



*Tânia Sofia Martins Nogueira*

**AVALIAÇÃO DA READINESS:  
CONSTRUÇÃO E CONTRIBUTO DE VALIDAÇÃO DE METODOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**  
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA  
Área de especialização:  
*Psicologia da Saúde*  
2010



Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Avaliação da Readiness:  
Construção e Contributo de Validação de Metodologia**

**Tânia Sofia Martins Nogueira**

**Setembro 2010**

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor António José Marques (E.S.T.S.-I.P.P.).

## **AGRADECIMENTOS**

Este é um trabalho que recebeu o contributo de várias pessoas as quais, ainda que de formas distintas, influenciaram o percurso da sua realização. A todas elas gostaria de deixar uma palavra de agradecimento, em especial:

Aos profissionais e entidades que cooperaram na elaboração deste estudo.

Ao Hospital de São João, por aceitar colaborar neste projecto de investigação.

À Associação de Apoio à Saúde Mental de Salto, nomeadamente aos seus profissionais, pela prontidão na participação.

Ao Espaço T, em particular ao seu Presidente, Dr. Jorge Oliveira, pela facilidade na obtenção das autorizações, à Dra. Marta Escudeiro e ao Dr. Delfino Manica pela disponibilidade e cooperação para a efectivação deste trabalho. Um agradecimento especial aos seus utentes, pela *readiness* e envolvimento manifestados.

A todos os profissionais colaboradores neste estudo, reitero aqui o meu agradecimento, pelo interesse e empenho com que nele participaram e colaboraram.

À Professora Doutora Cristina Queirós, pelo seu saber, relevo das suas críticas e incentivo essenciais à concretização desta tese.

Um apreço único e especial ao Professor Doutor António Marques por acreditar neste projecto e questionar constantemente a autora, verdadeiro orientador na descoberta de novas perspectivas de ver, ser e estar na investigação e na vida.

## RESUMO

A Reabilitação Psicossocial é hoje reconhecida e entendida como essencial para promover a melhoria efectiva da qualidade de vida das pessoas com doença mental. Enquanto processo, enfatiza a individualidade e complexidade do fenómeno de *recovery*, sendo a pessoa considerada simultaneamente “mármore e escultor”. Baseando-se numa dinâmica do “fazer e fazer-se fazendo” a reabilitação constitui-se como um puzzle onde várias peças se articulam, sendo também uma oportunidade da pessoa procurar cursos de acção no sentido da sua recuperação e da melhoria da qualidade de vida. Neste processo a motivação surge como uma pedra basilar de uma visão dinâmica e emocional do futuro e da procura de novas perspectivas e possibilidades de ser, consideradas pela pessoa como as mais adequadas para atingir os seus objectivos.

Este estudo surgiu da necessidade de adaptar e ajustar os programas de Reabilitação Psicossocial às perspectivas e especificidades de cada pessoa, o que num primeiro momento implica caracterizar a competência de *readiness*, definida como o interesse, desejo e motivação da pessoa na sua reabilitação, factores sem os quais a pessoa dificilmente irá agir para atingir os seus objectivos. O estudo partiu de dois objectivos: construir um programa de avaliação dos níveis de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação; e realizar um estudo exploratório com profissionais de saúde mental, para analisar se na opinião deles a metodologia do programa proposto discrimina e identifica com rigor os níveis de *readiness*, contribuindo assim para a validação do programa.

A parte empírica do estudo tem dois tipos de dados:

- *focus group* com 6 profissionais da área, para fundamentar a pertinência da construção do programa, e cujos resultados foram de encontro aos constructos teóricos e evidências existentes.

- painel *Delphi* (n=25) para contribuir para a validação do programa, obtendo-se um nível de concordância superior a 90%, e verificando que é crucial prosseguir com o processo de validação e com a sua administração na população destinatária (pessoas com esquizofrenia).

A metodologia construída para caracterizar a competência de *readiness* parece permitir uma tradução em indicadores quantitativos e a identificação do nível global de *readiness*, sendo um instrumento exequível de apoio na definição de projectos de reabilitação e possibilitando um entendimento mais inteligível e positivo sobre as diferenças individuais relacionadas com o processo de *recovery*.

## ABSTRACT

The Psychosocial Rehabilitation is nowadays recognized and understood as essential to promote the effective improvement of quality of life of people with mental illness. As a process, emphasizes the individuality and complexity of the phenomenon of recovery, where the person is considered simultaneously "marble and sculptor." Based on a dynamic of "to do and making yourself doing it", rehabilitation is like a puzzle where different pieces fit together, and also an opportunity for the person to seek courses of action towards the rehabilitation and improvement of quality of life. In this process motivation emerges as a main factor of a dynamic and emotional vision of the future and of a search for new perspectives and possibilities of being, considered by the person as the best suited to achieve his objectives.

This study arose from the need to adapt and adjust programs for Psychosocial Rehabilitation to the perspectives and peculiarities of each person, which at first involves characterizing the readiness of competence, defined as the interest, desire and motivation of the person in his rehabilitation, factors without which one will hardly act to achieve their objectives. The study aims to: build a program to evaluate the readiness levels of people with mental illness to integrate a rehabilitation project; and make an exploratory study with mental health professionals to consider whether in their opinion the methodology of the proposed program discriminates and identifies precisely the levels of readiness, thus helping to validate the program.

The empirical part of the study has two kind of data:

- focus group with six professionals, to justify the relevance of the construction program, and the results are in agreement with the existing evidence and theoretical constructs.

- Delphi panel (n = 25) to contribute to the validation of the program, yielding an agreement rate exceeding 90%, and finding that it is crucial to proceed with the validation process and its administration in the target population (people with schizophrenia).

The methodology built to characterize the competence of readiness appears to provide a translation into quantitative indicators and to identify the overall level of readiness, being a practical tool to support the definition of rehabilitation projects and providing a more intelligible and positive understanding of individual differences linked to the process of recovery.

## RESUMÉ

La réhabilitation psychosociale est actuellement reconnue et comprise comme essentiel pour l'amélioration effective de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale. En tant que processus, elle souligne l'individualité et la complexité du phénomène, étant la personne en même temps "sculpteur et marbre." Basé sur une dynamique de «faire en faisant», cette réhabilitation est comme un puzzle où les différentes pièces s'emboîtent, et aussi une occasion pour la personne à rechercher des pistes d'action pour la récupération et l'amélioration de sa qualité de vie. Dans ce cas, la motivation apparaît comme fondamentale dans une vision dynamique et émotionnelle de l'avenir et la recherche de nouvelles perspectives et possibilités considérées par la personne comme les mieux pour atteindre ses objectifs.

Cette étude est née de la nécessité d'adapter et ajuster les programmes pour les perspectives de réhabilitation psychosociale et les particularités de chaque personne. Ainsi, au début on doit caractériser l'état de préparation de la compétence, définie comme l'intérêt, le désir et la motivation de la personne dans sa réhabilitation, tous facteurs nécessaires pour la personne pouvoir agir et pour atteindre ses objectifs. L'étude a deux objectifs: la construction d'un programme pour évaluer les niveaux de préparation des personnes atteintes de maladie mentale à s'intégrer dans un projet de réhabilitation, et l'achèvement d'une étude exploratoire avec les professionnels de la santé mentale, pour leur demander si à leur avis la méthodologie du programme proposé est discriminatoire et identifie avec précision les niveaux de préparation, contribuant ainsi à valider le programme.

La partie empirique de l'étude a deux types de données:

- Groupe de discussion avec six professionnels, pour justifier la pertinence du programme de construction, et les résultats sont d'accord avec d'autres résultats et des concepts théoriques.

- Panel Delphi (n = 25) pour contribuer à la validation du programme, avec un taux d'accord supérieur à 90%, et constatant qu'il est crucial de poursuivre le processus de validation et de son administration dans la population des personnes avec schizophrénie.

La méthodologie conçue pour caractériser la compétence de préparation semble pouvoir être traduite en indicateurs quantitatifs et aussi identifier le niveau général de préparation. Elle est un outil pratique destiné à soutenir la définition des projets de réhabilitation et de fournir une compréhension plus intelligible et positive des différences individuelles liées à des le processus de réhabilitation.

