p=0,2883$), após a intervenção grupal. Mostram, também, a alteração de 0 para 12,5% nos domínios zero e um, que representam “nenhuma curiosidade ou interesse em novos tópicos ou acontecimentos”. Destaca-se que apenas 12,5% dos pacientes passaram a apresentar “curiosidade sobre vários tópicos e algum esforço para aprender mais sobre alguns deles, tais como leitura, fazer perguntas, e observação planejada” (domínio seis), após a participação nos grupos de atividades.

O depoimento de um familiar mostra a acomodação do paciente em relação ao que ocorre ao seu redor. Para o referido familiar, a falta de interesse do paciente em “aprender” ou “quebrar a cabeça” não é consequência da patologia do mesmo e sim característica de sua personalidade.

Ela gosta de ficar acomodada, e se ela fosse assim, de saúde assim, acho que ela não tinha vontade de aprender não... O meu marido era muito acomodado. E eu acho que ela puxou um pouquinho pra ele sobre isso. Mesmo que ela não tivesse esse problema dela, eu acho que ela seria uma pessoa acomodada, não gostaria de aprender, de quebrar a cabeça não (F7).

O item “objetos comuns”, da escala QRS-BR, presume que a participação na nossa cultura quase sempre requer que uma pessoa possua certos objetos. Para a avaliação desse item, os pacientes foram questionados sobre a posse de seis objetos por ocasião da entrevista (carteira ou bolsa, chaves, algum dinheiro, um relógio, algum documento pessoal e o número de telefone ou endereço de alguém), e sobre a posse de seis objetos em casa (um lugar para guardar objetos pessoais, seu próprio despertador, um pente ou escova de cabelo, escova de dente, algum

aparelho eletrônico para entretenimento e espelho ou aparelho de barbear).

Não houve alteração estatisticamente significativa ($p=0,1562$) na posse de objetos comuns pelos pacientes após a participação nos grupos. Vale destacar que, apesar do pequeno aumento na porcentagem de pacientes com “pequeno ou nenhum déficit” (domínio seis), houve aumento nos domínios zero e um, que representam “ausência de todos os objetos comuns” e “déficit muito grande de objetos comuns identificados”, respectivamente.

O item “atividades comuns” presume que a participação básica em uma cultura quase sempre requer que a pessoa se engaje em alguma atividade. Desse modo, para a avaliação do referido item, o paciente é questionado sobre algumas atividades que realizou nas três semanas anteriores à entrevista (leu ou assistiu jornal, pagou uma conta, deu algum recado, fez compras de alimentos, entre outras).

A intervenção grupal não gerou alteração estatisticamente significativa ($p=0,7296$) no engajamento dos pacientes nas atividades em questão. Houve diminuição na porcentagem de pacientes que referiram realizar “uma ou duas atividades” (domínio um) e “sete ou oito atividades” (domínio quatro) bem como aumento na porcentagem daqueles que mencionaram realizar “três ou quatro atividades” (domínio dois) e “onze ou doze atividades (domínio seis)”.

Destaca-se que esses dois últimos itens, quais sejam, objetos e atividades comuns, estão baseados no pressuposto de que a participação plena na comunidade se reflete na posse de objetos comuns e do envolvimento em uma série de atividades regulares. Apesar de raramente estarem todos presentes (objetos e atividades) em um único indivíduo, a ausência de grande número deles sugere comprometimento da participação na vida cotidiana. Entretanto, vale mencionar que alguns fatores podem influenciar na mensuração desse item nos dois momentos de coleta de dados como, por exemplo, a situação financeira do paciente.

“Empatia” é o item da escala QRS-BR que avalia a capacidade do paciente em considerar e apreciar a situação de uma outra pessoa como diferente da sua própria situação, apreciando diferentes perspectivas, estados afetivos e pontos de vista. Apesar de não ter ocorrido alteração significativa nesse item ($p=0,3100$), observa-se discreta melhora na capacidade de empatia do paciente, evidenciada pelo aumento nas porcentagens nos domínios cinco e seis, que representam “capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros sem estar envolvido no seu próprio mundo” e “considera espontaneamente a situação de outra

pessoa na maioria das situações, é capaz de intuir as respostas afetivas de outra pessoa e de usar este conhecimento para ajustar suas próprias respostas”, respectivamente.

Falcone e Ramos (2005) destacam que o comportamento socialmente competente inclui tanto a capacidade do indivíduo para obter satisfação pessoal (assertividade) como a motivação genuína para compreender e atender às necessidades da outra pessoa (empatia). Referem, ainda, que a dificuldade em manifestar empatia e assertividade pode gerar padrões de comportamento socialmente inadequados, tais como a esquivas ou a agressividade, com prejuízos na qualidade da interação, favorecendo os conflitos sociais. A literatura evidencia que, em pessoas com esquizofrenia a capacidade de empatia pode estar prejudicada (LYSAKER; LYSACKER, 2001). Nesse contexto, grupos de atividades podem ser importante estratégia para favorecer relações empáticas nessa clientela, com consequentes benefícios para suas interações sociais.

O item “interação na entrevista” avalia a habilidade do paciente em envolver o entrevistador na conversação, fazer com que o entrevistador se sinta afetivamente em contato e reconhecê-lo como participante individual na interação, assim como a habilidade para reagir de maneira recíproca com o entrevistador. Embora a intervenção grupal não tenha ocasionado alteração estatisticamente significativa nesse item ($p=0,0598$), constata-se que a maioria dos pacientes entrevistados foram classificados no domínio seis, o qual representa “envolvimento, reatividade, interação e afetividade consistentemente bons”.

Claro. Você se preocupa comigo né? É verdade né?... (P5).

Verifica-se, assim, construção positiva da interação e afetividade entre entrevistador e pacientes, com a evolução dos encontros grupais. Segundo Pontes et al. (2008), o estabelecimento de relacionamento terapêutico com o paciente requer dos profissionais da saúde conhecimentos e aptidões necessários, tais como saber escutar, falar quando necessário, ser honesto, mostrar respeito, demonstrar interesse, entre outras habilidades, as quais, certamente, estiveram presentes durante o desenvolvimento dos grupos de atividades e entrevistas, como refletem os resultados do item “interação na entrevista”.

4.2.4 Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): grau de motivação e anedonia (incapacidade de sentir prazer)

Um dos itens avaliados, nesse domínio da QLS-BR, consiste no grau de motivação do paciente. A esse respeito, é importante mencionar que a esquizofrenia já possui, como característica, a presença de sintomas negativos, os quais incluem a fraca motivação nessa clientela, tornando difícil a procura por trabalho, formar relações com colegas, bem como iniciar e manter a participação em atividades, entre outras (LEFF; WARNER, 2006).

O segundo item avaliado consiste na anedonia, ou perda da capacidade de sentir prazer. Silva (2006) menciona que a anedonia física abrange a perda de prazeres como admirar a beleza do pôr do sol, comer, beber, cantar, entre outros, e a anedonia social abrange a perda de prazeres como estar com os amigos ou estar com outras pessoas. Ressalta-se que a anedonia foi proposta como a característica central ou cardinal da esquizofrenia (SILVA, 2006).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes, de acordo com a pontuação nos itens específicos do domínio “grau de motivação e anedonia”, da escala QLS-BR, e momento de realização da entrevista (antes e depois da participação no grupo de atividades) (n=8)

Domínio grau de motivação e anedonia (itens)	Pontuação							p-valor
	0	1	2	3	4	5	6	
Grau de motivação								
ANTES	12,5	0,0	37,5	0,0	37,5	12,5	0,0	0,8881
DEPOIS	12,5	12,5	12,5	12,5	25,0	12,5	12,5	
Anedonia								
ANTES	0,0	0,0	12,5	12,5	50,0	12,5	12,5	0,2121
DEPOIS	0,0	0,0	12,5	12,5	50,0	12,5	12,5	

O item “grau de motivação” mostra em que grau o paciente é incapaz de iniciar ou manter atividades direcionadas para um objetivo, devido à sua falta de motivação. Apesar da participação nos grupos de atividades, os pacientes não apresentaram alteração estatisticamente significativa ($p=0,8881$) no grau de motivação. O fato de apenas 12,5% dos pacientes se enquadrarem no domínio seis

da escala, o qual representa “nenhuma evidência de falta de motivação significativa”, reflete o comprometimento motivacional do paciente gerado pela patologia. Vale lembrar que os pacientes deste estudo, além de participarem dos grupos de atividades, estavam em tratamento com a clozapina que consiste em um antipsicótico que tem, como efeito desejável, a redução dos sintomas negativos do transtorno, incluindo a fraca motivação.

Esse resultado é relevante, pois a motivação consiste em característica que pode influenciar o desempenho do paciente no mundo real, podendo, ainda, influenciar a sua capacidade funcional (HARVEY et al., 2007). É fato, ainda, que a motivação pode sofrer alteração após intervenções diversificadas, sendo importante a adoção de outras modalidades terapêuticas, além da farmacológica, no tratamento de pessoas com esquizofrenia, como foi a situação vivenciada pelos pacientes deste estudo.

O item “anedonia” revela a capacidade de o paciente experimentar prazer e humor. Ressalta-se que, nesse item da escala, a anedonia é avaliada quando acompanhada de apatia e afastamento, dos quais pode-se inferir a depressão. Verifica-se, na Tabela 4, que não houve qualquer alteração para o paciente nesse aspecto (anedonia), após a intervenção grupal. Observa-se que metade dos pacientes enquadra-se no domínio quatro, que representa “algumas experiências regulares de prazer e humor, mas reduzidas em extensão e intensidade”, tanto antes como após a participação nos grupos.

Apesar dos resultados quantitativos expressos na Tabela 4, os depoimentos dos sujeitos do estudo revelam a capacidade dos pacientes para experimentar prazer em algumas atividades cotidianas.

Então, de vez em quando, às vezes, ele vai, ele gosta muito de praia... praia, todo ano tem que ir com ele porque se não ele deixa a gente maluquinho. Ele fica em cima (F6).

... de sábado, sexta-feira, eu saio. Vou num barzinho com os meus irmãos né. Pra me distrair um pouco, né (P6).

Eu vou no *shopping*, gosto de jogar bola (P3).

Ah, ele gosta muito de ouvir música, rádio, futebol ele adora... não perde um jogo na televisão... Gosta de tudo, de barzinho... (F5).

Cardoso et al. (2007) referem que a baixa qualidade de vida tem estreita relação com a alta prevalência de sintomas depressivos em pacientes esquizofrênicos. De acordo com Bressan (2000), em pacientes com esquizofrenia, alguns sintomas negativos podem ser confundidos com sintomas depressivos. Para o autor, entretanto, sintomas como perda de interesse e de prazer, abulia, dificuldade para concentração e alterações do apetite têm pouca utilidade para a avaliação do humor em pacientes com esquizofrenia. Ainda, estudos sugerem que os antipsicóticos típicos podem induzir depressão em pacientes com esquizofrenia (TOLLEFESON; SANGER; LU Y, 1998). Neste estudo, todavia, todos os pacientes estavam em uso do antipsicótico atípico clozapina.

4.2.5 Resultados do inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR)

De acordo com Lima, Bandeira e Gonçalves (2003) o inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR) é instrumento que visa mensurar o grau de habilidades do repertório cotidiano de pacientes psiquiátricos que se torna importante para planejamentos e avaliações voltados à reinserção social. Nesse sentido, a aplicação prévia dessa escala auxilia a compilação de informações que contribuem para o investimento dos mais variados tipos de recursos necessários, incluindo os suportes sociais e intervenções eficazes. A aplicação desse instrumento favorece avaliar a evolução do funcionamento e adaptação dos pacientes com tais recursos implementados.

Na sequência, serão apresentados os resultados do ILSS-BR, em formato de tabelas.

Tabela 5 - Resultados do ILSS-BR, referentes à alimentação, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamentos relacionados à alimentação		Frequência do comportamento no último mês (%)					p – valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Alimenta-se asseadamente	ANTES	12,5	12,5	12,5	12,5	50,0	0,8695
	DEPOIS	0,0	12,5	37,5	12,5	37,5	
Usa utensílios adequados para se alimentar	ANTES	0,0	12,5	0,0	0,0	87,5	0,4667
	DEPOIS	0,0	0,0	25,0	0,0	75,0	
Alimenta-se em ritmo normal	ANTES	12,5	25,0	37,5	0,0	25,0	0,0623
	DEPOIS	0,0	0,0	62,5	37,5	0,0	
Mastiga com a boca fechada	ANTES	0,0	12,5	12,5	25,0	50,0	0,8434
	DEPOIS	0,0	12,5	12,5	0,0	75,0	
Tira comida dos pratos de outras pessoas sem permissão	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Come a quantidade de alimento apropriada	ANTES	0,0	37,5	12,5	37,5	12,5	0,8042
	DEPOIS	0,0	12,5	25,0	50,0	12,5	
Demonstra ter bons hábitos nutricionais	ANTES	0,0	25,0	12,5	37,5	25,0	0,0732
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	
Come comida que foi descartada	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0769
	DEPOIS	50,0	0,0	12,5	0,0	37,5	

Observa-se, na Tabela 5, que a intervenção grupal não gerou alterações estatisticamente significativas relacionadas ao comportamento de alimentação dos pacientes ($p>0,01$), entretanto, algumas mudanças negativas e outras positivas, a esse respeito, merecem destaque.

Quanto às alterações negativas, destaca-se que antes da participação nos grupos, 100% dos pacientes nunca “comiam comida que havia sido descartada - por exemplo, do chão ou do lixo” e, após a intervenção grupal essa porcentagem diminuiu para 50%, sendo que 37,5% passaram a sempre comer comida descartada. Possíveis explicações para a referida alteração de comportamento poderiam ser a piora da sintomatologia clínica da esquizofrenia, bem como a

difficuldade de entendimento do familiar acerca da questão apresentada no instrumento pois, em tabela posterior (Tabela 8), poderá ser verificado que, após a participação no grupo de atividades, houve mudança positiva significativa no comportamento de “identificar e jogar fora alimentos estragados”.

Destaca-se que em um dos grupos de atividades, por solicitação de um paciente que já havia trabalhado em uma pizzeria, foi realizada uma atividade de culinária, com a confecção de uma *pizza*. A realização da referida atividade constituiu importante oportunidade para trocas de experiências, entre os pacientes, relacionadas aos hábitos alimentares.

Em relação às mudanças positivas de comportamento relacionadas à alimentação, verifica-se que, após a participação nos grupos, houve aumento na porcentagem de pacientes que sempre “mastigam com a boca fechada” (de 50 para 75%) e que “come quantidade de alimento apropriada, sem necessidade de orientação” com frequência (de 12,5 para 25%) e na maioria das vezes (de 37,5 para 50%).

Constata-se, também, que a porcentagem de pacientes que sempre “demonstram ter bons hábitos nutricionais (isto é, têm dieta bem equilibrada – não vive de doces e refrigerantes)” aumentou de 25 para 87,5%, após a participação nos grupos de atividades. Considerando que todos os pacientes deste estudo utilizam a clozapina, esse aspecto é de grande relevância, pois é fato que o ganho de peso ocorre em todos os pacientes que se utilizam de antipsicóticos (ZORTEA et al., 2010). Nesses pacientes, o estilo de vida e o tratamento podem afetar positiva ou negativamente a ocorrência dos distúrbios metabólicos (ELKIS et al., 2008; CERQUEIRA FILHO et al., 2006). Nesse contexto, Vidal, Contijo e Bandeira (2007) afirmam que todas as atividades que se referem à alimentação necessitam ser estimuladas continuamente, proporcionando maior independência, autonomia, bem como o controle alimentar ao longo do tempo, aspectos esses que também foram abordados nos grupos de atividades.