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	3
1. Motivação	4
2. Reabilitação Psicossocial	7
2.1. Da motivação à Reabilitação Psicossocial	7
2.2. Constructo e Processo	8
3. <i>Readiness</i>	11
3.1. Da definição à avaliação	11
3.2. Metodologias e Evidências	14
3.2.1. Entrevista Motivacional	14
3.2.2. Outras Metodologias	16
3.3. Indicadores	17
3.3.1. Qualidade de vida	18
3.3.2. Auto-eficácia	19
3.3.3. Valores/Interesses/Expectativas	21
3.3.4. Suporte Social	23
3.3.5. Optimismo e Esperança	25
4. Esquizofrenia	28
<b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO</b>	34
1. Descrição do programa de avaliação da <i>readiness</i>	36
1.1. População-alvo	36
1.2. Objectivos e fundamentação	37
1.3. Momento de aplicação	39
1.4. Princípios de aplicação	39
1.5. Estrutura	41
2. Construção e validação de programa	44
2.1. Metodologia	44
2.1.1. Sistematização de informação	44
2.1.2. <i>Focus Group</i>	45
2.1.3. Painel <i>Delphi</i>	46
2.2. Participantes	49
2.2.1. Caracterização dos participantes no <i>Focus Group</i>	49
2.2.2. Caracterização dos participantes no Painel <i>Delphi</i>	50
2.3. Discussão dos Resultados	53
2.3.1. Resultados do <i>Focus Group</i>	53
2.3.2. Resultados do Painel <i>Delphi</i>	58
<b>CONCLUSÕES</b>	69
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	72
<b>ANEXO - Apresentação do Programa de Avaliação da <i>Readiness</i></b>	78



## INTRODUÇÃO

Todo o Homem tem motivações e objectivos, que o leva a ter predisposição para a acção e para a mudança, com vista à sua realização. O potencial de crescimento, mudança e desenvolvimento latente em qualquer ser humano, constitui talvez uma das principais motivações que faz com que todos os indivíduos sejam impelidos para a acção. No entanto, cada um escolherá o modo como concretiza esse objectivo/motivação, através da selecção de projectos e do desempenho dos papéis que valoriza, em que se sente competente e em que encontra satisfação.

Este processo na realidade não é tão linear, na medida em que podem surgir condicionamentos que interferem no percurso de vida de uma pessoa. A doença mental é vista, presentemente, como um processo que desequilibra a pessoa no seu todo, alastrando-se e condicionando inclusivamente as suas escolhas e os seus papéis (Anthony et al., 2002).

Considerando que a Reabilitação Psicossocial surge como uma oportunidade de mudança das pessoas com doença mental, e partindo do pressuposto que a motivação constitui uma condição crítica da mudança, relacionando-se com a entrada, adesão e resultados conseguidos numa intervenção, torna-se crucial caracterizar a denominada competência de *Readiness*<sup>1</sup>, entendida como a prontidão motivacional para a integração num projecto de reabilitação. Através dessa caracterização será possível adaptar e ajustar os programas de Reabilitação Psicossocial às especificidades e necessidades de cada pessoa.

Com o intuito de dar um contributo para o estudo de questões relacionadas com o processo de Reabilitação Psicossocial, nomeadamente ao nível da validação e maior disseminação dos actuais princípios e valores de *recovery*, pareceu-nos pertinente construir uma metodologia de determinação dos níveis de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação e realizar um estudo exploratório com profissionais de saúde mental, para analisar se na opinião deles a metodologia do programa proposto discrimina e identifica com rigor os níveis de *readiness*, constituindo estes os dois objectivos deste trabalho. Com base nestes objectivos procuramos esclarecer as seguintes questões: como os profissionais de saúde mental perspectivam um programa para avaliar a competência de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação? e será que o programa por nós construído permite, na perspectiva dos profissionais, avaliar esta competência?. Com o propósito de fundamentarmos a pertinência da construção deste programa e de obtermos resposta à primeira questão realizamos um *focus*

---

<sup>1</sup> Optou-se por não se traduzir o conceito uma vez que não há na língua portuguesa um equivalente semântico apropriado

*group* com profissionais da área e com vista a dar um contributo para a sua validação efectuamos um painel *Delphi*, permitindo-nos responder à segunda questão colocada.

Em termos de estrutura, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte deste trabalho é de natureza conceptual e teórica, efectuando-se uma revisão da literatura sobre o âmbito do nosso estudo, organizada em quatro capítulos que incluem a motivação, a Reabilitação Psicossocial, a *readiness* e a esquizofrenia.

Na segunda parte, é apresentado o estudo empírico, que compreende a explanação dos objectivos e questões de investigação, a descrição do programa de avaliação da *readiness*, a apresentação da metodologia e procedimentos utilizados nesse processo, a caracterização dos grupos de participantes envolvidos e apresentação e discussão dos resultados obtidos. Finaliza-se este trabalho com uma conclusão geral onde se procura reflectir sobre os principais resultados e apresentar sugestões para investigações futuras visando melhorar a compreensão e a intervenção no âmbito da Reabilitação Psicossocial, e especificamente do domínio da competência de *readiness*.

**CAPÍTULO I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Este capítulo pretende rever os principais desenvolvimentos teóricos, conceptuais e empíricos relacionados com o conceito de *readiness*. Tratando-se de um tema vasto e complexo, a revisão da literatura que se inicia procura incidir nos eixos temáticos que atravessam este campo do conhecimento, passando pela motivação e Reabilitação Psicossocial de pessoas com esquizofrenia.

## **1. Motivação**

Neste primeiro ponto, é nosso propósito fazer uma síntese dos aspectos mais relevantes associados à motivação, começando por contextualizá-la em torno do nosso objecto de estudo, para posteriormente proceder à caracterização da sua estrutura.

O ser humano é essencialmente livre e responsável: é capaz de autonomia, de auto-determinação, ainda que esteja sujeito a condicionamentos genéticos, biológicos, psicológicos e sociais. É um ser razoável e, graças ao uso da razão, é capaz de realizar decisões responsáveis e altamente pessoais. A liberdade do ser humano exprime-se por isso, na capacidade e possibilidade de fazer escolhas e de gerir a inevitável perda implicada nessas escolhas.

A metáfora do Homem como construtor competente da sua própria vida revela a necessidade e a capacidade da pessoa de explorar o meio e de ir para além daquilo que é dado, para encontrar o significado profundo da sua existência. Os indivíduos estão em processo constante de construção de si e do que os rodeia, pelo que “ser” é sempre um processo de se “tornar”. Por outro lado, os indivíduos interagem frequentemente com o seu ambiente, pelo que “ser” tem uma natureza relacional. Desde o nascimento até à morte, o ser humano vai experimentar e protagonizar momentos e situações nas quais a sua vida pode mudar e transformar-se. São situações privilegiadas, potencialmente capazes de produzir mudanças, novas experiências, aprendizagens e decisões (McMurrin, 2002).

Globalmente, parece haver factores que interagem com a determinação dos níveis de realização de uma pessoa e, em última instância, com a determinação do sucesso da mudança. Entre estes factores, a motivação demonstra ter um papel proeminente já que é a principal responsável pela activação e direcção do comportamento (Elliot & Dweck, 2005)

Se olharmos a história do ser humano pela janela da Psicologia, salta-nos à vista que as motivações estão na raiz do comportamento do Homem. Da revolução neolítica até à globalização, a motivação liga-se à noção de necessidades, que leva o Homem a ter predisposição para a acção e para a mudança, com vista à sua realização. Cada um age e reage em função da percepção sobre a sua situação e sobre o mundo que o rodeia, sendo mais ou

menos atraído por certos aspectos, sejam intrínsecos ou extrínsecos, que lhe parecem essenciais naquele determinado momento.

Nos dias de hoje existe um amplo consenso de que a prontidão motivacional constitui uma importante dimensão na promoção da mudança de comportamentos, definindo-se como um estado interno, uma necessidade ou desejo que incita, direcciona e mantém comportamentos dirigidos para um objectivo (Huitt, 2001; Rollnick, Miller & Butler, 2008).