Tabela 6- Resultados do ILSS-BR, referentes aos cuidados pessoais, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamentos relacionados aos cuidados pessoais		Frequência do comportamento no último mês (%)					p - valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Toma banho usando sabonete todos os dias	ANTES	0,0	0,0	0,0	25,0	75,0	0,4667
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana	ANTES	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Usa desodorante diariamente	ANTES	0,0	12,5	0,0	25,0	62,5	0,7128
	DEPOIS	0,0	12,5	0,0	0,0	87,5	
Escova ou penteia os cabelos diariamente	ANTES	0,0	12,5	0,0	12,5	75,0	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	
Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém a barba aparada	ANTES	0,0	16,7	33,3	16,7	33,3	0,7070
	DEPOIS	25,0	12,5	0,0	12,5	50,0	
Providencia o corte ou o penteado dos cabelos quando necessário	ANTES	12,5	12,5	25,0	12,5	37,5	0,99
	DEPOIS	0,0	12,5	25,0	12,5	50,0	
Escova os dentes ou a dentadura ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia	ANTES	0,0	0,0	25,0	25,0	50,0	0,0769
	DEPOIS	12,5	0,0	0,0	0,0	87,5	
Despe-se em horas e locais apropriados	ANTES	0,0	0,0	12,5	0,0	87,5	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	
Veste-se em horas e locais apropriados	ANTES	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Conserva-se limpo(a) e arrumado(a) o dia todo	ANTES	0,0	0,0	37,5	12,5	50,0	0,2000
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	
Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele(ela) ou por outras pessoas	ANTES	37,5	12,5	0,0	25,0	25,0	0,2984
	DEPOIS	0,0	12,5	12,5	12,5	62,5	
Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais	ANTES	25,0	12,5	25,0	37,5	0,0	0,99
	DEPOIS	0,0	12,5	0,0	0,0	87,5	
Quebra a etiqueta social em geral	ANTES	25,0	12,5	12,5	25,0	25,0	0,7063
	DEPOIS	62,5	0,0	12,5	12,5	12,5	

A Tabela 6 revela que a intervenção grupal não ocasionou alterações estatisticamente significativas nos comportamentos dos pacientes, referentes aos cuidados pessoais ($p > 0,01$), todavia, após a participação no grupo de atividades, os pacientes apresentaram mudanças positivas em quase todos os itens avaliados, exceto para o item “homem: barbeia-se quando necessário ou mantém a barba aparada, sem necessidade de orientação”.

Aspectos relacionados aos cuidados pessoais eram trabalhados no contexto da realização das atividades grupais. Desse modo, quando o paciente derrubava tinta na roupa ou sujava a mesa, por exemplo, era orientado pelo terapeuta ocupacional a se limpar e organizar o local que ficou sujo. Ainda, durante a realização das atividades, os pacientes eram estimulados a interagir entre si, oportunizando o aprendizado de habilidades básicas, incluindo aquelas de autocuidado, para a vida comunitária.

A esse respeito, Dickinson et al. (2007) afirmam que a esquizofrenia é caracterizada pelo mau funcionamento do autocuidado. Para os referidos autores, mesmo seguindo todos os tratamentos recomendados, tendo intervenções farmacológicas como meio para melhorar tal funcionamento, o portador de esquizofrenia necessita de cuidados e adaptações na sua vida diária.

Neste estudo, todavia, verificou-se que, após a intervenção grupal, os pacientes apresentaram mudanças positivas de comportamento relacionadas ao autocuidado. Tal resultado é corroborado por Zimmer, Duncan e Laitano (2007) ao destacarem as vantagens das intervenções psicossociais destinadas ao autocuidado, melhorando as habilidades sociais e o funcionamento familiar de pacientes psiquiátricos.

Tabela 7- Resultados do ILSS-BR, referentes às atividades domésticas, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamentos relacionados às atividades domésticas		Frequência do comportamento no último mês (%)					p-valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Arruma sua cama diariamente	ANTES	62,5	0,0	0,0	12,5	25,0	0,99
	DEPOIS	62,5	12,5	0,0	0,0	25,0	
Mantém o quarto ou espaço individual limpo	ANTES	25,0	50,0	12,5	0,0	12,5	0,3473
	DEPOIS	12,5	12,5	25,0	0,0	50,0	
Troca a roupa de cama sempre que necessário	ANTES	62,5	12,5	0,0	0,0	25,0	0,99
	DEPOIS	62,5	25,0	0,0	0,0	12,5	
Recolhe objetos que caem no chão	ANTES	50,0	25,0	12,5	0,0	12,5	<0,01
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	
Limpa líquidos derramados	ANTES	50,0	0,0	25,0	12,5	12,5	<0,01
	DEPOIS	0,0	25,0	0,0	12,5	62,5	
Se ocupa da arrumação de sua moradia quando necessário	ANTES	50,0	0,0	37,5	0,0	12,5	0,1173
	DEPOIS	12,5	37,5	12,5	0,0	37,5	
Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas	ANTES	50,0	0,0	12,5	37,5	0,0	<0,01
	DEPOIS	0,0	12,5	0,0	12,5	75,0	
Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar	ANTES	75,0	12,50	0,0	0,0	12,5	0,4126
	DEPOIS	37,5	12,5	0,0	0,0	50,0	
Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa	ANTES	87,5	0,0	0,0	0,0	12,5	0,99
	DEPOIS	75,00	12,50	0,0	0,0	12,50	
Coloca as roupas para secar	ANTES	75,0	12,5	0,0	0,0	12,5	0,99
	DEPOIS	75,0	12,5	0,0	0,0	12,5	
Guarda as roupas limpas	ANTES	62,50	0,0	12,5	25,00	0,0	0,0536
	DEPOIS	37,5	12,5	0,0	0,0	50,0	
Dobra e/ou pendura as roupas	ANTES	50,0	12,5	25,0	12,5	0,0	0,0928
	DEPOIS	37,5	12,5	0,0	0,0	50,0	

Verifica-se, na Tabela 7, que, após a intervenção grupal, os pacientes apresentaram mudanças positivas em quase todos os itens relacionados às atividades domésticas.

Destaca-se que, após a participação nos grupos de atividades, houve alteração positiva, estatisticamente significativa ($p < 0,01$), nos comportamentos do paciente de “recolher objetos que caem no chão, sem necessidade de orientação”, “limpar líquidos derramados, sem necessidade de orientação” e “realizar tarefas domésticas que lhe foram atribuídas, sem necessidade de orientação”.

Quanto ao comportamento de “recolher objetos que caem no chão”, após a participação nos grupos, ocorreu diminuição na porcentagem de pacientes que nunca realizam essa atividade (de 50 para 0,0%) e aumento na porcentagem daqueles que sempre a realizam (de 12,5 para 87,5%).

No que se refere a “limpar líquidos derramados”, constata-se a alteração de 50 para 0,0% na porcentagem de pacientes que nunca executam essa tarefa e aumento de 12,5 para 62,5% na porcentagem daqueles que sempre a realizam, após a participação nos grupos de atividades.

O comportamento de “realizar tarefas domésticas que lhe foram atribuídas” também sofreu alteração significativa, pois, após a intervenção grupal, a porcentagem de pacientes que nunca apresentam esse comportamento diminuiu de 50 para 0,0% e a porcentagem daqueles que sempre apresentam o referido comportamento aumentou de 0,0 para 75%.

Ressalta-se que as atividades realizadas nos grupos, incluindo aquelas manuais e de culinária, bem como os aspectos orientados pelo terapeuta ocupacional, relacionados ao autocuidado e organização do espaço, durante a realização das referidas atividades, podem ter contribuído para tais mudanças de comportamento nas atividades domésticas. Os depoimentos dos participantes do estudo revelam o comportamento positivo do paciente em relação à realização de atividades domésticas.

A roupa também. É, cata a roupa suja. Já toma um banho. Tira. Não joga a roupa não. Lava... ele lava a roupa dele agora. Se falar assim ó, sujou seu prato, você lava? Ele já lava... lava o copo, garfo. Antes nem que você falasse, num fazia, jogava... Ele não passa fome de jeito nenhum. A primeira coisa que ele faz... Oh, de manhã, que ele faz café em casa, é ele, que ele levanta primeiro que todo mundo... E ele esquento o leite dele, ele corta o pãozinho dele, ele passa manteiguinha. O que tiver que fazer, ele faz... E, no almoço, assim, ele num sabe fazer arroz, feijão, essas coisas ele num sabe, mas frita ovo, frita uma carne, frita linguiça, essas coisas assim, salada, ele lava, ele pica pra ele, ele tempera (F2).

Lavo a minha louça e faço café (P3).

De vez em quando ele arruma a cama dele, né? Agora em casa sim, ele gosta de fazer um cafezinho, é ele que faz o café. Chegam os irmãos dele, ele vai lá fazer o café. E ele tem os frangos dele, as galinhas dele que ele gosta de cuidar. Então, ele sempre tá lá cuidando... As roupas dele, ele que guarda. Eu passo, ponho em cima da cama e ele que guarda tudo no guarda-roupa... A roupa suja ele põe no tanque, depois ele lava... ele gosta muito de fazer café, mas se eu precisar sair e precisar fazer um arroz, ele que faz (F3).

Ajuda minha tia a pôr roupa no varal. É ele que guarda tudo as roupas dele! (F4).

Arrumo a cama minha, da minha mãe, varro a casa todo dia, limpo a casa... lavo a louça do almoço... vou comprar pão na padaria, faço café, depois faço exercício, vou caminhar, varro a rua... Aí quando a minha mãe vai sair de carro, vai no médico, assinar algum nome no banco, alguma coisa assim que a minha mãe tem que ir e eu não posso ir, aí eu fico, faço o arroz. Então, eu procuro assim, as mistura mais facinha, jiló, tomate, assim, as coisas mais facinha né? (P7).

Wagner e King (2005) e Cardoso et al. (2006) mencionam que a realização de atividades ocupacionais, incluindo trabalhos domésticos, trabalhos manuais bem como trabalhos temporários, constitui importante preditor para o desenvolvimento de autonomia, convívio social e atividades de lazer.

A esse respeito, Lima; Bandeira; Gonçalves, 2003 apontam que as dificuldades apresentadas pelos pacientes com esquizofrenia, durante a realização de atividades domésticas e cotidianas, tem se tornado desafio para as políticas públicas de saúde mental, no que se refere à extensão de tais atividades para o contexto comunitário. Neste estudo ficou evidente que os pacientes apresentaram melhora significativa na realização das referidas atividades, após a participação na atividade grupal.

Tabela 8 - Resultados da ILSS-BR, referentes ao preparo e armazenamento de alimentos, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamento relacionado ao preparo e armazenamento de alimentos		Frequência do comportamento no último mês (%)					p-valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Prepara refeições simples ou que não precisem ser misturadas ou cozidas	ANTES	12,5	0,0	12,5	12,5	62,5	0,6345
	DEPOIS	25,0	25,0	0,0	12,5	37,5	
Prepara e cozinha refeições simples	ANTES	50,0	12,5	12,5	12,5	12,5	0,7296
	DEPOIS	25,0	37,5	0,0	12,5	25,0	
Guarda os alimentos apropriadamente	ANTES	62,5	0,0	0,0	37,5	0,0	<0,01
	DEPOIS	12,5	0,0	0,0	12,5	75,0	
Pode identificar e jogar fora alimentos estragados	ANTES	75,0	0,0	12,5	0,0	12,5	<0,01
	DEPOIS	0,0	25,0	0,0	25,0	50,0	
Limpa a mesa	ANTES	75,0	0,0	12,5	12,5	0,0	0,8434
	DEPOIS	50,0	0,0	12,5	12,5	25,0	
Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha ou usa a máquina de lavar louça	ANTES	37,5	12,5	25,0	12,5	12,5	0,99
	DEPOIS	50,0	12,5	12,5	0,0	25,0	
Guarda os utensílios de cozinha	ANTES	50,0	0,0	25,0	12,5	12,5	0,3908
	DEPOIS	50,0	25,0	0,0	0,0	25,0	

A Tabela 8 mostra o comportamento do paciente relacionado ao preparo e armazenamento de alimentos, antes e depois da sua participação nos grupos de atividades. Constatam-se algumas mudanças negativas nesse comportamento. Dentre elas, destaca-se o aumento na porcentagem de pacientes que nunca “Preparam refeições simples ou que não precisem ser misturadas ou cozidas - por exemplo, sanduíches, saladas ou cereal com leite” de 12,5 para 25% e diminuição na porcentagem daqueles sempre realizam essa atividade (de 62,5 para 37,5%).

Ressalta-se o impacto positivo da intervenção grupal ($p<0,01$) no comportamento do paciente de “guardar os alimentos apropriadamente – sem necessidade de orientação”. Observa-se que a porcentagem de pacientes que nunca apresentam esse comportamento diminuiu de 62,5 para a 12,5%, após a

participação nos grupos, e a porcentagem daqueles que sempre apresentam o referido comportamento aumentou de 0,0 para 75%.

Após a participação nos grupos de atividades, houve também alteração estatisticamente significativa ($p < 0,01$) no comportamento do paciente de “identificar e jogar fora alimentos estragados – sem necessidade de orientação”, pois a porcentagem de pacientes que nunca apresentam esse comportamento diminuiu de 75 para 0,0% e a porcentagem daqueles que sempre apresentam o referido comportamento aumentou de 12,5 para 50%.

No transcorrer das atividades desenvolvidas nos grupos, os pacientes sempre foram orientados a guardar os materiais utilizados. Materiais úteis e alimentos em condições adequadas de consumo (durante a atividade de culinária) eram discriminados e armazenados apropriadamente.

Não houve, porém, ações específicas relacionadas ao preparo de alimentos apropriados para o consumo cotidiano. Considera-se, portanto, que tais iniciativas, voltadas à culinária e à nutrição, são imprescindíveis para que ocorra o estímulo e preparo dos sujeitos no atendimento dessa necessidade.

Tabela 9- Resultados da ILSS-BR, referentes à saúde, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamento relacionado à saúde		Frequência do comportamento no último mês (%)					p-valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Relata apropriadamente seus problemas físicos	ANTES	0,0	0,0	12,5	37,5	50,0	0,2000
	DEPOIS	0,0	0,0	12,5	0,0	87,5	
Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma apropriada	ANTES	12,5	12,5	12,5	25,0	37,5	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	25,0	25,0	50,0	
Consegue ajuda de serviços públicos adequados	ANTES	62,5	12,5	12,5	12,5	0,0	0,0517
	DEPOIS	0,0	12,5	25,0	25,0	37,5	
Segue a orientação dos serviços acima citados	ANTES	0,0	25,0	0,0	37,5	37,5	0,2364
	DEPOIS	0,0	12,5	12,5	0,0	75,0	
Fuma respeitando as regras de segurança	ANTES	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3	0,99
	DEPOIS	75,0	0,0	12,5	0,0	12,50	
Aceita tomar a medicação que lhe é administrada	ANTES	0,0	12,5	0,0	0,0	87,5	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	12,5	0,0	87,5	
Toma seu medicamento sem supervisão	ANTES	25,0	12,5	12,5	0,0	50,0	0,3343
	DEPOIS	0,0	12,5	12,5	37,5	37,5	
Contata serviços público	ANTES	87,5	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0629
	DEPOIS	37,5	0,0	12,5	12,5	37,5	

A Tabela 9 revela que a intervenção grupal não ocasionou alterações estatisticamente significativas nos comportamentos referentes à saúde ($p>0,01$), todavia, após a participação no grupo de atividades, os pacientes apresentaram mudanças positivas em quase todos os itens avaliados.

Vale destacar a mudança de comportamento dos pacientes ($p=0,0517$), após a participação nos grupos de atividades, no item “consegue ajuda de serviços públicos adequados - INSS, bombeiros, polícia, vigilância ou outros recursos”, pois a porcentagem de pacientes que nunca conseguem a referida ajuda diminuiu de 62,5

para 0,0% e a porcentagem daqueles que sempre a conseguem aumentou de 0,0 para 37,5%.

Foi também importante, embora não estatisticamente significativa ($p=0,0629$), a alteração de comportamento dos pacientes em relação a “contatar serviços públicos”, havendo diminuição de 87,7 para 37,5% na porcentagem dos pacientes que nunca fazem o referido contato, e aumento de 0,0 para 37,5% na porcentagem daqueles que sempre o fazem, após a participação na atividade grupal.