Diferentes conceitos foram surgindo no domínio da motivação o que ilustra não só a riqueza da investigação nesta dimensão, mas também as divergências que acabaram por se manifestar. Por contingência de espaço não poderemos aqui explicar os diversos paradigmas e conceitos que foram emergindo associados à motivação no entanto, fica a indicação que hoje ouvimos falar de teorias como a teoria psicanalítica da motivação (Freud); teorias homeostáticas (Hull e Lewin); teorias da “expectativa x valor” onde se inclui a teoria da motivação para a realização (Atkinson e McClelland) e a teoria do medo do sucesso (Horner); teorias cognitivas e sócio-cognitivas da motivação como a teoria da aprendizagem social (Rotter), teoria da auto-eficácia (Bandura), a teoria da motivação intrínseca vs. extrínseca (Deci e Ryan), a teoria atribucional (Weiner) e a teoria das concepções pessoais de inteligência (Dweck); e teorias do self: o auto-conceito e a auto-estima, considerando-se que não são mutuamente exclusivas, podendo ser complementares (Abreu, 2002).

Neste seguimento, fazemos no entanto uma referência especial ao Modelo de Ocupação Humana (MOH), enquanto modelo conceptual prático muito utilizado no campo da Terapia Ocupacional, que contextualiza os humanos como compostos de três componentes que se interligam: a volição, a habituação e a capacidade de desempenho. Estes três elementos, em interacção com o ambiente, formam o que escolhemos fazer, como organizamos as nossas vidas e o que somos capazes de fazer. Aqui iremos especificar a componente da volição que refere-se à motivação para uma ocupação. O conceito de volição vê a motivação como uma interacção entre as características interiores do indivíduo e os aspectos ambientais. A volição é definida como um padrão de pensamentos e sentimentos que predispõe ou capacita as pessoas para antecipar, escolher, experimentar e interpretar comportamentos. A volição diz respeito ao que se acha importante (valores), compreende como capacidade pessoal e eficácia (causalidade pessoal) e encontra agradabilidade (interesses). Causalidade pessoal, valores e interesses estão interligados e juntos constituem o conteúdo dos sentimentos e pensamentos de cada indivíduo, bem como a decisão de se comprometer com uma actividade. Estas áreas dizem respeito ao que efectivamente cada pessoa sente sobre a sua actuação no mundo, o que a pessoa considera importante e o que acha agradável e satisfatório. Assim, os três elementos

da volição representam as preocupações contínuas e interligadas que caracterizam o pensamento e o sentimento sobre o fazer (Kielhofner, 2002).

Partindo das variadas teorias, genericamente, o comportamento motivado parece assentar em grande parte no conjunto de percepções e crenças que a pessoa constrói sobre si própria e sobre as suas competências, daí que os níveis de prontidão e realização estejam dependentes de aspectos como experiências anteriores, sentimento de competência, crenças de controlo e de eficácia pessoal, auto-conceito, entre outros (Houston, 1998). Por esse motivo, a estrutura associada à motivação é complexa e envolve claramente múltiplas dimensões, que podem ser organizadas em torno de uma tríade principal constituída pela vontade, capacidade e prontidão (Miller & Rollnick, 2002).

Uma mudança pode ocorrer de forma planeada ou então imposta por forças exteriores que a pessoa não controla e a obrigam a adaptar-se. Qualquer que ela seja, o ponto de partida baseia-se sempre numa situação presente que é insatisfatória. Essa insatisfação activa e potenciadora de mudança está necessariamente ligada à existência de uma visão futura, que se afigura alcançável, embora com esforço, e se traduz num cenário muito mais positivo e desejável, que assegura a satisfação e a realização da pessoa. Neste processo, cada um constrói um sistema motivacional em função da sua própria experiência e da sua percepção das características da situação, sendo que esta percepção está extremamente dependente do sistema de valores do sujeito (Miller & Rollnick, 2002).

Assim, a vontade ou desejo associam-se à importância e necessidade de mudar, baseada na discrepância entre onde a pessoa está e onde gostaria de estar.

Porque a vontade não é suficiente para o processo de mudança, importa reflectir sobre a capacidade, isto porque a pessoa pode ter vontade e estar pronta mas não se sentir capaz de a concretizar. Este facto liga-se à experiência dos resultados obtidos no passado e às noções de auto-eficácia e expectativa (Miller & Rollnick, 2002).

Por fim, um indivíduo pode querer e sentir-se capaz, mas não estar preparado, derivando daí o conceito de prioridades relativas, que compete com o tempo e energia requerida assim como com a importância de se desenvolver um trabalho de aproximação, baseada em pequenas etapas na direcção da mudança (Miller & Rollnick, 2002).

Note-se que a complexidade do comportamento humano e as condições em que se apresenta, obrigam a ter em conta que podem surgir simultaneamente diferentes necessidades e podem existir diferentes comportamentos motivados. A interpretação do comportamento intencional irá efectuar-se segundo a existência de uma dissonância entre a situação actual e a desejável, e segundo a possibilidade de modificar alguma daquelas duas condições, baseada nas capacidades e prontidão da pessoa (Miller & Heather, 1998).

Seguidamente iremos entrar no campo do conhecimento associado à Reabilitação Psicossocial, aproximando-nos do nosso objecto de estudo.

## **2. Reabilitação Psicossocial**

O presente ponto do trabalho inclui a conceptualização actual de Reabilitação Psicossocial e *recovery*, que assume como nuclear a presença da *readiness* no seu processo.

### **2.1. Da motivação à Reabilitação Psicossocial**

O desenvolvimento humano inscreve-se numa dinâmica exponencial, na qual a melhoria da saúde e da qualidade de vida se baseiam na constante promoção e manutenção de uma condição satisfatória e na mudança de comportamentos que permitam à pessoa potenciar essa mesma saúde. Com efeito, é difícil pensar que no contexto dos cuidados de saúde, a motivação e a mudança de comportamentos da pessoa não constituam potenciais contributos importantes para a prevenção, tratamento e reabilitação.

No passado recente, a prática clínica tinha uma perspectiva da motivação como algo praticamente imutável, isto é, ou o indivíduo estava preparado e motivado para o tratamento e, nestas condições, os técnicos tinham uma intervenção pré-definida a desempenhar, ou a pessoa não estava motivada e, então, a ajuda profissional não era possível. Porém, actualmente, com a técnica psicológica desenvolvida para as mudanças de comportamento, a adesão ao tratamento ou a uma mudança apoia-se na motivação da pessoa, atitude que pode ser modificada ao longo da abordagem terapêutica (Diclemente & Velásquez, 2002; Moyers & Martin, 2006; Pollini, O'Toole, Ford & Bigelow, 2006; Prochaska, 1994).

A propósito da adesão terapêutica, pela sua importância na saúde do indivíduo, especialmente quando esta se encontra ameaçada, tem merecido uma grande atenção por parte de toda a comunidade científica. De acordo com Brannon e Feist (1997 cit. in Pereira & Silva 2002), a adesão representa a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde. A adesão em saúde pode ser vista sobre duas perspectivas: a adesão comportamental, que reflecte os comportamentos relacionados com a saúde (ex. integrar um projecto de reabilitação, deixar de fumar, fazer exercício físico, etc.) e a adesão médica que se relaciona especificamente com a medicação. Os benefícios da adesão parecem ser vários, encontrando-se geralmente relacionados com a prevenção de recaídas, com o alívio dos sintomas, melhoria da percepção da condição de saúde, diminuição da morbilidade e mortalidade e redução das hospitalizações, pelo que deve ser alvo de atenção (Sousa & McIntyre, 2003).

Embora actualmente sejam vários os estudos que se debruçam sobre a adesão, esta continua a ser um problema, com a duração do tratamento a influenciá-la, verificando-se pelo menos 38% de pessoas não aderentes em regimes de tratamento de curto prazo e mais de 45% nos de longa duração (Pereira & Silva, 2002). Especificamente, segundo Haynes e colaboradores (2002), uma revisão rigorosa da literatura permitiu estimar que a adesão, entre doentes crónicos (onde se inclui as pessoas com esquizofrenia), nos países desenvolvidos, é de cerca de 50%. A adesão ao regime de tratamento parece resultar então de uma interacção subtil entre o indivíduo e as características e exigências do comportamento desejado (Bennett, 2002). A complexidade do tratamento, as crenças do indivíduo, as estratégias de coping adoptadas, o afecto e apoio familiar, são entre outros, factores determinantes no empenhamento da pessoa, sendo que a motivação tem sido a variável intrapsíquica mais associada ao sucesso terapêutico, constituindo-se como ingrediente fundamental para a realização de mudanças estáveis (Silva, 2005). Consequentemente, tem-se verificado um interesse crescente no modo de medição da motivação da pessoa, com vista a uma sintonização das intervenções terapêuticas com o nível de prontidão motivacional apresentado e percebido pelo sujeito. Decorrente deste fundamento torna-se útil caracterizar o nível de interesse, motivação, mobilização e auto-confiança da pessoa para o processo de mudança, designado de *readiness*.