Destaca-se que os aspectos relacionados à saúde eram temas das interações dos pacientes durante a realização das atividades no grupo. Os pacientes recordavam e compartilhavam questões relacionadas à sintomatologia apresentada nos momentos de crises (alucinações, delírios, entre outras). Quando algum dos pacientes mencionava apresentar alguns dos referidos sintomas ou qualquer dificuldade relacionada ao tratamento, logo o grupo se mobilizava, contribuindo de forma positiva com o mesmo, com mensagens de autoestima e confiança, reforçando a importância da ajuda da família, da medicação e do envolvimento com amigos e colegas.

Os depoimentos dos participantes do estudo revelam a preocupação em relação à saúde do paciente, evidenciada, principalmente, pela busca do serviço de saúde em ocasiões necessárias e pelo cuidado com a dosagem e horário de utilização dos medicamentos.

Ah, ele se preocupa muito com a saúde dele, né? Ele, qualquer coisinha... ele sente uma dor de cabeça, ele fala comigo, e ele quer estar bem, né? Ele sente alguma coisa ele fala, quer ir no médico... O triglicerídeos dele tá muito alto agora por causa do medicamento, né? E ele tem que fazer acompanhamento no posto de saúde com o clínico geral, e ele vai. Toma os remédios dele... no começo ele queria tomar e não queria que eu visse. Muitas vezes ele parou de tomar e teve que ser internado. Então, agora, com o remédio que ele mudou, a clozapina, então o médico falou: “você agora fica de olho no remédio que ele vai tomar”. Aí ele mesmo põe na mão e vem mostrar pra mim que ele tá tomando. Clozapina foi o melhor remédio que até agora, que fez ele se sentir melhor porque os outros ele tomava, mas a gente via que ele ainda tinha alguma coisinha, né? Parecia que ele ainda tava com um pouco de cisma, ouvia voz... depois que ele passou a Clozapina, ele melhorou bastante (F3).

Saúde dele... melhorou...tá uns 80%. Melhorou bastante. ...ele pede (pra ir ao médico). Fala que não tá passando bem. Aí meu esposo leva ele no médico (F4).

Ah...depois que ele começou a tomar a clozapina mudou muita coisa, né? Ele foi um dos primeiros aqui no Brasil a tomar. Ele saiu até na Veja! Toma, mas só que é assim. Ele toma, ele vem: “mãe, ó tô tomando remédio”! Porque aí depois ele esquece que tomou... Ai ele pergunta: “mãe eu tomei o remédio ou não tomei?” (F6).

Os depoimentos evidenciam as mudanças positivas ocorridas no cotidiano dos pacientes deste estudo, após o início do uso da clozapina. Revelam, também, que, apesar dos benefícios, o referido medicamento não está isento de ocasionar efeitos colaterais, como o “aumento do triglicérides”. Como já mencionado, pacientes que utilizam antipsicóticos têm aumento de peso (ZORTEA et al., 2010). Entretanto, esse aspecto pode, também, estar relacionado ao estilo de vida desses pacientes, os quais muitas vezes tornam-se sedentários, sem praticar atividades físicas ou manter uma alimentação adequada (LEITÃO-AZEVEDO et al., 2007).

Esse aspecto é relevante, pois a literatura aponta que o índice de massa corporal (IMC) elevado e o ganho de peso estão associados à baixa qualidade de vida, tanto em pacientes com esquizofrenia quanto na população em geral (CARDOSO et al., 2005). Além do aumento de peso, a hiperlipidemia, a hipertensão e o diabetes também têm sido reconhecidos como complicações significativas nesses pacientes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004).

Para De Hert et al. (2006), o excesso de peso pode, ainda, reduzir a autoestima, resultando no abandono do tratamento psiquiátrico. Neste estudo, todavia, os depoimentos dos participantes revelam melhora, embora não estatisticamente significativa, na autonomia do paciente para a utilização da medicação prescrita.

Eu sei toma sozinha (referindo ao *medicamento*) (P1).

Certinho, desde quando foi daqui pra lá, nunca errei nem um dia de manhã, nem um dia de noite! (P7).

Então, é uma situação... Toma sozinho... Olha, porque é assim, primeiro ele não gostava, não queria tomar, pra falar a verdade. Mas depois que ele veio aqui (*no hospital*), aí ele ficou assim sendo responsável. Que nem agora ele me chama, “falta dez minutos pras duas”, e duas horas é hora de tomar o remédio! (F8).

A utilização adequada da clozapina é de fundamental importância para a estabilização da sintomatologia da pessoa com esquizofrenia. Nesse contexto,

estudos de Lambert et al. (2004) e Awad et al. (2004) apontam que pacientes com esquizofrenia, que fazem uso de clozapina, apresentam resultados positivos na qualidade de vida.

Embora já esteja bem documentada a melhor resposta clínica do paciente com esquizofrenia em uso de clozapina, quando comparado àqueles em uso de antipsicóticos de primeira geração, ainda há debates sobre se os benefícios do referido medicamento são justificáveis pelo seu alto custo. Vale ressaltar que o Sistema Único de Saúde fornece antipsicóticos de segunda geração, incluindo aqui o uso da clozapina, somente para pacientes exclusivamente refratários ao tratamento com os antipsicóticos de primeira geração (LINDNER et al., 2009).

Tabela 10 - Resultados da ILSS-BR, referentes à administração do dinheiro, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamento relacionado à administração do dinheiro		Frequência do comportamento no último mês (%)					p-valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Compra a quantidade adequada de mercadorias	ANTES	28,6	0,0	28,6	28,6	14,2	0,6140
	DEPOIS	12,5	25,0	12,5	12,5	37,5	
Compra suas próprias roupas	ANTES	62,5	37,5	0,0	0,0	0,0	0,1254
	DEPOIS	50,0	0,0	12,5	12,5	25,0	
Compra objetos de uso pessoal	ANTES	50,0	25,0	12,5	12,5	0,0	0,1950
	DEPOIS	50,0	0,0	0,0	12,5	37,5	
Providencia o conserto de roupas e objetos	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1282
	DEPOIS	50,0	0,0	12,5	0,0	37,5	
Paga contas	ANTES	62,5	25,0	12,5	0,0	0,0	0,0552
	DEPOIS	12,5	25,0	0,0	12,5	50,0	
Administra adequadamente seu orçamento	ANTES	62,5	0,0	0,0	37,5	0,0	0,0583
	DEPOIS	37,5	0,0	12,5	0,0	50,0	
Procura ajuda ou informação, quando necessário para planificação de seu orçamento	ANTES	62,5	0,0	37,5	0,0	0,0	<0,01
	DEPOIS	0,0	12,5	12,5	0,0	75,0	
Compreende os termos tutela ou curadoria	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	<0,01
	DEPOIS	0,0	0,0	12,5	0,0	87,5	
Utiliza o relógio para organizar sua programação diária	ANTES	25,0	0,0	25,0	12,5	37,5	0,6345
	DEPOIS	12,5	12,5	0,0	12,5	62,5	
Devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas	ANTES	87,5	0,0	12,5	0,0	0,0	<0,01
	DEPOIS	12,5	37,5	12,5	0,0	37,5	
Confere troco em lojas	ANTES	37,5	12,5	0,0	0,0	50,0	0,6084
	DEPOIS	25,0	0,0	0,0	0,0	75,0	

Verifica-se, na Tabela 10, que, após a intervenção grupal os pacientes apresentaram mudanças positivas em todos os itens referentes à administração do dinheiro, exceto para o item “compreende os termos tutela ou curadoria”, pois 100%

dos pacientes afirmaram nunca compreender os referidos termos, tanto antes como após a participação nos grupos de atividades.

Destaca-se que, após a participação nos grupos de atividades, houve alteração positiva, estatisticamente significativa ($p < 0,01$), nos comportamentos do paciente de “procurar ajuda ou informação, quando necessário para planificação de seu orçamento”, “comprar itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos” e “devolver material defeituoso ou trocar mercadorias em lojas”.

Quanto ao comportamento de “procurar ajuda ou informação, quando necessário para planificação de seu orçamento”, após a participação nos grupos, ocorreu diminuição na porcentagem de pacientes que nunca têm essa iniciativa (de 62,5 para 0,0%) e aumento na porcentagem daqueles que sempre têm a referida iniciativa (de 0,0 para 75%).

No que se refere a “comprar itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos”, constata-se a alteração de 100 para 0,0% na porcentagem de pacientes que nunca apresentam essa atitude e aumento de 0,0 para 87,5% na porcentagem daqueles que sempre a apresentam, após a participação nos grupos de atividades.

O comportamento de “devolver material defeituoso ou trocar mercadorias em lojas” também sofreu alteração significativa, pois, após a intervenção grupal, a porcentagem de pacientes que nunca apresentam esse comportamento diminuiu de 87,5 para 12,5% e a porcentagem daqueles que sempre apresentam o referido comportamento aumentou de 0,0 para 37,5%.

Estudo que avaliou a sobrecarga em familiares de pacientes adultos com esquizofrenia identificou que, para a maioria dos referidos familiares, os cuidados referentes ao dinheiro do paciente não lhes causava nenhuma preocupação ou sacrifício, pelo fato de estarem em posse desse dinheiro (FILHO et al., 2010). Esse dado é preocupante, pois os referidos pacientes devem ser estimulados pelos familiares a administrar o próprio dinheiro, visando a autonomia. Neste estudo, todavia, os relatos mostram que há pacientes que demonstram autonomia na administração de dinheiro, conseguindo realizar investimentos, fazer crediários, pagar contas, realizar compras e conferir o troco.

Eu gosto de guardar na poupança. Todo mês eu deposito (P2).

Ah, ele sabe... ele sabe melhor do que nós até, porque ele é superinteligente. Se você der um dinheiro pra ele, ele conhece troco, ele sabe somar, dividir, esse negócio de cálculo, porcentagem, ele sabe muitíssimo bem! ... Ele que ia no banco pagar faturas, ia pagar conta de luz, de telefone... Compra, direitinho! Traz tudo certinho. Não gasta o troco. Vem conferido o troco que ele conhece, né? Ele já confere na hora! (F2).

Ele mesmo que compra as roupas que ele quer, compra as coisas que ele quer. Roupas, sapato, ele faz mais crediário, porque o que ele ganha é muito pouco, né? Ele faz um crediário, termina aquele crediário, ele quer comprar mais uma calça, mais uma blusa, ele vai lá, faz outro... paga tudo direitinho. A conta dele, ele vai lá e paga tudo direitinho (F3).

Às vezes ele ganha doze reais, quando a gente recebe e dá doze reais pra ele, né? Então ele não gasta de uma vez, ele guarda na gavetinha dele e vai pegando dois por dia. Mas o Clube, por exemplo, ele que paga o Clube. Essa semana ele pegou dinheiro e já foi pagar o Clube... e ele lembra assim quando tá chegando o dia (F5).

... Confere, (o troco) no caixa... Confere ali, se tiver errado, ele não sai dali do caixa enquanto ele não entende o troco... Tranquilo, tranquilo... vai no mercado pra mim sozinho, falo pra comprar alguma coisa, ele vai e compra, não tem erro nenhum (F6).

No que se refere à administração do próprio dinheiro pelos pacientes com esquizofrenia, deve-se considerar, também, o baixo poder aquisitivo geralmente presente nessa clientela. Huguelet et al. (2008) corroboram essa afirmação ao apontarem que, na Suíça, 81% dos pacientes com esquizofrenia almejam melhor aquisição financeira para usufruírem com atividades recreativas e de lazer. No Brasil, Souza e Coutinho (2006) mencionam que os referidos sujeitos se queixam que suas rendas sequer representam a garantia do atendimento das suas necessidades básicas.

Embora a administração de dinheiro seja importante habilidade para a reabilitação social do paciente com esquizofrenia, há escassez de literatura nacional que aborde essa temática. Pode-se acrescentar que este estudo traz resultados revelando que, pacientes com esquizofrenia, podem desenvolver adequadamente a habilidade para administrar o dinheiro de maneira organizada, contando com o apoio de familiares e de profissionais da saúde.

Tabela 11- Resultados da ILSS-BR, referentes a transporte, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamento relacionado ao transporte		Frequência do comportamento no último mês (%)					p – valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Anda de ônibus	ANTES	62,5	0,0	0,0	12,5	25,0	0,3147
	DEPOIS	37,5	0,0	0,0	0,0	62,5	
Lê itinerários de ônibus	ANTES	62,5	0,0	12,5	12,5	12,5	<0,01
	DEPOIS	12,5	0,0	0,0	0,0	87,5	
Vai a pé a locais da vizinhança	ANTES	0,0	12,5	12,5	12,5	62,5	0,99
	DEPOIS	0,0	12,5	12,5	0,0	75,0	
Respeita as normas para pedestres	ANTES	12,5	0,0	0,0	37,5	50,0	0,0583
	DEPOIS	0,0	0,0	25,0	0,0	75,0	
Informa-se e segue as indicações de um trajeto	ANTES	25,0	12,5	25,0	0,0	37,5	0,0256
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Faz viagens de longa distância	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões	ANTES	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	12,5	12,5	75,0	

Verifica-se, na Tabela 11, que, após a intervenção grupal, os pacientes apresentaram mudanças positivas em quase todos os itens referentes a transporte. Houve alteração positiva, estatisticamente significativa ($p < 0,01$), no comportamento do paciente de “ler itinerários de ônibus”, pois a porcentagem de pacientes que nunca leem os itinerários diminuiu de 62,5 para 12,5% e a porcentagem daqueles que sempre leem aumentou de 12,5 para 87,5%.

Observa-se, após a participação nos grupos, mudança importante, embora não estatisticamente significativa, nos comportamentos dos pacientes de

“respeitar as normas para pedestres” ($p=0,0583$) e “informar-se e seguir as indicações de um trajeto” ($p=0,0256$).

Os aspectos relacionados ao transporte foram estimulados pelo terapeuta ocupacional, por meio de orientações verbais, desde o início da realização dos grupos de atividades, visando a autonomia dos pacientes, inicialmente, para as idas aos grupos. Destaca-se que, no início dos grupos, a maioria dos pacientes necessitava do acompanhamento do familiar durante o transporte até o hospital. Na finalização da pesquisa, alguns pacientes já conseguiam utilizar o transporte público (ônibus), sem acompanhante, para se locomoverem até o hospital, para participação nos grupos de atividades.

Para Amouzou (2000), o transporte tem importância como fator determinante na equidade e na qualidade de vida do cidadão. Tem, ainda, dimensão social da vida humana. A esse respeito, estudo identificou, por meio do relato de familiares de pacientes com transtornos mentais, atendidos em um Centro Atenção Psicossocial (CAPS), que dois terços dos pacientes tinham condições para utilizar transporte coletivo (68,2%) (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009). Os resultados do referido estudo e da presente pesquisa mostram a importância do incentivo à autonomia do paciente no que se refere à utilização de transporte público coletivo.

Tabela 12- Resultados da ILSS-BR, referentes ao lazer, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamento relacionado ao lazer		Frequência do comportamento no último mês (%)					p – valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Ocupa-se regularmente com um passatempo	ANTES	12,5	25,0	25,0	12,5	25,0	0,99
	DEPOIS	0,0	12,5	37,5	25,0	25,0	
Passeia fora de seu local de residência	ANTES	12,5	25,0	12,5	12,5	37,5	0,0256
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Cuida do jardim ou quintal	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2000
	DEPOIS	62,5	0,0	0,0	25,0	12,5	
Ouve rádio ou vê televisão	ANTES	0,0	12,5	0,0	0,0	87,5	0,99
	DEPOIS	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Escreve cartas	ANTES	75,0	12,5	12,5	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	62,5	25,0	0,0	0,0	12,5	
Assiste atividades esportivas	ANTES	62,5	12,5	0,0	0,0	25,0	0,99
	DEPOIS	50,0	0,0	12,5	0,0	37,5	
Joga cartas ou outros jogos de mesa	ANTES	75,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,99
	DEPOIS	87,5	0,0	0,0	0,0	12,5	
Lê jornais habitualmente	ANTES	87,5	12,5	0,0	0,0	0,0	0,2821
	DEPOIS	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	
Vai a reuniões de organizações cívicas ou outras	ANTES	62,5	12,5	12,5	0,0	12,5	0,7128
	DEPOIS	87,5	0,0	0,0	0,0	12,5	

A Tabela 12 evidencia que a intervenção grupal não ocasionou alterações estatisticamente significativas nos comportamentos referentes a lazer ($p>0,01$), todavia, após a participação no grupo de atividades os pacientes apresentaram mudanças positivas em quase todos os itens avaliados, exceto para os itens “joga cartas ou outros jogos de mesa” e “vai a reuniões de organizações cívicas ou outras”.