A Reabilitação Psicossocial, porque inserida no contexto real de vida da pessoa com doença mental deverá constituir um momento capaz de promover mudanças positivas, ajudando-a a definir novas motivações e objectivos, a restabelecer papéis normais na comunidade. É neste sentido que interessa estudar e aprofundar a dinâmica motivacional associada à Reabilitação Psicossocial, como meio de definição de projectos de reabilitação coerentes e congruentes com o posicionamento da pessoa face ao processo de mudança.

## **2.2. Constructo e Processo**

Debruçando-nos sobre a definição de Reabilitação Psicossocial, ao longo dos tempos, vários autores esforçaram-se por explicá-la. De acordo com o “Livro Verde para melhorar a saúde mental rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia” (2005), a Reabilitação Psicossocial passa por promover a inclusão das pessoas com doença mental e proteger a sua dignidade e direitos fundamentais. Enfatiza a necessidade de combater a exclusão social, a discriminação e de promover a participação e envolvimento activo das pessoas com problemas de saúde mental e seus familiares em todo o processo de recuperação e a implementação generalizada de um sistema de saúde mental de proximidade. Globalmente, as finalidades ou objectivos gerais da Reabilitação Psicossocial consistem na



promoção da recuperação, na integração social e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com incapacidades psiquiátricas (Anthony et al., 1990, 2002; Cnaan, Blankertz, Messinger, et al., 1990; IAPSRs, 1996; Pratt et al., 2007)

O processo de reabilitação não é um processo solitário ou individual. É antes um processo dinâmico e integrativo, que tem em conta o conhecimento das inter-relações, das múltiplas dimensões pessoais, da individualidade e complexidade do fenómeno de *recovery*. O processo de Reabilitação Psicossocial pode ser integrado dentro de um contexto ecológico, já que se pretende que seja um produto de interação dinâmica entre factores intrínsecos e extrínsecos à pessoa. Isto é, o processo enfatiza a totalidade do indivíduo e motiva-o para a participação activa. Esta visão holística do ser humano, descentrada da patologia, adquire extrema importância no trabalho com pessoas com esquizofrenia, que se encontram sobre forte influência de diversos factores (emocionais, sociais e ambientais) (Anthony et al., 1990, 2002).

Na última década, o *recovery* emergiu como um novo paradigma na saúde mental, sendo definido como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de auto-determinação e fortalecimento pessoal, passando por novas atitudes e comportamentos que tornem a vida das pessoas implicadas, melhor e mais produtiva (Duarte, 2007; Jorge-Monteiro & Matias, 2007; Ornelas, 2007).

A análise conceptual das narrativas das pessoas com doença mental e os estudos colaborativos e qualitativos têm possibilitado um aprofundamento da compreensão deste processo. O *recovery* não corresponde a uma remissão dos sintomas, nem é entendido como um produto final ou um resultado estático (Deegan, 1988; Jorge-Monteiro & Matias, 2007). Geralmente, o *recovery* é definido como um processo, um desafio diário e uma reconquista da esperança, da confiança pessoal, caracterizando-se por uma maior aceitação de que as limitações são a base a partir da qual, se pode equacionar as possibilidades da pessoa (Deegan, 1988; Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005; Fisher, 2006; Jorge-Monteiro & Matias, 2007; Leete, 1989; Mead & Copeland, 2000). Ao aceitar-se o que não se pode fazer ou ser, começa-se a descobrir quem se pode ser e o que se pode fazer.

As referências feitas aos modelos de *recovery* estão a assomar cada vez mais e os próprios modelos estão a evoluir.

Young e Ensing (1999 cit. in Schiff, 2004) desenvolveram um modelo de *recovery* composto por três fases. A primeira fase na qual se inicia o *recovery*, contempla a aceitação da doença, vontade e motivação para a mudança – *readiness* -, e descobrir uma fonte de esperança e inspiração. A fase seguinte envolve o readquirir do que se perdeu e avançar para a

aprendizagem e auto-definição, na qual o *auto-empowerment* é fundamental. A fase final refere-se a uma melhoria na qualidade de vida e no bem-estar pessoal.

De acordo com o *Modelo do Recovery Advisory Group* (Ralph, 2005), o *recovery* desenvolve-se em torno de várias fases, a saber: angústia; estar atento/“despertar”; introspecção; plano de acção; determinação para o bem-estar pessoal; *recovery*. Nesse percurso evolutivo, o modo como as pessoas passam de um estágio para o seguinte não é linear, sendo caracterizado por avanços e retrocessos.

Outra interpretação para o *recovery* foi desenvolvida por Greenley e Jacobson (2001). Neste modelo, o *recovery* refere-se a condições internas – atitudes, processo de mudança – e externas – as circunstâncias envolventes. Estas condições têm um efeito recíproco, e o processo de *recovery* uma vez promovido pode tornar-se um factor que transforma tanto as condições internas como externas.

De acordo com o *Empowerment Model of Recovery* (Fisher & Ahern, 1999 cit. in Duarte, 2007), o *recovery* acontece através dum processo de fortalecimento pessoal, da assumpção do controlo das pessoas sobre as decisões importantes que afectam a sua vida e na participação na vida das suas comunidades, através da (re) aquisição dos papéis sociais significativos ao nível do emprego, educação ou família. Assim, embora seja uma experiência individual, o *recovery* não é um processo solitário, nem acontece num vácuo (Davidson et al., 2005 cit. in Duarte, 2007; Ralph, 2005). O *recovery* implica uma dimensão social e ocorre através da participação social e das relações sociais com os outros, pelo que o suporte social adquire aqui extrema importância.

Assim, norteado por estes modelos o *recovery* é um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais e é influenciado pelas características e oportunidades dos contextos e pela qualidade das relações e interacções entre os indivíduos e os contextos envolventes.

Todo o processo de intervenção em Reabilitação Psicossocial pode ser melhor entendido se for dividido em três fases: diagnóstico de reabilitação, plano de reabilitação e intervenção em reabilitação. Sucintamente, o diagnóstico de reabilitação inclui a avaliação e desenvolvimento da *readiness*, a definição do objectivo global de reabilitação e a avaliação funcional, dos recursos de suporte e de medidas de impacto (ex.: qualidade de vida, auto-eficácia). De referir, que relativamente à avaliação da *readiness* há autores que consideram esta fase como uma etapa previa ao processo de Reabilitação Psicossocial e até independente da fase de diagnóstico (Pratt et al, 2002), sendo crucial na definição do percurso a seguir. Em relação ao plano de reabilitação, este passa pela determinação dos objectivos, pela selecção de objectivos prioritários e escolha das intervenções adequadas. A intervenção em reabilitação

consiste no ensino directo de competências, desenvolvimento de competências e coordenação e/ou modificação de recursos.

No próximo ponto, iremos incidir em particular sobre a avaliação da *readiness*, começando pela caracterização deste conceito.

### **3. *Readiness***

Actualmente, a reabilitação fundamenta-se numa atitude que coloca a um nível mais elevado questões da participação, comunicação e da integração da pessoa com doença mental. Caracterizado que está o pano de fundo sob o qual a *readiness* se enquadra e se desenvolve, torna-se prioritário neste ponto do trabalho conceptualizarmos em toda a sua dimensão aquele que constitui o conceito chave da presente investigação - *readiness*. Assim, começamos pela sua definição e avaliação, prosseguimos com a apresentação de metodologias e evidências a si associadas e terminamos com a exposição dos indicadores relacionados com o seu processo de avaliação.

#### **3.1. Da definição à avaliação**

O processo de *recovery* implica que as pessoas com doença mental possam realizar as suas escolhas e tomar decisões sobre os serviços e as actividades que consideram mais adequados no seu processo reabilitação (Anthony, 2000; Jacobson & Curtis, 2000; Nelson, Lord & Ochocka, 2001; O'Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson, 2005; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan & Davidson, 2002; Ornelas, 2007). Nesse seguimento, quando se pensa em Reabilitação Psicossocial de pessoas com doença mental tem que se considerar a sua vontade.

A *readiness* designa o interesse, o desejo e a motivação da pessoa na sua reabilitação, sem os quais esta dificilmente irá agir para atingir o seu objectivo.

Globalmente, a *readiness* não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao carácter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para o outro e de uma situação para outra. Isto é, a *readiness* deve ser vista como uma característica dinâmica ao invés de um aspecto estático do indivíduo, podendo ser influenciado por factores externos pelo que deve estar sujeita a avaliações contínuas. Por esse motivo, e dentro do paradigma do *recovery*, a *readiness* pode ser conceptualizada como um fenómeno interpessoal, algo que ocorre e muda dentro de um contexto de relações intra e interpessoais, pelo que vários factores podem influencia-la, ao mesmo tempo que a oscilação desse estado de prontidão vai interferir no processo de *recovery*

da pessoa. Neste sentido, os profissionais têm sido sensibilizados para perceberem a *readiness* para a mudança como um mediador e objectivo desejável no caminho para a mudança de comportamentos. De acordo com Bertholet e colaboradores (2009), o foco na *readiness* é baseado em grande parte na assumpção de que existe uma clara associação entre a *readiness* para a mudança e os *outcomes*, ainda que não haja evidências significativas nem um consenso a este respeito, o que pode ser justificado por várias explicações. Por exemplo, a vasta família de conceitos relacionados com o termo *readiness*, onde se pode incluir a importância da mudança, reconhecimento do problema, a confiança e as acções reflectindo o compromisso para a mudança. Estes conceitos, especialmente a importância da mudança (às vezes relacionada com ou compreendida como o reconhecimento do problema ou das consequências) ou confiança na capacidade de mudança (também conhecida por auto-eficácia) podem operar e influenciar de modos diferentes os níveis de *readiness*. Em particular, a confiança parece melhor prever os *outcomes*. Em relação ao início da mudança de comportamento parece estar relacionada com as expectativas de sucesso. No entanto, outros indicadores da motivação para a mudança, como o reconhecimento do problema, não aparecem associados a melhores *outcomes*. Deste modo, a *readiness* não assegura a capacidade da pessoa para finalizar o processo de mudança.

No seguimento da filosofia dos modelos de *recovery* descrita anteriormente e perante esta interdependência *readiness-recovery*, uma das primeiras etapas do processo de Reabilitação Psicossocial deverá consistir na avaliação da *readiness* (Cohen, Farkas & Cohen, 1992; Cohen, Farkas, Forbess & Cohen, 1995; Cohen & Mynks, 1993).

A avaliação da *readiness* é um processo que envolve a pessoa na clarificação da sua prontidão motivacional para participar num processo de Reabilitação Psicossocial, determinando o seu nível de comprometimento e grau de disponibilidade para o integrar. Através desta avaliação é possível analisar o quanto a pessoa está interessada, motivada, mobilizada e auto-confiante para o processo mas, tal como referido anteriormente, nada assegura da sua capacidade para finalizar (Cohen, Anthony & Farkas, 1997). Para além disso, por este meio é possível identificar algumas áreas que poderão ser ainda mais desenvolvidas para potenciar a mobilização e a efectiva participação e envolvimento da pessoa no projecto. Neste processo, o cliente é um agente activo e intencional que, em colaboração com o terapeuta, explora e articula significados, atitudes, valores, crenças, emoções, acções, dificuldades e desejos. Através da comunicação com o terapeuta, bem como do auto-diálogo, o cliente conhece e compreende as suas teorias pessoais correntes, e envolve-se num processo de revisão e reconstrução contínua, gerando novas e diferentes compreensões da sua vida (Anthony et al., 2002; Castonguay & Beutler, 2006; Cormier & Hackney, 2005; Sousa, 2006).

Assim, esta fase de avaliação da *readiness*, enquanto acto de conhecimento, surge como um meio de se fomentar a capacidade de reflexão da situação presente, de balanço do passado e de projecção no futuro, que constitui uma característica fundamental dos comportamentos humanos, indispensável e conducente à elaboração de projectos e à escolha de objectivos (Bertholet, Cheng, Palfai, Samet & Saitz, 2009).

Por outro lado, a criação de condições para a consciencialização crítica, organização e decisão de escolhas e prioridades, constitui desde logo uma estratégia de promover o *empowerment* da pessoa e a sua auto-determinação. O próprio processo reabilitativo torna-se mais expressivo, viável e eficaz se for estruturado em função do nível de comprometimento e das expectativas, definidas pelo próprio indivíduo (Anthony et al., 2002).

O impacto da avaliação da *readiness* poderá ser ainda mais abrangente se for considerado como um processo simultâneo de avaliação-acção, que vai constituir o ponto de partida da sua recuperação, procurando ajudar a pessoa não somente na adaptação à realidade, mas sobretudo na sua integração. Enquanto motor de desenvolvimento crítico de tomada de consciência, elemento organizador do seu projecto individual e mobilizador da sua acção, a avaliação da *readiness* pode ajudar a pessoa a desenvolver sinergias de envolvimento no processo de Reabilitação Psicossocial que a ela diz respeito e, por conseguinte, aumentar a sua motivação e sentido de responsabilidade relativamente a ele, tornando-o mais eficiente (Anthony et al., 2002).

O interesse em torno do modo de medição da prontidão motivacional da pessoa tem sido crescente. Na literatura pode-se encontrar um conjunto diversificado de instrumentos que avalia diferentes constructos da motivação e recorrendo a diferentes formatos.

Reportando-nos especificamente à avaliação a nível individual da *readiness* e dimensões a si associadas, aqui incluem-se metodologias como os estádios de mudança (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983), balanças de decisão (Janis & Mann, 1977 cit. in Huitt, 1992), auto-eficácia (Bandura, 1995), “*Craving*” (Sayette et al., 2000 cit in Araújo, 2008); objectivos (Cox & Klinger, 2004) e *readiness* (Forsberg, Halldin & Weinberg, 2003). Neste âmbito, destacamos o “*Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools: Assessing Readiness*” desenvolvido pela Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Bóston (BCPR Consulting, Inc., 2001) sobre o qual recaiu a nossa opção enquanto referencial orientador do nosso trabalho, pela filosofia e metodologia a si associadas. Outra forma de avaliação consiste na análise da linguagem natural sobre a mudança, inerente à Entrevista Motivacional, na qual o presente estudo igualmente é norteado (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer & Fulcher, 2003).

## **3.2. Metodologias e Evidências**

Tendo sido explorado o conceito de *readiness* numa perspectiva da sua caracterização e relevo da sua avaliação no contexto da Reabilitação Psicossocial, abordamos agora os aspectos funcionais associados a essa avaliação, sobre a óptica de perspectivas teóricas e as abordagens metodológicas já existentes, para seguidamente apresentarmos as variáveis a abordar no programa por nós construído.

### **3.2.1. Entrevista Motivacional**

Neste ponto do trabalho iremos efectuar a descrição da Entrevista Motivacional (EM), comumente conotada com processos motivacionais e de mudança, procurando reflectir sobre a sua filosofia, a partir da qual a nossa metodologia se fundamenta.

O conceito da EM evoluiu da experiência no tratamento do alcoolismo e foi descrito pela primeira vez por Miller em 1983. Inspirada no trabalho de Carl Rogers sobre a não directividade, a EM foi desenvolvida como um método directivo, centrado no cliente, para aumentar a motivação intrínseca para mudar através da exploração e resolução de ambivalências (Miller & Rollnick, 2002).

Sempre conduzida por um objectivo específico e uma direcção intencional no sentido da mudança, esta abordagem de atenção à pessoa centra-se na activação dos processos de desenvolvimento pessoal e de auto-conhecimento e na crença no seu potencial, valorizando o seu *empowerment*, autonomia e liberdade de escolha.