Vale destacar a mudança de comportamento dos pacientes ($p=0,0256$), após a participação nos grupos de atividades, no item “passeia fora de seu local de residência”, pois a porcentagem de pacientes que nunca realizam a referida atividade de lazer diminuiu de 12,5 para 0,0% e a porcentagem daqueles que sempre a realizam aumentou de 37,5 para 100%.

Koga e Furegato (2002) ressaltam que as pessoas com esquizofrenia apresentam perda da motivação para desenvolver qualquer atividade e que essas sofrem alterações no lazer e nas relações sociais. Todavia, na presente pesquisa, os depoimentos dos participantes revelam o interesse dos pacientes nas atividades de lazer, evidenciando vivências e experiências reais de atividade que lhes são prazerosas.

Agora eu acho que eu estou me divertindo mais viu. Agora... (P3).

É com piscina, né? Sou sócio do Palestra (*clube*) (P4).

Quando eu saio, eu saio à noite... pro clube, né... Na bocha. Antes eu não gostava de multidão, né? Hoje eu sou tranquilo (P5).

Ah, ele gosta de sair um pouco. Ele vai no barzinho, vai no clube, vai na bocha. Ele sai. Ele não fica só em casa... (F5).

... de sábado, sexta-feira, eu saio. Vou num barzinho com os meus irmãos, né? Pra me distrair um pouco, né? (P6).

Ele vai quase todo dia, porque a academia fica em frente à minha casa... ele faz a caminhada dele também... Vai na academia e faz a caminhada... Ele vai no barzinho que... Então, de vez em quando, às vezes, ele vai, ele gosta muito de praia... praia, todo ano tem que ir com ele porque se não ele deixa a gente maluquinho. Ele fica em cima (F6).

De acordo com Camargo (2002) para o desenvolvimento do homem, é importante que esse tenha experiências de lazer na vida, as quais contribuem para os sentimentos de prazer, liberdade, emoção e espontaneidade. Em pessoas com esquizofrenia, a literatura aponta que o déficit cognitivo acarreta sérios prejuízos nas habilidades sociais, restringindo atividades prazerosas que envolvem o contato social e lazer (REEDER et al., 2004). Nessa perspectiva, Marder e Fenton (2004) apontam que, para melhorar a cognição na esquizofrenia, faz-se importante a adoção de intervenções que contribuam para o ajustamento social dos pacientes, corroborando a proposta deste estudo que se utiliza do grupo de atividades como recurso para o resgate, ou aprendizagem, de determinadas habilidades que estimulem atividades recreativas ou de lazer.

Tabela 13 - Resultados da ILSS-BR, referentes ao emprego, antes e depois da participação do paciente no grupo de atividades (n=8)

Comportamento relacionado ao emprego		Frequência do comportamento no último mês (%)					p - valor
		Nunca	Algumas vezes	Com frequência	Na maioria das vezes	Sempre	
		%	%	%	%	%	
Procura emprego – anúncios/classificados	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	87,5	12,5	0,0	0,0	0,0	
Contata empregados em potencial para avaliar oportunidades de trabalho	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Contata amigos/outros pacientes/ assistente social/ agência para indicação de emprego	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Participa de entrevistas de seleção para obter emprego	ANTES	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Tem aspirações realísticas de emprego	ANTES	75,0	12,5	12,5	0,0	0,0	0,99
	DEPOIS	75,0	12,5	12,5	0,0	0,0	
Sai na hora certa para os compromissos	ANTES	75,0	12,5	0,0	0,0	12,5	0,2821
	DEPOIS	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	
Sai na hora certa para o emprego	ANTES	85,7	0,0	0,0	0,0	14,3	0,5692
	DEPOIS	62,5	0,0	0,0	0,0	37,5	
Chega na hora certa no emprego e respeita o horário de almoço	ANTES	87,5	0,0	0,0	0,0	12,5	0,5692
	DEPOIS	62,5	0,0	0,0	0,0	37,5	

Observa-se, na Tabela 13, que não houve alteração estatisticamente significativa no comportamento dos pacientes ($p > 0,01$) em relação ao emprego, após a participação dos mesmos nas atividades grupais. Constata-se, todavia, mudança positiva de comportamento em alguns itens. Destaca-se que 100% dos pacientes deste estudo nunca realizaram as atividades como: “contata empregados em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho - sem necessidade de orientação”, “contata amigos/outros pacientes/assistente social/agência para indicações de empregos - sem necessidade de orientação” e “participa de entrevistas de seleção para obter emprego - sem necessidade de orientação”.

Os depoimentos dos sujeitos deste estudo evidenciam o anseio do paciente por trabalhar, mas mostram, também, a dificuldade que os mesmos

encontram para se inserirem no mercado de trabalho. Há paciente que julga serem os efeitos colaterais dos medicamentos a causa da referida dificuldade. Em relação à situação de desemprego do paciente, há relato que reflete a preocupação quanto à sobrevivência do mesmo na ausência, por óbito, do provedor do lar.

Ele quer abrir um negócio pra ele. Ah, ele quer vender carro, ou ele quer abrir a bebida de novo. Mas onde ele tava lá, não tem como! Assim, abrir um bar perto sabe, de noite, né? Voltar a trabalhar. Ele quer dar um jeito, que ele quer ganhar dinheiro coitado. Essa é a verdade. Ele vê as revistas e fala “Eu tô aqui parado, o que eu vou fazer da vida?”. Ele se preocupa muito, a preocupação dele, ele acha assim, se eu morrer, se eu morrer não, eu vou morrer, né, mas ele acha assim que, o que ele vai fazer? Então ele pensa assim que vão pegar ele e por num hospital pra sempre, mas ninguém nunca pensou esse tipo de coisa. E também acho que a gente também tá vivendo no dia a dia aqui, mas eu me preocupo com isso... (F8).

Ah...de ajudante... Por exemplo, eu sou... já fui *office boy*. Eu tenho vontade de ser ajudante, né? (P4).

Tem vontade de arrumar um emprego, estudar. Ele é estudioso, ele é inteligente. As pessoas andavam muito atrás dele porque ele gosta de fazer planta de casa, né? (F4).

Ah, eu gostaria muito mesmo de trabalhar, voltar a trabalhar, se possível também voltar a estudar, porque daqui três anos, por exemplo, eu poderia ser formado né... Eu tenho vontade de voltar a trabalhar, eu só preciso de uma ajuda... (P8).

Conforme Mota e Barros (2008), o paciente com esquizofrenia apresenta dificuldades e restrições para ser inserido no mercado de trabalho mesmo possuindo direitos previdenciários garantidos. Essa dificuldade pode se dar devido ao comprometimento de sua doença, ou mesmo pelo tratamento e acompanhamento farmacológico. É fato que mesmo os pacientes com medicações ideais apresentam dificuldades para trabalhar, com acesso limitado à formação profissional e outros serviços de reabilitação (LEHMAN et al., 2004), como também demonstram os resultados da presente pesquisa.

Esse aspecto é relevante, pois o trabalho é um dos eixos em que se constrói a capacidade contratual dos portadores de transtorno mental, sendo esse um possível recurso de reabilitação (LUSSI; ORNELLAS; PEREIRA JÚNIOR, 2006).

4.3 Percepção dos participantes do estudo sobre os encontros grupais

Neste estudo, após o término de todos os grupos de atividades, os pacientes e familiares foram questionados a respeito dos aspectos positivos e negativos dos encontros grupais.

Os depoimentos dos pacientes e familiares revelaram que os grupos de atividades proporcionaram espaço importante na vida dos seus participantes, pois possibilitou o compartilhar de seus sofrimentos, mediados pelo terapeuta ocupacional e as atividades por ele oferecidas. Na percepção dos participantes, as atividades grupais possibilitaram, ainda, a descoberta de recursos e habilidades, favorecendo a expressão e criatividade. Propiciou vivências que vão além do sofrimento e da dor psíquica, voltadas para convívio saudável e prazeroso, por meio das relações humanas.

Gostei de tudo... adorei tudo! Ajudou, ajudou em tudo! Me ajudou muita coisa! (P1).

Ah, foi o carinho de vocês, né? Atenção! É, essas coisa de boa vontade, né? Agrada a gente! Eu me distraí mais a cabeça! Graças a Deus foi tudo bom... É tudo que eu fiz, eu gostei... É ajudou bastante, né? Pra treinar a mente da gente, né? É uma ocupação que não pode ficar parado, tem que saber mais, né? Muita coisa útil, né? (P2).

Melhorou... A cabeça ficou mais organizada, ficou bem melhor!... É, ocupação, né? Fazer alguma coisa... É, ocupação, né? Da mente, fazer alguma coisinha ali... Ajuda a fazer mais amizade sabe. Antigamente eu não conversava muito porque eu era mais sozinho assim em casa... Jogar *video game*, conversar com os amigos... (P3).

Eu gostei muito de pintar, sabe? De fazer pintura de camiseta, de quadro, inclusive todos os trabalhos que eu fiz, tá lá em casa guardado, sabe? E eu dei assim um quadrinho pro meu sobrinho, né? Pintar eu gostei muito de pintar... É muito difícil falar assim, né? Mas que nem, eu passei uns dias, a pintura ajudou muito sim! Eu comecei a pintar bem, né? Eu comecei que eu não sabia nada, né? Aí eu vou, vou, fui tentando, aprendi, e fica bonito os quadros, né? Passa tempo, é bom... (P8).

Os grupos de atividades também propiciaram espaço onde os sujeitos se relacionaram de forma espontânea, ressaltando que, ao realizar as atividades possibilitadas nesse campo grupal, o nível de persecutoriedade dos mesmos diminuiu, melhorando o nível de organização, como mostra o depoimento a seguir.

Minha cabeça tem ficado melhor, né? Não tenho ficado pensando em outras coisas, coisas ruins... Ah, tipo, a crise, a própria doença, né? Eu fico pensando que as pessoas estão me perseguindo, que as pessoas querem fazer alguma coisa comigo. E quando eu venho pra cá eu só, eu tenho mais ânimo, a cabeça fica mais ocupada em outras coisas e eu não fico pensando na doença, que antigamente eu pensava muito na doença, né? Às vezes, eu achava que morrer é melhor, ficava pensando na doença, na doença, que eu tava ruim... ocupou mais a minha cabeça, né? (*o grupo*)... A gente conversar, “- ó, tá bonito o seu trabalho”, “faz assim, fica com esse pincel”, a gente faz isso né, muito isso... No grupo não tem chateação... No grupo não tem, tô falando sério mesmo. Não tem chateação não! (P3).

Os relatos revelam que, após a participação nos grupos de atividades, houve diminuição do isolamento social dos pacientes com ampliação dos relacionamentos dentro e fora do serviço, com contatos interpessoais mais adequados.

Tenho me divertido muito com o pessoal da terapia... Ah, eu fiquei mais é, como que fala? Mais junto com as outras pessoas sabe? (*depois dos grupos*)... Me ajudou um pouco ficar em grupo, conversar, sair mais de casa, planejar coisas pra fazer... Sempre me agradou... só coisa boa! Eu tenho mais animação, né? (*no grupo*). Mais animado! Vim pra TO, né? Encontrar com o grupo... (P3).

Porque isso mentalmente melhora com o tempo né, a TO, né?... Foi um bem pra nós que vocês fizeram, né? O ponto positivo foi esse, que vocês aumentaram o nosso tipo de vida, né, aumentou... a vivência nossa, né? Na sociedade, né? Eu acho que é isso... eu presto mais atenção nas coisas que eu não prestava... Relacionar com outras pessoas, né?... Relacionar melhor com as pessoas. Tem muitos índices, né? Se eu for falar, eu vou ficar aqui um dia... Vocês fizeram com que eu sociabilizasse com a sociedade, né? Porque viajando, né, pegando o ônibus, combinando com as outras pessoas, relacionando, foi muito bom pra mim... É, importantíssimo!... (P5).

Ah, melhorou, ele tem... disposição no grupo, quando não tinha (*o grupo*) ele achava ruim, sabe?... Ele gosta... no começo ele não gostava não... Não ia em festa, em nada. Agora ele vai, participa, tá começando ir... acho que ele melhorou bem! Mesmo nos relacionamentos... à vezes ele conta que melhorou uma parte dele pra mim, sabe?... Aqui ele gosta!... ele gosta de vir no grupo... Chega sempre contando as coisas... (F5).

Me ajudou... Ah, eu sair de casa, né? Só a coisa de sair de casa... Porque se a pessoa só fica em casa, só em frente a televisão, dá depressão. Apesar que eu faço academia, caminhada, mas tem que trabalhar com a cabeça também, porque isso me ajudou também... É um motivo a mais... a terapia ocupacional... só de ter saído de casa pra fazer alguma coisa... (P6).

Os relatos dos participantes do estudo mostraram que muitas das atividades realizadas nos grupos foram reproduzidas pelos pacientes no domicílio.

Alguns pacientes presentearam outras pessoas com o material por eles produzido, aspecto esse que contribuiu para a manutenção e valorização de suas relações humanas.

...Eu tô fazendo mais é porta-caneta, porta-retrato (*em casa*). Fazendo não, pintando, né (P6).

Eu dei. Eu fiz (*se referindo a Mandala – atividade realizada no grupo*).... A Mandala é limpinha, que eu te falei aquela hora, as mãos limpinha, tudo limpinho, tudo certinho, né? Eu acho... Bom, pintar, você vê, eu te falei que eu fiz os desenhos e pinteí tudo, né? (P7).

Às vezes, ela pega alguma coisa assim, pega algum caderno em casa e vai fazer desenho. Enchia o caderno de desenho... É, ela fez bastante (*se referindo a atividade – Mandala*). Ela fez acho que onze, ela fez pra essas duas meninas que tá aí. Fez bastante, fez pras minhas netas, para os irmãos, fez pra todo mundo. Fez para duas vizinhas. Fez onze... Ajuda. É uma coisa que ela aprendeu... É, aprendeu e guardou... Foi boa. Uma coisa a mais que ela aprendeu, porque pra aprender, ela é difícil pra aprender... Tem coisa que eu ensino, ela não quer saber... Ela queria vir mais! (F7).

Ah, sim, ele pintou muitos panos de prato, fez uns quadrinhos, fez várias coisas de madeira (*em casa*). Nossa... (F8).

Desse modo, as atividades realizadas nos grupos viabilizaram algumas mudanças positivas de comportamento no cotidiano dos pacientes. Os depoimentos dos participantes do estudo revelaram mudanças, principalmente relacionadas aos hábitos alimentares e de autocuidado, sendo tais aspectos importantes tanto para a promoção da saúde como para a ressocialização dos pacientes.

Mudou (*com os grupos*). Eu passei a fazer regime. Por exemplo, eu almoço, né? Todo dia normal. Só não janto porque eu faço regime... Ajudou. Ajudar, ajudou sim... Todas as coisas eu achei bom! (P4).

Ele ficou mais é, mais asseado, teve... ele não ligava em tomar banho, precisava ficar mandando tomar banho. Agora não. Ele vai. Ele toma banho sem a gente mandar. Arruma lá as gavetas da roupa, do guarda-roupa dele... (F4).