Partindo da totalidade do indivíduo e do conhecimento das múltiplas dimensões pessoais, pretende-se que a motivação surja de dentro mais do que imposta de fora, pelo que a importância do comportamento verbal no processo de mudança constitui outro elemento que norteia todo o processo da EM. Considerando que a interacção verbal desempenha um papel fundamental na reorganização dos processos mentais e na alteração do campo perceptivo da pessoa, o terapeuta procura suscitar o discurso de mudança e potenciar a verbalização da motivação para uma mudança comportamental particular. Deste modo, a EM pode ser então definida como um método de comunicação ou um estilo de orientação destinado a ajudar a pessoa a resolver uma situação e a fazer uma mudança a partir do seu discurso natural (Miller & Rollnick, 2004, 2009; Rollnick, Miller & Butler, 2008).

O processo de aumento da motivação assim como do discurso de mudança não é tão simples e linear porque o que se verifica na realidade é que as pessoas normalmente sentem-se ambivalentes em relação à mudança. Decorrente desta ambivalência, o objectivo da EM passa por desenvolver a discrepância, ou seja, ajudar a pessoa a descobrir gradualmente as inconsistências entre os seus comportamentos presentes e os seus valores e objectivos, a

evidenciar a distância entre onde ela está e onde gostaria de estar, a consciencializar-se dos custos e benefícios da situação presente e dos seus recursos pessoais para reformular os seus projectos de vida. Procura-se não lutar contra a eventual resistência mas lidar com ela, pelo que o esforço na EM baseia-se na adopção de estratégias mais persuasivas que coercivas, mais suportativas que argumentativas, como um caminho para descobrir o que a pessoa quer, reconhecer o seu estado motivacional e incentivá-la a desenvolver as suas próprias soluções para os problemas que estabeleceu (Miller & Rollnick, 2004, 2009; Rollnick, Miller & Butler, 2008; Rubak, SandBoek, Lauritzen & Christensen, 2005).

A relação terapêutica que se estabelece com base no conjunto de princípios até agora descritos implica uma importante redefinição do papel do terapeuta. Mais do que pelas técnicas ou instrumentos que utiliza, o terapeuta define-se neste contexto pelas atitudes que transporta para a relação e que constituem um verdadeiro impulsionador de mudança. Tendo em conta os princípios que justificam e dão sentido a tais atitudes, elas não são concebíveis na ausência de uma participação próxima e empática do terapeuta na relação.

É a partir destes princípios gerais que na prática a EM se vai fundamentar.

Progressivamente aprofundadas ao longo do tempo, as elaborações teóricas que inicialmente se restringiram à área das dependências, encontraram aplicação noutras áreas (Rubak, SandBoek, Lauritzen & Christensen, 2005). Estudos sobre a matéria dão conta da importância dos princípios da EM na obtenção de bons resultados (Moyers, Miller, & Hendrickson, 2005), assim como tem sido demonstrada a efectividade da EM em vários contextos terapêuticos (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Dunn, Deroo & Rivara, 2001).

Recentemente a Psiquiatria tem investido no problema da fraca adesão ao tratamento, nomeadamente nas psicoses e duplo diagnóstico (Healey et al., 1998 cit in Treasure, 2004; Rusch & Corrigan, 2002; Swansons, Pantaloni & Cohen, 1999), nas perturbações alimentares (Treasure, 2004) e comorbilidade associada às drogas e álcool (Barrowclough, Haddock, Tarrier, Lewis, Moring, O'Brien, Schofield & McGovern, 2001; Martino, Carroll, Kostas, Perkins & Rounsaville, 2002). Noutra âmbito, a EM tem sido enquadrada numa lógica de promoção de comportamentos saudáveis de pessoas com perturbações psiquiátricas, relacionados com estilos de vida maladaptativos como tabaco, aumento de peso e falta de exercício (Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo & Tonigan, 2003; Rubak, SandBoek, Lauritzen & Christensen, 2005).

### 3.2.2. Outras Metodologias

Da pesquisa que efectuamos realçamos que apesar das diferenças encontradas ao nível dos métodos usados para avaliar a *readiness* e de algumas diferenças em termos de terminologia, esta determinação tende a conjugar cinco indicadores principais: necessidade da pessoa para realizar uma mudança, compromisso de mudança, conhecimento dos contextos, auto-conceito e proximidade pessoal. Estes 5 indicadores são os referenciados em programas como o “*Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools: Assessing Readiness*” desenvolvido pelo Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Bóston (BCPR Consulting, Inc., 2001), em projectos como o “*Psychosocial Rehabilitation Approach at the East Coast Forensic Hospital*” (Edem, 2003), “*Intensive Psychiatric Rehabilitation Services*” (behavioral-health -network) e em estudos como o “*Predicting rehabilitation outcome among patients with schizophrenia*” realizado pelo Queens Day Center (Ferdinandi, Yoottanassumpun, Pollack & Bermanzohn, 1998), que iremos passar seguidamente em breve apontamento.

A exploração da Necessidade da pessoa para realizar uma mudança consiste em abordar as pressões internas e externas para escolher ou alcançar uma determinada mudança. Com este indicador pretende-se, fundamentalmente, sensibilizar para a importância da competência de “*readiness*” no processo de Reabilitação Psicossocial e identificar o nível de satisfação com o contexto actual ao nível das relações sociais, condições físicas e actividades desenvolvidas.

A validação do Compromisso de Mudança consiste em caracterizar o nível de motivação e interesse para integrar o processo de reabilitação; em identificar o nível de auto-eficácia e as expectativas da pessoa relativamente ao impacto positivo da mudança; e em quantificar e qualificar o suporte social existente para o processo de reabilitação.

O terceiro indicador consta da Estimativa do Conhecimento do Contexto, que procura caracterizar o papel da pessoa, as suas responsabilidades e requisitos nos contextos de inserção passados e actuais; e identificar as expectativas da pessoa relativamente a futuros contextos de inserção.

O quarto objectivo operacional envolve o indicador Estimativa do Auto-Conceito. Este explora a identificação dos interesses, valores e preferências pessoais da pessoa e eventualmente algumas características da sua personalidade.

O último indicador, Discriminação da Proximidade Pessoal, caracteriza o nível de satisfação e grau de proximidade com o avaliador e outras pessoas.

Os esforços mais recentes para a avaliação da *readiness* baseiam-se na análise psicolinguística, perante a relevância atribuída ao discurso natural da pessoa, assente na lógica



da EM. Esta análise fundamenta-se em dimensões específicas resultantes do comportamento verbal, sendo que as dimensões abordadas vão de encontro às referidas anteriormente, ainda que com algumas nuances, a saber: Desejo, afirmações que expressam as preferências da pessoa, o que ela quer, gosta e anseia; Capacidade, expressões que revelam o que a pessoa percebe como sendo capaz; Razões, através da expressão de motivos específicos para certa mudança; Necessidade, associada ao que a pessoa considera importante e às pressões internas e externas; Compromisso, traduzido pelo comprometimento, acordo, combinação e promessa da pessoa consigo mesma, e o “*taking steps*”, afirmações que surgem quando a EM se prolonga ao longo do tempo e que indicam que a pessoa já deu algum passo no sentido da mudança (Miller & Johnson, 2008; Moyers, Martin, Christopher, Houck, Tonigan & Amrhein, 2002).

Por fim, e dentro da mesma linha de investigação, o conceito de *readiness* para a mudança é explorado no domínio da motivação para a ocupação do *The Model of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST) (Kielhofner, Fogg, Braveman, Forsyth, Kramer & Duncan, 2009), que inclui os parâmetros da apreciação das habilidades envolvendo a avaliação das capacidades e sentido de competência, o reconhecimento dos pontos fortes e limitações; expectativas de sucesso que compreendem o optimismo, esperança, auto-eficácia e auto-conceito; os interesses; e as escolhas implicando a *readiness* para a mudança, o compromisso, valores, preferências e objectivos.

### **3.3. Indicadores**

Por alocar complexidade, verificamos no ponto anterior que a análise e avaliação da *readiness* envolvem método e combinação de diferentes factores, não devendo ser cada um deles estudado como um fenómeno isolado. Dada a multidimensionalidade deste constructo e partindo do pressuposto que a avaliação da *readiness* contém um julgamento pessoal sobre as necessidades, capacidades e prontidão da pessoa, bem como uma análise do benefício e custo estimados de uma mudança optamos por construir uma metodologia a partir do programa “*Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools: Assessing Readiness*” desenvolvido pelo Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Bóston (BCPR Consulting, Inc., 2001), sob o pano de fundo dos princípios associados à EM, ao processo reabilitativo e de *recovery* decorrente das evidências já apresentadas.

Assim, procurando conjugar os indicadores descritos anteriormente com alguns conceitos inerentes aos modelos de *recovery*, analisamos seguidamente com maior minúcia os indicadores que sustentam a nossa metodologia, que como iremos ver assenta numa

abordagem multifacetada: qualidade de vida, auto-eficácia, valores/interesses/ expectativas, suporte social, optimismo e esperança. Com estes indicadores pretendemos articular a *readiness*, importância e confiança inerentes a um processo de mudança.

### **3.3.1. Qualidade de Vida**

Vimos atrás que a necessidade constitui um dos elementos de arranque para uma potencial mudança, dada a sua estreita relação com o nível de satisfação da pessoa face à sua situação actual. Tendo isso em conta parece-nos relevante avaliar essa mesma satisfação a partir da percepção de qualidade de vida do próprio sujeito.

Qualidade de Vida é um conceito recente, principalmente no campo da saúde. É um termo amplo, comumente utilizado, embora de diversas formas e em diferentes contextos. Tal, evidencia, por um lado, a grande importância que o conceito assume, mas por outro lado, a enorme dificuldade de definição do conceito (Ribeiro, 2007).

Uma definição que parece ser mais abrangente, refere-se à percepção pessoal, subjectiva sobre o grau de satisfação das necessidades pessoais nos diversos domínios da vida (Marques, 2007; Seidl, & Zannon, 2004). A Qualidade de Vida poderá ser entendida como o juízo subjectivo de cada indivíduo acerca do seu grau de satisfação e bem-estar pessoal, tendo em conta as dimensões biológica, psicológica e social. A Qualidade de Vida é um conceito de carácter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, domínios como a saúde física, estado psicológico/emocional, nível de independência, relacionamentos sociais, estilos de coping e crenças pessoais, características muito importantes nas pessoas com doenças crónicas (Kraus, Schäfer, Csef, Scheurlen & Faller, 2000)

Globalmente, trata-se de um conceito dinâmico dado que assenta essencialmente nas percepções e expectativas dos indivíduos, que varia ao longo do tempo e depende das modificações do indivíduo e do contexto que o rodeia. Uma outra característica do conceito é o facto de se tratar de uma medida de percepção individual, na medida em que depende da avaliação e percepção que cada indivíduo faz num determinado momento da sua vida em contexto específico (Seidl, & Zannon, 2004). Por isso, Calman (1984 cit in Marques, 2007) argumenta que Qualidade de Vida só pode ser definida em termos individuais.

O conceito de Qualidade de Vida Em Relação à Saúde foi desenvolvido e operacionalizado inicialmente com adultos portadores de patologia e, apesar de também não se encontrar uma definição consensual, refere-se ao impacto funcional específico de uma doença, deficiência, tratamento médico ou cuidados de saúde no sujeito, tal como ele a percebe, nos diversos domínios da sua vida (Marques, 2007)

A Qualidade de Vida, juntou-se e ultrapassou as medidas fisiológicas mais tradicionais de avaliação do estado de saúde para análise do resultado terapêutico, dos efeitos de tratamentos médicos alternativos, sendo particularmente importante na avaliação de tratamentos para doenças crónicas, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes, onde se inclui a esquizofrenia, de que resultam efeitos colaterais, elevados índices de morbilidade e sobrecargas diversas para os pacientes e respectivas famílias (Almeida, 2003).

No que à esquizofrenia diz respeito, o aumento da severidade da sintomatologia reduz tanto as medidas de qualidade de vida do sujeito objectivas como as subjectivas, sendo que o envolvimento destas pessoas nas actividades da vida diária é suportado pelo sentimento de competência e prazer, influenciando por conseguinte a sua qualidade de vida: com os sintomas negativos e depressivos fortemente relacionados com a redução da percepção de bem-estar subjectivo, e com os défices cognitivos e sintomas negativos com uma relação robusta com as dificuldades de funcionamento (Aubin, Stip, Gélinas, Rainville & Chapparo, 2009; Eack & Newhill, 2007; Green, Kern, Braff & Mintz, 2000; Marques, 2007).

Nestas situações, a percepção do impacto ou a satisfação com o nível de bem-estar ou limitação é particularmente importante na avaliação do tratamento. Um objectivo final da avaliação da perspectiva que a pessoa tem da sua qualidade de vida, será a promoção da própria qualidade de vida pois a sua avaliação permite o rastreio de perturbações nos domínios afectados e a implementação de tratamentos alternativos com implicações menores ou uma acção precoce sobre as dimensões afectadas. Para além disso, uma avaliação global da vivência pessoal permite a apreciação do interesse da pessoa em fazer um investimento em determinada área de vida, através da reflexão dos prós e contras de não mudar e mudar e da identificação das consequências e resultados de determinada acção.

### **3.3.2. Auto-eficácia**

Para a perspectiva que a pessoa tem da sua qualidade de vida e bem-estar pode contribuir as apreciações que ela faz acerca dos seus actos, comportamentos e pensamentos ao longo da sua vida quotidiana. Estes juízos, que elaboramos acerca da nossa competência para concretizar com êxito uma mudança ou uma actividade específica, foram identificados por Bandura (1982) como percepções de auto-eficácia.

O constructo da auto-eficácia tem um historial iniciado há três décadas por Bandura (1977) e prolongado no tempo pelo mesmo autor, apresentando um espectro do comportamento humano onde as crenças que os indivíduos concebem acerca de si próprios são os componentes essenciais no exercício do controlo da sua vida, com a auto-eficácia a

cumprir uma função mediadora entre o pensamento e o comportamento, e como tal um preditor do mesmo (Castro, 2007).

Considerando que a auto-eficácia não manifesta o que o indivíduo pode fazer, mas aquilo que ele julga que pode fazer, isto é, quanto o sujeito acredita nas suas capacidades, as crenças de auto-eficácia irão produzir um grande efeito no comportamento das pessoas e este é observável de três formas distintas. Primeiro, a auto-eficácia influencia na tomada de decisões e selecção das atitudes, pois a pessoa aproxima-se mais das actividades que se identifiquem com as suas competências, desviando-se dos projectos em situações adversas. Em segundo lugar, as crenças de auto-eficácia doseiam o esforço que a pessoa despende numa qualquer actividade, bem como o tempo de investimento exposto a contrariedades. O esforço e persistência usados na realização de um projecto são directamente proporcionais à percepção de auto-eficácia. Finalmente, outra forma onde se observa que as percepções de auto-eficácia influenciam o comportamento ocorre quando a pessoa se identifica como gerador do seu comportamento. Neste caso, a auto-confiança que a pessoa constrói converge para que se motive para uma mudança. Bandura (1995) refere que as percepções de eficácia que a pessoa constrói ajudam a determinar como ela pensa, sente e se comporta.

Na perspectiva sócio-cognitiva, as pessoas consciencializam-se da sua auto-eficácia através de quatro fontes: própria experiência, experiência vicariante, persuasão verbal e estados fisiológicos normais. Destas quatro a fonte mais poderosa de avaliação e manutenção das crenças são os desempenhos pessoais, as experiências anteriores do sujeito nessa actividade, ou em actividades do mesmo tipo, mais especificamente, no sucesso ou fracasso em que se traduziram tais experiências (Castro, 2007). A partir da descrição objectiva e funcional dos contextos de vida passados e actuais e da análise das percepções que o próprio sujeito tem do seu desempenho nesses contextos, ele elabora antecipações (expectativas) e previsões quanto aos resultados que irá obter em novas tentativas (Bandura 1977, 1982; Lemos, 1996). Assim, as pessoas que conseguiram concluir com êxito mudanças significativas na sua vida, vivenciam uma sensação de confiança nas suas aptidões, fomentando, geralmente, o envolvimento renovado noutra projecto. Pelo contrário, um projecto mal sucedido, debilita a crença da pessoa nas suas competências, desencorajando-o de investir no seu projecto de vida. Tal tende a verificar-se na doença mental, especificamente a maior parte dos indivíduos com esquizofrenia tem catalogado como más as experiências passadas ao nível profissional e desta forma sentem muitas dificuldades na identificação de perspectivas futuras e desconfianças relativamente às suas aptidões e à sua concretização (Marques, 2007).