...Acho que tirou um pouco a depressão, né? Pentear o cabelo, fazer a barba. Acho que resolveu... Melhorou, né? Fiquei mais alegre, mais disposto a ouvir, né? (P5).

Então eu acho que teve melhora, né?...Melhora porque ele antes comia bem mais rápido, acho que pela ansiedade, né?... Melhorou porque agora tem que falar só uma vez, né? Antes você tinha que falar sempre e ainda não fazia... Então ele melhorou... Contribuiu bastante... (F2).

Melhorou. Ele come com nós, senta junto com nós... Foi, depois que ele começou a participar (*dos grupos*), tomar os medicamentos, ele melhorou bem... Ah, as atividades que eles aprende aí, né? Eles se sentem bem, né?

Fazendo as coisas... Ah, ele melhorou bem. Tá bem melhor... Ele se sente bem, ele gosta de vir aqui... Ele é bem animado no grupo, tudo, ele incentiva as pessoas também... (F3).

Aspectos negativos também foram relatados por um paciente e um familiar, sendo tais aspectos relacionados ao fato de os grupos serem realizados no hospital, onde o paciente já vivenciou a internação bem como a dificuldade do paciente em realizar algumas das atividades propostas no grupo, com consequente sentimento de “desânimo” e “tristeza”.

Não gosta de vir aqui (*por ser no próprio hospital, local de internação*). Não sei porque, acho que ela tem medo. “Vai você sozinha”. Ela fala “Não, você tem que ir!” (F1).

Ah, a gente fica um pouco desanimado, né? (*quando apresenta dificuldades para a realização de alguma atividade*). É bom a gente fazer uma coisa e dar certo fazer, né? Não que eu não gostei... Ah, tinha exercício (*se referindo as atividades*) que era difícil de fazer, né? Aquela tal, aquela atividade, Mandala... Aquilo lá, rapaz do céu, é uma tortura!... É, eu me sinto triste também, né? Quando eu não consigo fazer. Mas depois que eu fiz um, eu fiquei alegre. Mas aí eu esqueci do jeito que faz, sabe?... Mas eu sou assim... tem que passar assim, sabe? Toda hora, toda hora, que nem professor. E é vergonha... Eu tenho raiva disso daí, minha memória fica fraca... É, porque quando você consegue fazer, beleza. É ruim ficar perguntando toda hora também como que faz, a gente fica com vergonha. Conclusão: a memória tá fraca, né?... (P6).

Neste estudo, foi possível observar que o grupo de atividades proporcionou aos pacientes o resgate do sentido das relações sociais, das habilidades remanescentes e das capacidades não estimuladas, facilitadas pelas atividades desenvolvidas e aprendidas durante todo o percurso grupal. Nesse sentido, foi possibilitada a valorização da singularidade de cada um, nos mais diferentes momentos e situações cotidianas, reconhecendo a relação humana por meio dos grupos de atividades.

A esse respeito, Samea (2008) afirma que a realização de grupos em terapia ocupacional considera as subjetividades dos sujeitos, valorizando a história e a singularidade de cada um, respeitando sua rede de relações e suas atividades cotidianas, que podem ter sofrido possíveis rupturas durante o percurso de sua vida. Dessa forma, objetiva-se a reconstrução e ressignificação dos projetos de vida, questões institucionais e sociais que permeiam a reabilitação.

É fato que as dificuldades em habilidades de vida diária, incluindo funções sociais, habilidades de vida independente e autocuidado estão presentes em pessoas com esquizofrenia (HARVEY; VELLIGAN; BELLACK, 2007). Neste estudo, entretanto, mesmo com as dificuldades latentes impostas pelo transtorno mental, os grupos de atividades favoreceram um arsenal de possibilidades de construção de atividades que permitiram avanço nas condições reais dos sujeitos, produzindo algo significativo para seu bem-estar, contribuindo para sua qualidade de vida e ajustamento social.

5 CONCLUSÕES

As conclusões desta investigação estão apresentadas de acordo com a sequência dos objetivos propostos.

O primeiro objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de um grupo de atividades (Terapia Ocupacional), na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina, em acompanhamento ambulatorial.

No que se refere à qualidade de vida, nenhum item da escala QLS-BR sofreu alteração estatisticamente significativa, após a intervenção grupal, entretanto, é possível destacar mudança positiva importante no comportamento dos pacientes referente à “avaliação da utilização do tempo” ($p=0,0140$), no domínio “nível ocupacional”, após a participação dos mesmos nos grupos de atividades. Vale lembrar que o referido item é utilizado para avaliar a quantidade de tempo gasto pela pessoa em inatividade sem objetivo.

Quanto ao impacto do grupo de atividades, no ajustamento social dos pacientes do estudo, constatou-se, por meio da utilização do inventário de habilidades de vida independente, alteração positiva, estatisticamente significativa ($p<0,01$), no funcionamento do pacientes em quatro das nove áreas da vida cotidiana, avaliadas pelo referido instrumento. As alterações ocorreram nos comportamentos relacionados às “atividades domésticas” (recolhe objetos que caem no chão, limpa líquidos derramados e realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas), “preparo e armazenamento dos alimentos” (guarda os alimentos apropriadamente e pode identificar e jogar fora alimentos estragados), “administração do dinheiro” (procura ajuda ou informação quando necessário para planificação de seu orçamento, compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos e devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas) e “transporte” (lê itinerários de ônibus).

Destaca-se que, para algumas habilidades de vida independente, os escores no pós-teste evidenciaram alteração negativa de comportamento, após a intervenção grupal. Pode-se pensar em algumas possíveis explicações, dentre elas o fato de que, como os instrumentos são de autorrelato, os participantes, na primeira avaliação, podem ter superestimado os desempenhos avaliados, ou seja, a

intervenção pode ter propiciado situação de autoconhecimento e de discriminação de comportamentos diante das demandas.

O segundo objetivo deste estudo foi investigar a percepção dos participantes sobre os aspectos positivos e negativos dos encontros grupais. Embora os sujeitos apresentassem dificuldades para a realização de determinadas atividades, essas foram superadas pela motivação e percepção dos mesmos sobre suas próprias habilidades, as quais puderam ser exteriorizadas no contato com os materiais apresentados e disponibilizados nos grupos de atividades pelo terapeuta ocupacional.

Foi possível verificar, por meio da aplicação dos instrumentos e dos relatos dos participantes, que o grupo de atividades viabilizou aos pacientes o desenvolvimento de algumas habilidades bem como de atitudes de cooperação, solidariedade e respeito mútuo, dentro e fora do campo grupal, possibilitando a ampliação das suas relações humanas e maior autonomia na realização das atividades de vida diária, aspectos fundamentais para a ressocialização desses pacientes.

Como já mencionado neste estudo, o tratamento psicofarmacológico (especialmente com antipsicóticos atípicos, como a clozapina), embora de grande relevância, tem demonstrado eficácia limitada no funcionamento psicossocial dos pacientes com esquizofrenia, havendo necessidade da utilização de estratégias que combinam medicação e tratamento psicossocial para um desfecho de maior sucesso.

Nesse sentido, o grupo de atividades revelou ser estratégia apropriada para pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina, em acompanhamento ambulatorial, ao favorecer a reestruturação de autonomia em algumas de suas funções na comunidade bem como pela significativa possibilidade que tal estratégia pode oferecer a essas pessoas na busca de um sentido para a vida mais próximo da saúde mental.

Desse modo, aponta-se a necessidade de se repensar, nos serviços de saúde, as possibilidades de implementação e manutenção das práticas grupais, para que essas possam ser potencializadas em suas metas terapêuticas, contribuindo para a minimização do sofrimento psíquico da clientela atendida.

Espera-se que os resultados desta pesquisa forneçam subsídios para estudos posteriores, ressaltando que a interpretação dos referidos resultados é

limitada pelo tamanho da amostra, pelo fato de se tratar de amostra de conveniência e pela realização da pesquisa em um único serviço, limitando a generalização dos mesmos. Outra sugestão para futuras pesquisas refere-se à realização de comparações entre grupos experimentais e grupos controle.

Mesmo com algumas limitações, é possível que este trabalho seja utilizado como disparador para outras pesquisas nessa área, dada a relevância do tema no contexto atual da assistência psiquiátrica brasileira.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, P. S .B.; SCHESTATSKY, S.; LOBATO, M. I. O uso da clozapina em pacientes esquizofrênicos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 44, n. 2, p. 59-62, 1995.

ADAD, M. A.; CASTRO, R.; MATTOS, P. Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, p. 31-4, 2000. Suplemento 1.

ADAMOLI, A.N.; AZEVEDO, M.R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p. 243-251, jan./fev. 2009.

AMENDOEIRA, M. C. R. O trabalho da arte e construção da subjetividade no feminino. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 42, n. 4, p. 41-54, 2008.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS, NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 2, p. 596-601, 2004.

AMOUZOU, K.D. **Qualidade de vida e transporte público urbano estratégias para melhorar a qualidade do serviço de transporte público urbano por ônibus.** 2000. 154f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 2000.

ARARIPE NETO, A. G. A.; BRESSAN, R.A.; BUSATTO FILHO, G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 34, p. 198-203, 2007. Suplemento 2.

AWAD, A. G.; VORUGANTI, L. N. P. Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia. **CNS Drugs**, v. 18, p. 877–893, 2004.

AZEVEDO, D.M.; GAUDÊNCIO, M. M. P. **A esquizofrenia sob a ótica familiar: o discurso dos cuidadores.** 2005. 73 f. Trabalho acadêmico orientado. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2005.

BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em terapia ocupacional. In: PÁDUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. (Orgs.). **Terapia ocupacional: teoria e prática**. Campinas: Papirus, 2003. p. 63-76.

BARBOSA, G. C.; MORENO, V.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C.; LIMA, S. A. M. Medicação de alto custo para portador de sofrimento psíquico: um estudo preliminar dos custos. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 29, n. 1, p. 19-23, jan./jun. 2007.

BARBOSA, S. R. C. S. Qualidade de vida e saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 7, n. 2, p. 77-87, 1998.

BAZIRE, S. **Psychotropic drug directory: the professional's pocket handbook and aide memoire**. Londres: Qualy Books, 2000.

BENETTON, J. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose**. São Paulo: Lemos, 1991.

BOBES, J.; GARCIA-PORTILLA, M. P.; REJAS, J.; HERNANDEZ, G.; GARCIA-GARCIA, M.; RICO-VILLADEMOROS, F. et al. Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol. **J Sex Marital Ther.**, 2003, v. 29, n. 2, p. 125-147.

BOCK, V.; GAETA C.H.; PACHIONI, A.M.; VILLARES, C. Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 32-36, jan./abr. 1998.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. 1996. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/rescns.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Manual do Programa de volta para casa. Brasília, DF, 2003.

BRESSAN, R. A. A depressão na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, p. 27-30, 2000. Supplement 1.

BRESSAN, R. A.; PILOWSKY, L. S. Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 25, n. 3, p. 177-183, 2003.

BRUNELLO, M. I. B. Terapia ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividade. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 9-14, 2002.

BUCHAIN, P. C.; VIZOTTO, A. D. B., NETO, J. H., ELKIS, H. Randomized controlled trial of occupational therapy in clients with treatment resistant schizophrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 25, n. 1, p. 16-30, 2003.

CAMARGO, R. A. A. **Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CARDOSO, S. C. **Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS**. 2001. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CARDOSO, C. S.; CAIAFFA, W. T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A. L.; ABREU, M. A.; FONSECA, J. O. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. **Cad Saude Pública**, v. 21, p. 1338-1348, 2005.

CARDOSO, S. C.; CAIAFFA, W. T.; BANDEIRA, M., SIQUEIRA, A. L.; ABREU, M. N. S.; FONSECA, J. O. P. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006.

CARDOSO, S. C.; CAIAFFA, W. T.; BANDEIRA, M., SIQUEIRA, A. L.; SILVA, J. T.; FONSECA, J. O. P. Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2035-2048, set. 2007.

CASTILHO, A. **A dinâmica do trabalho de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

CERQUEIRA FILHO, E. A.; ARANDAS, F. S.; OLIVEIRA, I. R.; SENA, E. P. Dislipidemias e antipsicóticos atípicos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 55, n. 4, p. 296-307, 2006.

CHAN, S.; YU, I. W. Quality of life of clients with schizophrenia. **J Adv Nurs.**, v. 45, n. 1, p. 72-83, 2004.

CHAVES, A. C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, p. 21-22, 2000. Suplemento 1.

CHAVES, A. C.; MARI, J. J.; SHIRAKAWA, I. Gênero, sintomas e desempenho social na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I.; MARI, J. J.; CHAVES, A. C. (Ed.). **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 2001. p. 103-118.

COOK, S.; HOWE, A. Engaging people with enduring psychotic conditions a primary mental health care and occupational therapy. **Br. J. Occup. Ther.**, v. 66, n. 6, p. 236-246, 2003.

COSTA E SILVA, J. A. Cinquenta anos de antipsicóticos: sua importância para a prática psiquiátrica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 51, n. 6, p. 7-10, 2002. Suplemento.

COSTA, D.A. Clozapina: uma nova perspectiva no tratamento da esquizofrenia. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 40, p. 521-523, 1991.

DE HERT, M.; PEUSKENS, B.; WINKEL, R. V.; KALNICKA, D.; HANSSENS, L.; EYCK, D.V. et al. Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE®. **Schizophr. Res.**, v. 88, n. 1-3, p. 222-226, 2006.

DELEVATI, D. M.; PALAZZO, L. S. Atitudes de empresários do sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 4, p. 240-246, 2008.

DICKERSON, F. B.; LEHMAN, A. F. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 194, n. 1, p. 3-9, 2006.

DICKINSON, D.; BELLACK, A.S.; JAMES, M.G. Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 33, n. 5, p. 1213-1220, 2007.

DOYLE, P. **Uma vida**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra: Fundação Casa Rui Barbosa, 1999.

DUNO, R.; POUSA, E.; DOMENECH, C.; DIEZ, A.; RUIZ, A.; GUILLAMAT, R. Subjective quality of life in schizophrenic outpatients in a Catalan urban site. **J Nerv Ment Dis.**, v. 189, n. 10, p. 685-690, 2001.

DURÃO, A. M. S. **Grupo de acompanhamento de pacientes portadores de esquizofrenia medicados com Clozapina e de seus familiares: o impacto do cotidiano em suas vidas**. 20L04. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B. M. Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 586-592, jul./ago. 2006.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B. M.; MIASSO, A. I. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de Clozapina e acompanhamento grupal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 251-257, 2007.

EKLUND, M.; HANSSON, L.; BEJERHOLM, U. Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 36, p. 79-85, 2001.

ELKIS, H.; GAMA, C.; SUPLICY, H.; TAMBASCIA, M.; BRESSAN, R.; LYRA, R. Consenso brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, p. 77-85, 2008.

ELKIS, H. Clozapina, esquizofrenia refratária e evidências. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 2, p. 59-60, 2001.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002. p. 11-24.

FALCONE, E.; RAMOS, D. M. Atribuição como componente cognitivo das habilidades sociais e seu impacto na satisfação conjugal. In: GUILHARDI, H.J.; AGUIRRE, N.C. (Ed.). **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade**. Santo André: ESETEC, 2005. p. 182-191.

FALKAI, P.; WOBROCK, T.; LIEBERMAN, J.; GLENTHOJ, B.; GATTAZ, W. F.; MOLLER, H. J. et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 33, p. 7-64, 2006. Suplemento 1.

FERRARI, S. M. L. A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos. **Rev. Centro Estudos Ter. Ocup.**, v. 2, p. 9-15, 1997.

FERREIRA JUNIOR, B. C.; BARBOSA, M. A.; BARBOSA, I. G.; ROCHA, F. L. Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 32, n. 2, p. 57-63, 2010.

FIGLIE, N.; MELO, D.; PAYÁ, R. **Dinâmicas de grupos aplicadas no tratamento da dependência química: manual teórico e prático**. São Paulo: Roca, 2004.

FILHO, M. D. S.; SOUSA, A. O.; PARENTE, A. C. B. V.; MARTINS, M. C. C. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 3, p. 639-647, jul./set. 2010.

FINLAY, I. **The practice psychosocial occupational therapy**. 3rd. ed. Cheltenham: Nelson Thomes Editorial, 2004.

FIRS, M. B. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FRAZÃO, I. S.; LIMA, M. E. B. Família de baixa renda que convive com uma pessoa com transtorno mental: uma revisão bibliográfica. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 2, n. 4, p. 362-366, 2008.

FURTADO, E. A. Benefícios da clozapina no atendimento de terapia ocupacional com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. Ciênc. Mov.**, n. 6, p. 58-60, 2001.

GAITE, L.; VAZQUEZ-BARQUERO, J. L.; BORRA, C.; BALLESTEROS, J.; SCHENE, A.; WELCHER, B. et al. Quality of life in patients with schizophrenia in Five European countries: the EPSILON study. **Acta Psychiatr Scand.**, v. 105, n. 4, p. 283-292, 2002.

GAMA, C. S. SOUZA, C. M.; LOBATO, M. I.; ABREU, P.S.B. Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo programa de atenção à esquizofrenia refratária da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 26, n. 1, p. 21-28, 2004.

GARVER, D. L.; HOLOCOMB, J. A.; CHRISTENSEN, J. D. Heterogeneity of response to antipsychotics from multiple disorders in the schizophrenia spectrum. **J. Clin. Psychiatry**, v. 61, n. 12, p. 964-972, 2000.

GIACON, B. C. C. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 40, n. 2, p. 286-291, 2006.

HAGEDORN, R. **Ferramentas para a prática em terapia ocupacional**: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais. São Paulo: Roca, 2007.

HARVEY, P. D.; VELLIGAN, D. I.; BELLACK, A. S. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. **Schizophrenia Bulletin**, v. 33, n. 5, p. 1138–1148, 2007.

HEINRICHS, D.W.; HANLON, T.E.; CARPENTER Jr., W.T. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. **Schizophr. Bull.**, v. 10, p. 388-398, 1984.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HORAN, W. P.; SUBOTNIK, K. L.; SNYDER, K. S.; NUECHTERLEIN, K. H. Do recent-onset schizophrenia patients experience a “social network crisis”? **Psychiatry**, v. 69, 115–129, 2006.

HUGUELET, P.; MOHR, S.; BOUCHERIE, M.; FERRERO, F. BORRAS, L. Patients with schizophrenia and their finances: what they earn and own. **Swiss Med Wkly**, v. 138, n. 9-10, p. 150, 2008.

HUPPERT, J. D.; WEISS, K. A.; LIM, R.; PRATT, S.; SMITH, T. E. Of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. **Schizophr. Res.**, v. 51, p. 171-180, 2001.

JOHANN, R. V. O; VAZ, C. E. Avaliação de aspectos cognitivos em homens portadores de esquizofrenia em tratamento com haloperidol ou Clozapina. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 55, n. 3, p. 202-207, 2006.

JOHNSON, L.; LUNDSTROM, O.; ABERG-WISTEDT, A.; MATHE, A. A. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. **Bipolar Disord.**, v. 5, n. 2, p. 129-137, 2003.

KERN, R. S.; GLYNN, S. M.; WILLIAM, P.; HORAN, W. P.; MARDER, S. R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin.**, v. 35, n. 2, p. 347-361, 2009.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar / Psychoterapeutic approach in bipolar disorder. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 32, p. 98-104, 2005. Suplemento 1.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002.

LAM, D. H.; WATKINS, E. R.; HAYWARD, P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 60, p. 145-152, 2003.

LAMBERT, M.; NABER, D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. **CNS Drugs**, v. 18, n. 13, p. 5-17, 2004. Supplement 2.

LAURIELLO, J.; BUSTILLO, J.; KEITH, S. J. A critical review of research on psychosocial treatment of schizophrenia. **Biol. Psychiatry**, v. 46, p. 1049-1417, 1999.

LEFF, J.; WARNER, R. **Social inclusion of people with mental illness**. New York: Cambridge University Press, 2006.

LEHMAN, A. F.; LIEBERMAN, J. A.; DIXON, L. B.; MCGLASHAN, T. H.; MILLER, A. L.; PERKINS, D. O. et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. **Am J Psychiatry**, v. 161, p. 1-56, 2004.

LEITÃO-AZEVEDO, C. L.; GUIMARÃES, L. R.; LOBATO, M. I.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 34, n. 2, p. 184-188, 2007.

LIEBMANN, M. **Exercícios de arte para grupos**: um manual de temas, jogos e exercícios. 4. ed. São Paulo: Summus, 2000.

LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da terapia ocupacional. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 117-122, 2006.

LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos – (ILSS-BR). **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 52, n. 2, p. 143-158, 2003.

LINDNER, L. M.; MARASCIULO, A. C.; FARIAS, M. R.; GROHS, G. E. M. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, p. 2-69, ago. 2009. Suplemento 1.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LOUZÃ, N. M. R.; SHIRAKAWA, I. O enfoque médico atual. In: LOUZÃ NETO, M. L.; SHIRAKAWA, I.; BARROS, L. **Esquizofrenia**: dois enfoques complementares. São Paulo: Lemos, 1999. p. 13-44.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de saraceno: um modelo de auto-organização? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

LYSAKER, P. H.; LYSACKER, J. T. Psychosis and the disintegration of dialogical self-structure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. **Br J Med Psychol**, v. 74, p. 23–33, 2001.

MALASPINA, D.; GOETZ, R.R.; YALE, S.; BERMAN, A.; FRIEDMAN, J. H.; TREMEAU, F. Relation of familial schizophrenia to negative symptoms but not to the deficit syndrome. **Am. J. Psychiatry**, v. 157, n. 6, p. 994-1003, 2000.

MARCOLIN, M. A. Escala de qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 6, p.352-356, 1998.

MARDER, S. R.; FENTON, W. Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. **Schizophr Res.**, v. 7, p. 5-9, 2004.

MAXIMINO, V. S. A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades – ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 9, n. 2, p. 49-54, maio/ago. 1998.

_____. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

MCGURK, S. R.; MUESER, K. T. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. **Schizophr Res.**, v. 70, p. 147–173, 2004.

MELTZER, H.; KOSTACOGLU, A. Treatment-resistant schizophrenia. In: LIEBERMAN, J.; MURRAY, R. (Ed.). **Comprehensive care of schizophrenia: a textbook of clinical management**. London: Martin Dunitz, 2001. p. 181-203.

MENEZES, P. R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 18-20, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, L. C.; LOUZÃ, M. R. Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 34, p. 179-183, 2007. Suplemento 2.

MOTA, T. D.; BARROS, S. Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 42, n. 2, p. 220-226, 2008.

MURRIA, R. M.; VAN, O. J. Predictors of outcome in schizophrenia. **J. Clin. Psychopharmacol.**, v. 18, n. 2, p. 2-4, 1998. Supplement 1.

NORMAN, R. M.; MANCHANDA, R.; MALLA, A. K.; HARRICHARAN, R.; NORTHCOTT, S. The significance of family history in first-episode schizophrenia spectrum disorder. **J. Nerv. Mental Dis.**, v. 195, n. 10, p. 846-852, 2007.

NUNES, L. V. A.; DIECKMANN, L. H. J.; LACAZ, F. S.; BRESSAN, R.; MATSUO, T.; MARI, J. J. A acurácia da Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) para identificar disfunção sexual em pacientes do espectro da esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 36, n. 5, p. 182-189, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde** (CID 10). 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2004. v. 1.

ORTIZ, L. C. Esquizofrenia e transtorno bipolar. **Ciência e Cultura**, v. 56, n. 1, p. 22, 2004.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PALHA, A. P.; AZEVEDO, J. Atitudes dos profissionais de saúde face à sexualidade dos doentes mentais. **Arquivos H. Ellis.**, v. 5, n. 2, p. 33-38, 2009.

PÉNADES, R.; SALAMERO, M.; BOGET, T.; PUIG, O.; GUARCH, J.; GASTÓ, C. Cognitive rehabilitation therapy for the clients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized study. **Schizophr. Res.** v. 87, p.323-331, 2006.

PFAMMATTER, M.; JUNGHAN, U.M.; BRENNER, H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. **Schizophr. Bull.**, v. 32, p. S64-S80, 2006. Supplement 1.

PINHEIRO, T. L. S; CAZOLA, L. H. O.; SALES, C. M.; ANDRADE, A. R. O. Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 302-307, abr./jun. 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. N. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 3, p. 312-318, maio-jun. 2008.

PRATT, S. L.; MUESER, K. T.; SMITH, T. E.; LU, W. Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: a mediation analysis. **Schizophr. Res.**, v. 78, p. 187-197, 2005.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REEDER, C.; NEWTON, E.; FRANGOUS, S.; WYKES, T. Which executive skills should we target to affect social functioning and symptom change? A study of a cognitive remediation therapy program. **Schizophrenia Bulletin**, v. 30, p. 87-100, 2004.

RIGBY, P.; ALEXANDER, J. Understanding schizophrenia. **Nurs. Stand.**, v. 22, n. 28, p. 49-56, 2008.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1615-1625, 2010. Suplemento 1.

ROSENFARB, I. S. ROSENFARB, I. S.; BELLACK, A. S.; AZIZ, N.; KRATZ, K. M.; SAYERS, S. Race, family interactions, and patient stabilization in schizophrenia. **J. Abnorm. Psychol.**, v. 113, n. 1, p. 109-115, 2004.

RUGGERI, M.; GATER, R.; BISOFFI, G.; BARBUI, C.; TANSELLA, M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. **Acta Psychiatr Scand.**, v. 105, n. 2, p. 131-140, 2002.

SÁ JUNIOR, A. R.; SOUZA, M. C. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, p. 164-168, 2007. Suplemento 2.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAJATOVIC, M.; DAVIES, M.; HROUDA, D. R. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. **Psychiatr. Serv.**, v. 55, p. 264-269, 2004.

SAMEA, M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 85-90, maio/ago. 2008.

_____. **Terapia ocupacional e grupos**: em busca de espaço de subjetivação. 2002. 184 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SAMPAIO, P. A.; SILVA, V. C.; DELMONDES, W. A. Estudo epidemiológico de pacientes com esquizofrenia, no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, janeiro de 2004 a janeiro de 2006. **Rev. Para. Med.**, v. 22, n. 1, p. 73-73, mar. 2008.

SAS INSTITUTE INC. **SAS/STAT® User's Guide**. Version 9.0. Cary, NC: SAS Institute, 1999.

SHARMA, T.; ANTONOVA, G. Cognitive function in schizophrenia. deficits, functional consequences, and future treatment. **Psychiatr Clin North Am.**, v. 26, p. 25-40, 2003.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, n. 1, p. 56-58, maio 2000.

SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C. Um ano de experiência com clozapina no tratamento de pacientes esquizofrênicos crônicos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 45, p. 1, 1996.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Rev. Psicol. USP**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia**: base neurocientífica e aplicações práticas. 2. ed. Porto Alegre: Medsi, 2002.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e prática. Tradução Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

TERZIAN, A. C. C.; ANDREOLI, S. B.; RAZZOUK, D.; CHAVES, A. C.; MARI, A. M. Fertility and fecundity of an outpatient sample with schizophrenia. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 28, n. 4, p. 305-307, 2006.

THORNICROFT, G.; BROHAN, E.; ROSE, D.; SARTORIUS, N.; LESSE, M. Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia: estudo transversal. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v. 12, n. 1, p.141-160, mar. 2009.

TOLLEFESON, G. D.; SANGER, R. M.; LU, Y.; THIEME, M. E. Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. **Arch Gen Psychiatry**, v. 33, p. 250-258, 1998.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo de saúde mental. **Ciência e saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2006.

VALLADA FILHO, H. P.; SAMAIA, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, p. 2-4, 2000. Suplemento 1.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; BANDEIRA, M. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, p. 294-304, 2007.

WAGNER, L. C.; FLECK, M.P.A. A avaliação da qualidade de vida na esquizofrenia. In: FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 14. p. 147-156.

WAGNER, L. C.; FLECK, M. P. A.; WAGNER, M.; DIAS, M. T. G.. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 699-705, 2006.

WAGNER, L. C.; KING, M. Existential needs of people with psychotic disorders in Porto Alegre, Brazil. **Br. J. Psychiatry**, v. 186, p. 141-145, 2005.

WALLACE, C. J. Functional assessment in rehabilitation. **Schizophr. Bull.**, v. 12, p. 604-623, 1986.

WALLACE, C. J.; KOCHANOWICZ, N.; WALLACE, J. **Independent living skills survey**. Los Angeles: Mental Health Clinical Research Center for the Study of

Schizophrenia/West Los Angeles VA Medical Center, Rehabilitation Medicine Service (Brentwood Division), 1985. Mimeografado.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2001**: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicol. Estud.**, v. 11, n. 1, p. 175-183, 2006.

ZARETSKY, A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. **Bipolar Disord.**, v. 5, p. 80-87, 2003. Supplement 2.

ZIMMER, M.; DUNCAN, A. V.; LAITANO, D.; FERREIRA, E. E.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (Terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo sobre o funcionamento social em pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 29, n. 2, p. 140-147, 2007.

ZORTÉA, K.; GUIMARÃES, L. J.; GAMA, C. S.; BELMONTE-DE-ABREU, P. S. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 2, p. 126-130, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido para a participação em pesquisa.

Eu _____, RG: _____ concordo em participar da pesquisa intitulada “Impacto de um grupo de atividades na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina” desenvolvida por Cleber Tiago Cirineu e pela Prof.^aDr^a Adriana Inocenti Miasso, a qual tem como objetivos: avaliar o impacto de um grupo de atividades (Terapia Ocupacional) na qualidade de vida e ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina e investigar a percepção dos participantes do estudo sobre os aspectos positivos e negativos dos encontros grupais. Estou ciente que:

- 1- as entrevistas gravadas serão realizadas com datas e horários pré-estabelecidos;
- 2- os grupos serão realizados no próprio Ambulatório de Reabilitação Psicossocial;
- 3- os resultados da pesquisa destinam-se à elaboração de trabalho científico e possível publicação;
- 4- é garantido o sigilo, o anonimato dos entrevistados, e que este termo de consentimento estará em posse somente dos pesquisadores;
- 5- os pesquisadores comprometem-se a prestar informações e esclarecimentos adicionais diante de quaisquer dúvidas a respeito da pesquisa que, por ventura, possam ocorrer e, nesse ou em caso de reclamação, faz-se possível contatar os pesquisadores através do telefone (16) 3602-3418.
- 6- a desistência de minha participação no presente trabalho de pesquisa poderá ocorrer quando eu considerar conveniente, sem que isso acarrete dano pessoal para minha pessoa;
- 7- não haverá pagamento aos participantes do estudo.

A seguir, assino em concordância com as exigências da Resolução 196/96, que regulamenta a realização de pesquisa entre seres humanos, representando o meu aceite em participar da presente pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do familiar

Local: Ribeirão Preto, SP

Data: ____/____/20__

ANEXOS

ANEXO A

Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

Ribeirão Preto, 06 de fevereiro de 2009

Prezado Senhor,

Vimos, por meio deste, solicitar a inclusão da Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso como “orientadora” e do Prof. Dr. Jaime E. C. Hallak como “colaborador” do aluno Cléber Tiago Cirineu no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Impacto de um grupo de atividades na qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária medicados com clozapina em acompanhamento ambulatorial em hospital geral universitário” (Processo HCRP 7561/2007).

Vale ressaltar que tal mudança se justifica pela aprovação do aluno Cléber Tiago Cirineu no processo seletivo para o mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Nesse contexto, o Prof. Dr. Jaime E. C. Hallak transfere a orientação do projeto de pesquisa em questão para a Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso, passando a atuar como colaborador no seu desenvolvimento.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção dispensada, e nos colocamos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Profa. Adriana Inocenti Miasso
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica
e Ciências Humanas da EERP/USP

Prof. Dr. Jaime E. C. Hallak
Departamento de Neurociências e Ciências
do Comportamento da FMRP/USP

Cléber Tiago Cirineu
Mestrando do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica
e Ciências Humanas da EERP/USP

Ilmo Sr.
Prof. Dr. Sérgio Pereira da Cunha
M.D. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP/USP

ANEXO B

Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia (QLS-BR)

1- AVALIAR RELAÇÕES FAMILIARES

*NOTA: Este item deve receber a **nota técnica (9)** se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto. Para avaliação do fator e da escala global, este item deverá receber um escore equivalente à média dos itens 2 a 7, que compõem o Fator Rede Social.*

Este item visa avaliar relacionamentos íntimos, que envolvem participação e cuidados mútuos, com a família imediata ou com membros da residência onde o paciente vive atualmente.

Perguntas sugeridas:

Você se dá bem com todas as pessoas com quem você atualmente mora ou com sua família imediata?

0- Praticamente nenhuma intimidade.

1-

Com que frequência você tem conversado com eles?

2- Apenas interações íntimas escassas e intermitentes.

Você pode conversar assuntos íntimos com eles?

3-

Eles podem conversar assuntos íntimos com você?

4- Algumas interações íntimas consistentes, mas reduzidas em extensão ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

Como é o relacionamento com essas pessoas?

5-

Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos.

6- Envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima.

Quando você está em casa, você fica junto com sua família ou prefere ficar sozinho?

9 - *Fazer a contagem aqui se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto.*

2- AVALIAR RELACIONAMENTOS COM AMIGOS ÍNTIMOS

Este item visa avaliar relacionamentos com amigos íntimos, envolvendo participação e cuidados mútuos, com pessoas que não sejam da família imediata do paciente. Excluir relacionamentos com trabalhadores da saúde mental.

Perguntas sugeridas:

Além da sua família, você tem amigos a quem você é especialmente chegado?

0- Praticamente ausente.

1-

Quantos amigos você tem?

2- Apenas relações esparsas ou intermitentes.

Você pode conversar assuntos pessoais com eles?

3-

Eles podem conversar assuntos pessoais com você?

4- Algumas relações íntimas consistentes, mas reduzidas em número ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

Com que frequência você tem falado com eles?

5-

Como está o seu relacionamento com esses amigos?

6- Envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma pessoa.

3- AVALIAR RELACIONAMENTOS ATIVOS COM COLEGAS.

Este item visa avaliar relacionamentos com outras pessoas, onde há uma apreciação mútua e compartilhamento de interesses ou atividades em comum, mas sem o investimento emocional íntimo do item anterior. Excluir relacionamento com trabalhadores de saúde mental e outros membros da casa.

Perguntas sugeridas:

Além de amigos pessoais mais próximos, existem colegas ou conhecidos com os quais você tem tido o prazer de fazer coisas?

0- Praticamente ausente.

Quantos?

1-

Você tem se encontrado com eles?

2- Poucas relações ativas com colegas e apenas contato infrequente.

Com que frequência?

3-

Que tipo de coisas vocês têm feito juntos?

4- Algumas relações ativas com colegas em desenvolvimento, mas com contato reduzido e limitada atividade compartilhada.

Você tem encontrado com pessoas em lugares como clubes, igrejas, bares, danceterias?

5-

Você tem tido encontros com colegas, tais como irem lanchar ou saírem juntos?

6- Envolvimento apropriado em relações ativas com colegas.

4- AVALIAR NÍVEL DE ATIVIDADE SOCIAL

Este item visa avaliar o envolvimento do paciente em atividades realizadas com outras pessoas, com o objetivo de diversão. Excluir atividades sociais que tenham outros objetivos, por exemplo, trabalho e escola. Excluir a psicoterapia.

Perguntas sugeridas:

Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?

0- Praticamente ausente.

Quem são essas pessoas?

1-

Que tipo de coisas vocês costumam fazer?

2- Atividade social ocasional, mas prescinde de um padrão regular de tal atividade, ou limita-se apenas a atividade com a família imediata ou membros da casa.

Você participa de clubes ou outros grupos sociais (associação de bairro, coral, grupo de jovens e outros)?

3-

4- Alguma atividade social regular, mas reduzida em frequência ou diversidade.

5-

6- Nível apropriado de atividade social regular.

5- AVALIAR A REDE SOCIAL ENVOLVIDA

Este item visa avaliar até que ponto as outras pessoas se preocupam com o paciente, se interessam por sua vida ou conhecem as suas atividades. Excluir os funcionários de Serviços de Saúde Mental.

Perguntas sugeridas:

Existem pessoas que têm estado preocupadas com sua felicidade e seu bem estar?	0- Praticamente ausente.
Quantas?	1-
Quem são essas pessoas?	2- Mínima em número ou grau de envolvimento, e/ou limitada à família imediata.
De que forma elas demonstram isto?	3-
Se alguma coisa importante lhe acontecesse, a quem você contaria?	4- Presença de alguma rede social envolvida, mas reduzida em grau de envolvimento.
Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional?	5-
Existem pessoas que lhe ajudam nos assuntos do dia-a-dia e a tomar decisões na vida prática?	6 - Adequada rede social envolvida, em extensão e grau de envolvimento.
Se fosse preciso pedir ajuda, a quem você pediria?	

6- AVALIAR INICIATIVA SOCIAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa toma a iniciativa de direcionar suas interações sociais. Avaliar: o quê? Quanto? E com quem?

Perguntas sugeridas:

Você tem sempre realizado coisas sozinho ou com outras pessoas?	0- Atividade social quase sempre dependente da iniciativa de outros.
Com quem?	1-
O que vocês fazem?	2- Iniciativa social esporádica, porém vida social significativamente empobrecida, devido à forma de passividade social ou iniciativa limitada à família imediata.
De que maneira você procura as pessoas?	3-
Você costuma falar com pessoas pelo telefone ou pessoalmente?	4- Evidência de alguma redução da iniciativa social, mas com apenas mínimas consequências adversas sobre a atividade social.
É você quem convida as pessoas ou são elas que convidam você para fazer as coisas?	5-
Você já desistiu de sair para se divertir por achar difícil convidar outras pessoas?	6- Iniciativa social adequada.

7- AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa evita as interações sociais, devido ao seu desconforto ou desinteresse.

Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?
Você tem recusado convites para fazer coisas
junto com outras pessoas?

Você tem recusado esses convites mesmo quando
você não tem nada para fazer?

Você tem evitado atender ao telefone ou evitado
atender pessoas?

Você tem lidado com pessoas somente
quando você precisa delas?

Você tem evitado companhia em casa?
Você tem preferido estar sozinho?
O fato de você querer ficar sozinho tem interferido
em sua vida?

0- Evitação ativa de praticamente todo contato social.

1-

2- Tolerar aquele contato social exigido para atender a outras necessidades, mas tem muito pouco contato social pelo próprio contato; ou falta de afastamento apenas com a família imediata.

3-

4- Algum engajamento social agradável e satisfatório, porém reduzido devido à evitação.

5-

6- Nenhuma evidência de afastamento social significativo.

8- AVALIAR RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

Este item visa avaliar a capacidade para relações íntimas maduras e atividade sexual satisfatória. A formulação das questões presume uma orientação heterossexual da pessoa. Em caso evidente de preferência homossexual constante, reformular adequadamente as questões e avaliar estas mesmas capacidades.

Perguntas sugeridas se solteiro:

Suas atividades sociais têm envolvido mulheres/homens?

0- Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.

Tem tido encontros íntimos?

1-

Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?

2- Algum contato sexual limitado, mas superficial com evitação de intimidade; ou atividade sexual apenas como liberação física sem envolvimento emocional; ou relacionamentos marcados por rompimento grave e crônico, insatisfação ou caos afetivo.

Teve um (a) ou mais namorados (as)? E atualmente?

Os relacionamentos têm sido agradáveis?

3-

Você já gostou ou esteve apaixonado por alguém?

4- Relacionamento com alguma intimidade e envolvimento emocional, predominantemente satisfatório, e, talvez alguma expressão sexual ou sinais físicos de afeição.

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Está mantendo relações sexuais?

5-

São satisfatórias?

6-Normalmente tem relacionamentos satisfatórios, emocionalmente ricos, expressão sexual íntima e adequada e sinais físicos de expressão.

Sugestões se casado ou morando com alguém:

Você está feliz no seu relacionamento com seu parceiro?

Vocês fazem muitas coisas juntos?

Que tipo de coisas vocês fazem juntos?

Vocês conversam muito juntos?

Vocês podem conversar assuntos íntimos?

Vocês brigam muito?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Sua vida sexual tem sido satisfatória?

9- AVALIAR FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa está tentando desempenhar um papel ocupacional e não se ela o faz de forma completa ou bem sucedida. Para os que dirigem um lar, considerar se para uma pessoa com eficiência normal as responsabilidades assumidas representariam trabalho em tempo integral ou parcial. Se desempregado, considerar o tempo gasto em atividades apropriadas de procura de emprego.

Perguntas sugeridas para quem trabalha:

Você atualmente está empregado?

0- Praticamente nenhuma atividade ocupacional.

Quantas horas por dia você trabalha?

Quais atividades você realiza?

1-

Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu trabalho?

2- Atividade ocupacional esporádica.

Perguntas sugeridas para quem estuda:

Você estuda?

3-

O que você estuda?

4- Atividade ocupacional regular, porém menos do que tempo integral.

5-

6- Atividade ocupacional adequada, em tempo integral ou mais.

Quanto tempo à escola toma por dia?

Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu estudo?

Perguntas sugeridas para responsáveis pelo lar.

Quais são suas tarefas em casa?

Você precisa da ajuda de alguém?

Você recebe ajuda de alguém?

Quanto tempo você gasta para realizar essas atividades?

10- AVALIAR O NÍVEL DE REALIZAÇÃO

Este item visa avaliar o nível de sucesso e realização que a pessoa tem alcançado no papel que ela está tentando desempenhar.

Para trabalhadores

Você é bem sucedido no seu trabalho?

Seu trabalho exige muita responsabilidade?

Você acha que você realiza bem suas atividades?

Você recebe elogios pelo seu trabalho?

As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?

Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?

Você está satisfeito com seu desempenho no trabalho ou você acha que poderia fazer melhor?

Para estudantes.

Você vai freqüentemente às aulas?

Quais as disciplinas em que você tem mais dificuldade?

Você recebe crítica por parte dos professores? E por parte dos colegas?

Você se dá bem com seus colegas de classe?

Você faz trabalhos em grupos?

Você está satisfeito com seu desempenho no estudo ou você acha que poderia fazer melhor?

Para outras atividades.

Você está satisfeito com as tarefas que você realiza?

Você realiza essas tarefas porque você gosta ou por outro motivo?

As pessoas o criticam ou elogiam pelo seu trabalho?

Você está satisfeito com o seu desempenho nas tarefas ou você acha que poderia fazer melhor?

Você tem interesse em fazer as atividades da melhor maneira ou você prefere fazer de qualquer forma para ficar livre logo?

0- Não está desenvolvendo nenhuma função, ou está desempenhando em nível tão precário a ponto de ameaçar a habilidade de continuar naquele papel.

1-

2- Funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em um nível de realização muito baixo.

3-

4- Desempenho geralmente adequado.

5-

6- Muito bom desempenho com evidência de realização nova ou progressiva e/ou muito bom desempenho em algumas áreas.

11- AVALIAR O GRAU DE SUB-EMPREGO

Este item visa avaliar até que ponto o grau de realização da pessoa no desempenho do papel ocupacional reflete uma completa utilização de suas potencialidades e das oportunidades disponíveis para a pessoa. Considerar habilidades inatas, deficiência física, educação, fatores culturais, econômicos e sociais. Obviamente, limitações refletindo diretamente qualquer doença mental ou desordem de personalidade não devem ser consideradas na estimativa do potencial da pessoa.

Perguntas sugeridas:

Este item exige um julgamento complexo. Fazer perguntas adicionais necessárias para esclarecer habilidade e oportunidades.

Relacionado ao trabalho, o que você sabe fazer?

Você gostaria de saber fazer outras coisas?

Te incomoda não estar trabalhando?

Se incomoda, o que você tem feito para conseguir trabalho?

O que você está fazendo no trabalho corresponde à sua capacidade ou expectativa?

0- Não consegue concretizar potenciais.

1-

2- Significativo sub-aproveitamento de habilidades, ou desempregado, mas está ativamente procurando por trabalho.

3-

4- Um pouco abaixo da capacidade da pessoa.

5-

6- Desempenho do papel proporcional às habilidades e oportunidades da pessoa.

12- AVALIAR A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

NOTA: Este item deve ser avaliado com a **nota técnica (9) se o item 9 (Avaliação do funcionamento ocupacional) tiver sido avaliado com o escore 3 ou abaixo de 3.** Para a avaliação deste fator e para a avaliação do escore global, tirar a média dos itens 9, 10, 11 e 17.

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa se sente confortável com a sua escolha ocupacional, com o seu desempenho nesta ocupação e com a situação na qual ela é desempenhada. Destina-se também a avaliar até que ponto esta escolha lhe propicia satisfação, prazer e realização.

Perguntas sugeridas:

Você gosta do seu trabalho e/ou escola ou atividades?	0- Infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional.
Você preferia estar fazendo algo diferente?	1-
Você se sente feliz ou realizado com o seu trabalho?	2- Alguma evidência definida de infelicidade ou insatisfação, o papel ocupacional não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente.
O seu trabalho e/ou escola ou atividades o faz se sentir bem?	3-
Você está entusiasmado com o seu emprego ou atividades?	4- Pouco ou nenhum descontentamento e algum prazer limitado com trabalho.
Você espera com prazer o momento de ir para o trabalho ou o momento de realizar a suas atividades?	5-
Você planeja uma mudança? Por quê?	6- Senso de realização e satisfação acentuadamente consistente, talvez com algumas queixas limitadas.
	9 - Não aplicável se o paciente não está envolvido em nenhum desempenho de papel ocupacional.

13- AVALIAR SENTIDO DE OBJETIVOS DE VIDA

Este item visa avaliar em que grau a pessoa coloca metas realistas e integradas para sua vida. Se a vida atual reflete tais objetivos, não é necessário que ela (ele) esteja planejando uma mudança de vida, para se avaliar que possui um bom sentido de objetivos de vida.

Perguntas sugeridas:

Você pensa muito sobre o futuro?	0- Nenhum plano, ou planos são bizarros, ilusórios ou irrealistas.
O que você planeja para a sua vida futura?	1-
Tem alguma coisa em sua vida que você ainda não realizou, mas que gostaria de realizar?	2- Tem planos, mas eles são vagos, um tanto irrealistas, precariamente integrados uns com os outros, ou de pouca consequência para a vida da pessoa.
Existe alguma coisa que faz a vida valer a pena para você?	3-
	4- Planos realistas e concisos, mas com pouca integração.
	5-
	6 - Planos realistas, concisos e integrados.

14- AVALIAR O GRAU DE MOTIVAÇÃO

Este item visa avaliar em que grau a pessoa é incapaz de iniciar ou manter atividades dirigidas para um objetivo, devido à sua falta de motivação.

Perguntas sugeridas:

Você tem se esforçado para atingir seus objetivos ou planos?

0- A falta de motivação interfere significativamente na rotina básica.

Você já conseguiu realizar algum plano ou objetivo que você tinha para sua vida?

1-

Você tem encontrado muita dificuldade para realizar seus planos ou tarefas?

2- Capaz de atender às demandas básicas de manutenção da vida, mas a falta de motivação prejudica significantemente qualquer progresso ou realização.

Você tem conseguido resolver essas dificuldades?

3-

Esta experiência de não resolver a dificuldade tem interferido muito na sua vida?

4- Capaz de atender às exigências rotineiras da vida, mas a falta de motivação resulta em realização deficiente em algumas áreas.

Você tem tido muito entusiasmo, animação, energia e ânimo para fazer as coisas?

5-

Em quais atividades lhe falta ânimo ou motivação para realizar?

6- Nenhuma evidência de falta de motivação significante.

Você costuma deixar sempre as coisas para fazer depois?

Você tem interrompido suas atividades por falta de persistência, animação ou falta de incentivo?

15- AVALIAR A CURIOSIDADE

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa está interessada no que ocorre ao seu redor e faz perguntas sobre as coisas que ela não entende. Excluir interesse em alucinações e ilusões ou outros produtos psicóticos. Entretanto, preocupações patológicas com produtos psicóticos ou outros temas podem limitar a curiosidade ou interesse em outras coisas.

Perguntas sugeridas:

Você se considera uma pessoa curiosa?

0- Nenhuma curiosidade ou interesse em novos tópicos ou acontecimentos.

Que tipos de coisas te deixam curioso?

1-

Você tem feito alguma coisa para aprender mais sobre elas? Por favor, especifique.

2- Alguma curiosidade esporádica, mas não perseguida em pensamento ou ação.

Você tem lido jornais, ou ouvido as notícias na TV ou no rádio?

3-

4- Alguma curiosidade e tempo gasto pensando sobre tópicos ou interesses e algum real esforço para aprender mais sobre eles.

5-

6- Curiosidade sobre vários tópicos e algum esforço para aprender mais sobre alguns deles, tais como leitura, fazer perguntas, e observação planejada.

16- AVALIAR ANEDONIA (INCAPACIDADE DE SENTIR PRAZER NA VIDA)

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em experimentar prazer e humor. Não avaliar anedonia resultante de síndrome depressiva observável e clara, por exemplo, agitação, choro, acentuados sentimentos de desamparo e inutilidade, etc. Entretanto, deve-se avaliar anedonia, quando acompanhada de apatia e afastamento, dos quais pode-se inferir a depressão. Fazer quaisquer perguntas necessárias para determinar a presença de depressão e seus efeitos sobre a capacidade de sentir prazer. Deve-se distinguir este aspecto de anedonia da capacidade de demonstrar afeto, o que não é avaliado aqui.

Perguntas sugeridas:

Você tem conseguido se divertir?

0- Inabilidade quase completa de experimentar prazer ou humor.

Você costuma obter satisfação ou prazer em coisas que você faz?

1-

Que tipo de coisa faz você rir ou se divertir?

2- Algumas experiências esporádicas e limitadas de prazer e humor, mas uma predominante falta dessas capacidades.

Já aconteceu de você não conseguir se divertir em coisas que pareciam ser divertidas?

3-

Outras pessoas parecem ser mais alegres ou divertidas do que você?

4- Algumas experiências regulares de prazer e humor, mas reduzidas em extensão e intensidade.

Você freqüentemente passa a maior parte do dia entediado ou desinteressado pelas coisas?

5-

6- Nenhuma evidência de incapacidade de sentir prazer ou esta incapacidade pode ser explicada completamente pela depressão ou ansiedade concomitantes.

17- AVALIAR UTILIZAÇÃO DO TEMPO

Este item visa avaliar a quantidade de tempo gasto pela pessoa em inatividade sem objetivo: dormir durante o dia, ficar deitado na cama, sentar-se aqui e ali, sem fazer nada ou em frente da TV ou rádio, quando a pessoa não está particularmente interessada por tais atividades.

Perguntas sugeridas:

O que você faz no seu dia-a-dia?

Você costuma desperdiçar o seu tempo?

Você gasta muito tempo não fazendo nada, sentado aqui e ali ou na cama?

Você passa muito tempo assistindo TV ou ouvindo música?

Você realmente se interessa pôr isto ou apenas não tem nada melhor para fazer?

Você dorme muito durante o dia? Quanto?

De um modo geral, todos os seus dias são passados dessa forma?

0- Gasta grande parte de seus dias em inatividade infrutífera.

1-

2- Gasta cerca de metade de seus dias em inatividade infrutífera.

3-

4- Alguma inatividade infrutífera excessiva, mas menos do que a metade do dia.

5-

6- Nenhuma inatividade infrutífera excessiva além do normal exigido para relaxamento.

18- AVALIAR OBJETOS COMUNS

Este item presume que a participação nesta cultura quase sempre requer que uma pessoa possua certos objetos.

Perguntas sugeridas:

Para esta questão, perguntar sobre cada um dos 12 itens abaixo relacionados.

Você está usando ou portando o seguinte:

- 1- Uma carteira ou bolsa
- 2- Chaves
- 3- Algum dinheiro
- 4- Um relógio
- 5- Algum documento pessoal
- 6- O número do telefone ou o endereço de alguém

Você tem na sua casa o seguinte:

- 1- Um lugar para guardar seus objetos pessoais
- 2- Seu próprio despertador
- 3- Um pente ou escova de cabelo
- 4- Escova de dente
- 5- Algum aparelho eletrônico para entretenimento
- 6- Espelho ou aparelho de barbear.

0- Ausência de todos os objetos comuns. (item 0)

1-

2- Grande déficit de objetos comuns (3-4 itens)

3-

4- Um déficit moderado (7-8 itens)

5-

6- Pequeno ou nenhum déficit (11-12 itens)

19- AVALIAR ATIVIDADES COMUNS

Este item presume que a participação básica nesta cultura quase sempre requer que a pessoa se engaje em alguma atividade.

Perguntas sugeridas:

Para este item, perguntar sobre cada um dos 12 itens mencionados abaixo. Dos seguintes, o que você fez nas três semanas passadas.

- 1- Leu ou assistiu jornal
- 2- Pagou uma conta
- 3- Deu algum recado
- 4- Foi ao cinema ou a um show de música, danceteria
- 5- Dirigiu um carro ou viajou em transporte público sozinho
- 6- Fez compras de alimentos
- 7- Fez compras de outros itens
- 8- Comeu em um restaurante ou lanchonete
- 9- Recebeu seu próprio dinheiro
- 10- Participou de um encontro público
- 11- Compareceu a um evento esportivo
- 12- Visitou um parque público ou outro estabelecimento recreativo.

20- AVALIAR A CAPACIDADE DE EMPATIA

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em considerar e apreciar a situação de uma outra pessoa como sendo diferente da sua própria situação: apreciar diferentes perspectivas, estados afetivos e pontos de vista. Isto se reflete na descrição que a pessoa faz das suas interações com outras pessoas e de como ela vê tais interações.

Perguntas sugeridas:

Considerando alguém com quem você tenha relacionamento estreito ou com quem passa muito tempo.

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda?

O que em você irrita ou incomoda os outros? Você sabe o que eles gostam?

O que você faz para agradá-los?

Quando você os vê tristes ou chateados, o que você faz?

Se você tem algum desentendimento com eles, como é que você reage?

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

Você se importa com o que as pessoas pensam ou falam de você?

0- Não apresenta nenhuma capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros.

1-

2- Demonstra pouca capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos de outros.

3-

4- Pode considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros, mas tende a ser envolvido no seu próprio mundo.

5-

6- Considera espontaneamente a situação de outra pessoa na maioria das situações, é capaz de intuir as respostas afetivas de outra pessoa e de usar este conhecimento para ajustar suas próprias respostas.

21 - AVALIAR A CAPACIDADE DE ENVOLVIMENTO E INTERAÇÃO EMOCIONAL COM O ENTREVISTADOR

Este item visa avaliar a habilidade da pessoa em envolver o entrevistador na conversação, fazer com que o entrevistador se sinta afetivamente em contato e reconhecê-lo como um participante individual na interação, assim como a habilidade de reagir de maneira recíproca com o entrevistador.

Este item é um julgamento global, baseado na entrevista total.

0- O entrevistador se sente praticamente ignorado, sem nenhum senso de envolvimento do paciente e muito pouca reatividade.

1-

2- Envolvimento, interação e afetividade bastante limitados.

3-

4- Algum envolvimento, interação e afetividade na entrevista.

5-

6- Envolvimento, reatividade, interação e afetividade consistentemente bons.

Anexo C - Inventário de habilidades da vida independente (ILSS-BR)

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses como, por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidado com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente.

Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção, enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência de ocorrência deste comportamento, em particular **durante o último mês**.

Cada item escolhido será marcado no questionário pelo entrevistador.

Nome da pessoa que está sendo avaliada: _____

Nome da pessoa entrevistada: _____

Relação entre o entrevistado e a pessoa que está sendo avaliada: _____

Data: ____/____/____

Escala: Frequência da ocorrência do comportamento

Para cada item deste questionário, por favor, registre na **coluna à direita** do questionário, a frequência da ocorrência de cada comportamento **durante o último mês**, segundo a escala abaixo. Se não houve oportunidade para o indivíduo se comportar de determinada forma (por exemplo, utilizar o ônibus quando não houve disponibilidade desse serviço), registre **N/A** (não se aplica). Ou, se não houve necessidade de que o indivíduo se comportasse desta forma (isto é, o parente ou encarregado das instalações, por exemplo, realiza as tarefas domésticas), também registre **N/A**.

0	1	2	3	4
nunca	algumas vezes	com frequência	na maioria das vezes	
sempre				

I- Alimentação**Frequência do comportamento no último mês**

1. Alimenta-se asseadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Usa utensílios adequados para se alimentar. (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir às pressas nem demorar demais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Mastiga com a boca fechada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Tira comida dos pratos de outras pessoas sem permissão	0	1	2	3	4
6. Come a quantidade de alimento apropriada. (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7. Demonstra ter bons hábitos nutricionais (isto é, tem uma dieta bem equilibrada – não vive de doces e refrigerantes) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Come comida que foi descartada (por exemplo, do chão ou do lixo)	0	1	2	3	4

II- Cuidados Pessoais**Frequência do comportamento no último mês**

1. Toma banho usando sabonete todos os dias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Usa desodorante diariamente (sem supervisão)	0	1	2	3	4
4. Escova ou penteia os cabelos diariamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém a barba aparada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6. Providencia o corte ou o penteado dos cabelos	0	1	2	3	4

	quando necessário (sem necessidade de orientação)					
7.	Escova os dentes ou a dentadura	0	1	2	3	4
	ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia (sem necessidade de orientação)					
8.	Despe-se em horas e locais apropriados	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
9.	Veste-se em horas e locais apropriados	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
10.	Conserva-se limpo (a) e arrumado (a) o dia todo	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
11.	Separa apropriadamente roupas sujas	0	1	2	3	4
	para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas (sem necessidade de orientação)					
12.	Veste-se apropriadamente quanto ao clima	0	1	2	3	4
	ou eventos sociais (sem necessidade de orientação)					
13.	Quebra a etiqueta social em geral	0	1	2	3	4
	(por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar)					

III- Atividades Domésticas

		Frequência do comportamento no último mês				
1.	Arruma sua cama diariamente	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
2.	Mantém o quarto ou espaço individual limpo	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
3.	Troca a roupa de cama sempre que necessário	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
4.	Recolhe objetos que caem no chão	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
5.	Limpa líquidos derramados	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
6.	Se ocupa da arrumação de sua moradia	0	1	2	3	4
	quando necessário(sem necessidade de orientação)					
7.	Realiza tarefas domésticas que lhe foram	0	1	2	3	
	atribuídas (sem necessidade de orientação)					
8.	Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina	0	1	2	3	4

	de lavar. (sem necessidade de orientação)					
9.	Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10.	Coloca as roupas para secar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
11.	Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12.	Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

IV- Preparo e armazenamento dos alimentos

Frequência do comportamento no último mês

1.	Prepara refeições simples ou que não precisem ser misturadas ou cozidas (por exemplo, sanduíches, saladas ou cereal com leite) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2.	Prepara e cozinha refeições simples (por exemplo, ovos, fritos, macarrão, etc) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3.	Guarda os alimentos apropriadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4.	Pode identificar e jogar fora alimentos estragados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5.	Limpa a mesa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6.	Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha caneca, prato, etc.- ou usa máquina de lavar louça (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7.	Guarda os utensílios de cozinha – caneca prato, etc (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

V- Saúde

Frequência do comportamento no último mês

1.	Relata apropriadamente seus problemas físicos (sem exagerar ou omitir)	0	1	2	3	4
2.	Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma apropriada	0	1	2	3	4

3.	Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiros, polícia, vigilância ou outros recursos) assistente social, médico, dentista, família, quando necessário	0	1	2	3	4
4.	Segue a orientação dos serviços acima citados	0	1	2	3	4
5.	Fuma respeitando as regras de segurança	0	1	2	3	4
6.	Aceita tomar a medicação que lhe é administrada	0	1	2	3	4
7.	Toma seu medicamento sem supervisão (horários e dosagens)	0	1	2	3	4
8.	Contata serviços públicos (por exemplo, polícia, bombeiros, instituições para desabrigados) para fazer queixas ou pedidos impróprios (por exemplo, entra na delegacia para pedir uma carona para casa, telefona diariamente para instituições para desabrigados para relatar variados problemas sem importância)	0	1	2	3	4

VI- Administração do dinheiro

Frequência do comportamento no último mês

1.	Compra a quantidade adequada de mercadorias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2.	Compra suas próprias roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3.	Compra objetos de uso pessoal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4.	Providencia o conserto de roupas e objetos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5.	Paga contas (inclusive aluguel, alimentos, roupas, transporte, atividades de lazer e bens pessoais – sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6.	Administra adequadamente seu orçamento (isto é, planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros)	0	1	2	3	4
7.	Procura ajuda ou informação, quando necessário para planificação de seu orçamento (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8.	Compreende os termos tutela ou curadoria (se for aplicado ao caso)	0	1	2	3	4
9.	Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10.	Utiliza o relógio para organizar sua	0	1	2	3	4

programação diária					
11. Devolve material defeituoso ou troca.	0	1	2	3	4
mercadorias em lojas (sem necessidade de orientação)					
12. Confere troco em lojas.	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					

VII- Transporte

Frequência do comportamento no último mês

1. Anda de ônibus	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
2. Lê itinerários de ônibus	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
3. Vai a pé a locais da vizinhança	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
4. Respeita as normas para pedestres	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
5. Informa-se e segue as indicações de um trajeto	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
6. Faz viagens de longa distância	0	1	2	3	4
(de ônibus, trem ou avião – sem necessidade de orientação)					
7. Comporta-se apropriadamente em ônibus	0	1	2	3	4
trens ou aviões (sem necessidade de orientação)					

VIII- Lazer

Frequência do comportamento no último mês

1. Ocupa-se regularmente com um passatempo	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
2. Passeia fora de seu local de residência	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
3. Cuida do jardim ou quintal	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
4. Ouve rádio ou vê televisão	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)					
5. Escreve cartas	0	1	2	3	4

(sem necessidade de orientação)						
6.	Assiste atividades esportivas	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)						
7	Joga cartas ou outros jogos de mesa.	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)						
8.	Lê jornais habitualmente	0	1	2	3	4
(sem necessidade de orientação)						
9.	Vai a reuniões de organizações cívicas	0	1	2	3	4
ou outras (sem necessidade de orientação)						

IX- Emprego

Frequência do comportamento no último mês

1.	Procura emprego através de anúncios.	0	1	2	3	4
	classificados					
2.	Contata empregados em potencial para avaliar	0	1	2	3	4
	Possíveis oportunidades de trabalho (sem necessidade de orientação)					
3.	Contata amigos/ outros pacientes/ assistente	0	1	2	3	4
	Social/agência para indicações de empregos(sem necessidade de orientação)					
4.	Participa de entrevistas de seleção para obter	0	1	2	3	4
	emprego (sem necessidade de orientação)					
5.	Tem aspirações realísticas de emprego	0	1	2	3	4
6.	Sai na hora certa para os compromissos	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
7.	Sai na hora certa para o emprego	0	1	2	3	4
	(sem necessidade de orientação)					
8.	Chega na hora certa em seu emprego e respeita	0	1	2	3	4
	o horário de almoço (sem necessidade de orientação)					