Estas fontes de informação não se traduzem directamente em julgamentos de competência. Na realidade, são as interpretações dos resultados dos acontecimentos que fornecem informação necessária na qual os julgamentos são feitos (Castro, 2007), tornando-se legítimo depreender que a auto-eficácia não pode ser examinada como uma característica relativamente consistente da pessoa, mas como um constructo que pode ser regulado e alterado, pelo que importa ser tido em consideração aquando da avaliação da prontidão motivacional.

### **3.3.3. Valores/ Interesses/Expectativas**

No seguimento do indicador explorado anteriormente - a auto-eficácia, a concretização dos motivos e das necessidades fundamentais requerem um conjunto mais ou menos complexo de comportamentos e aquisições que, por se situarem entre os motivos e o objectivo ou finalidade a alcançar, assentam sobre vasto campo dos valores, interesses e expectativas, com base nos quais a interpretação dos resultados e os julgamentos feitos também se fundamentam.

O Homem define-se pelo modo como escolhe, decide e executa as diferentes acções, individualizando-se nesse processo. Através das acções, o Homem transforma a realidade, intervém no curso dos acontecimentos, torna-se num agente de mudança. As suas acções projectam-se no futuro, assente nos seus valores pessoais, pelo que estes constituem-se como um dos elementos a ter em análise na escolha e orientação que damos às decisões sobre nós próprios e os outros.

Costa e López (1996 cit. in Carvalho, 2007), definem valores como crenças carregadas afectivamente que constituem critérios compartilhados através dos quais os indivíduos e os grupos da sociedade fazem juízos acerca da importância e do significado das pessoas, das coisas, dos comportamentos, os acontecimentos e qualquer outro objecto sociocultural, pela sua capacidade para satisfazer necessidades pessoais e sociais e Downie, Tannahill e Tannahill (2000 cit. in Carvalho, 2007), como preferências que expressam atitudes e afectam atitudes. Referem, ainda, que os valores são acompanhados por sentimentos de aprovação ou desaprovação.

Os valores são um conjunto coerente de convicções internas que formam o que se acha importante e significativo fazer. Definem o que vale a pena fazer, o que se deve fazer e que objectivos ou aspirações merecem compromisso. Há valores que derivam da cultura de cada um e podem definir o que é importante fazer, como fazer e assim por diante. Quando uma pessoa é capaz de realizar valores numa actividade, a mesma tem significado para a pessoa. Quando uma actividade não se relaciona com nada que a pessoa goste, a mesma não tem

qualquer significado. A extensão de significado que uma actividade tem para uma pessoa vai reflectir-se no modo em que a pessoa aborda a actividade (Kielhofner, 2002).

Assim, os valores assumem-se como guias de acção, aquilo que “põe” em movimento os comportamentos, as condutas das pessoas. Eles orientam a vida, as preferências e marcam a personalidade. Por causa dos valores, as coisas são apresentadas de forma diferenciada, pelo que é em função dos valores que o Homem escolhe, toma decisões e age.

Desta forma, uma das características fundamentais dos valores é a hierarquia. Os valores apresentam-se sempre numa escala que vai do menos para o mais. A esta ordenação qualitativa dos valores dá-se o nome de hierarquização e varia de pessoa para pessoa, pelo que cada um tem a sua escala de valores que vai influenciar as suas escolhas e compromisso perante os objectivos, segundo a urgência/prioridade das necessidades e a capacidade para as satisfazer. É na perseguição dos valores, que o Homem vai-se aperfeiçoando (Kielhofner, 2002).

Os interesses referem-se ao que a pessoa acha divertido e agradável fazer e são gerados pela experiência de prazer e satisfação no comportamento ocupacional. A experiência e a consciência de se gostar de uma actividade cria uma disposição ou uma antecipação a um prazer futuro. Os interesses são geralmente fáceis de observar uma vez que invocam sinais físicos de antecipação positiva e alegria (por ex. sorrir, aplaudir, envolvimento). Neste sentido os interesses, são factores ou processos que dinamizam o comportamento das pessoas, influenciando as suas atitudes, escolhas e acção com vista a alcançarem um objectivo valioso, benefícios ou desejos (Kielhofner, 2002).

As expectativas definem-se como a probabilidade subjectiva que o indivíduo tem de alcançar o objectivo, isto é, a antecipação cognitiva do resultado do comportamento. Pode-se dizer que as expectativas são construções de significados baseados em experiências vividas e antecipadas. Designam as crenças pessoais acerca da probabilidade do desempenho de determinado comportamento produzir um determinado resultado ou implicar uma determinada consequência (Castro, 2007).

Dada a influência dos valores nas tomadas de decisão, dos interesses no estabelecimento de prioridades e das expectativas na previsão do futuro, estes três elementos interferem na *readiness* para integrar um projecto de Reabilitação Psicossocial, pelo que deverão ser igualmente alvo de reflexão.

No que ao campo da patologia diz respeito, importa aqui considerar as crenças da pessoa acerca da sua doença dada a sua influência nos interesses, valores e expectativas.

Algumas características da história natural ou evolução das doenças crónicas são susceptíveis de influenciar a integração e adesão a uma intervenção. A gravidade objectiva da

doença não parece influenciar significativamente a adesão, mas a percepção subjectiva da seriedade ou gravidade do problema e do seu tratamento está significativamente relacionada com o nível de adesão. A investigação e prática clínica corroboram esta ideia e sugerem que até uma doença grave, dolorosa ou que ponha em risco a vida do indivíduo não garante a adesão do doente ao tratamento se este não partilhar essa percepção do ponto de vista subjectivo (Silva, 2004).

Para além disso, a investigação tem sugerido que, mais do que com características da personalidade, a não adesão a um tratamento parece estar relacionada com padrões de comportamento e as crenças da pessoa. Não raramente, as pessoas com doença mental possuem crenças disfuncionais acerca da sua doença, que exercem influência sobre a concordância com o tratamento e o seu cumprimento. Todavia, ainda que as crenças e expectativas dos doentes sejam importantes, parece ser consensual que não são suficientes para prever a adesão ao tratamento em todos os casos. (Christensen, Moran & Wiebe, 1999). Por um lado, por vezes, a não adesão é inconsciente, nomeadamente quando o doente utiliza como estratégia de coping a negação da doença. Por outro lado, essas crenças, sentimentos e expectativas podem, também ser partilhados pelos outros significativos na vida da pessoa, afectando indirectamente o cumprimento dos conselhos médicos, pelo que uma análise do suporte social torna-se também relevante aquando da avaliação da *readiness* das pessoas com doença mental para o processo reabilitativo

### **3.3.4. Suporte Social**

O constructo suporte social surgiu de modo dominante na literatura em Psicologia e em áreas correlatas a partir de meados dos anos 1970. Os trabalhos pioneiros de Cassel (1976) e Cobb (1976) tiveram grande relevância ao apontar a influência das interacções sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas (Rodrigues, 2008).

O interesse actual no estudo do suporte social advém da ênfase dado a este constructo na diminuição dos efeitos deletérios do stress, bem como no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo saudável ou doente (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004; McNally & Newman, 1999; Ribeiro, 1997, 1999; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Os referenciais teóricos clássicos indicam como factores primordiais no aparecimento do momento de crise (como diagnóstico de uma doença grave), o desequilíbrio entre a dificuldade do problema, a importância do problema e os recursos disponíveis para a sua resolução. A resolução do processo de crise depende de factores pessoais (internos), como a personalidade da pessoa, a sua vulnerabilidade e capacidade de aprendizagem; e dos recursos do meio (externos) como o suporte social. O suporte social funciona assim como um “recurso

de coping”, actuando essencialmente na diminuição da situação stressante. Nesta perspectiva, o suporte social é visualizado como um processo transaccional em que o indivíduo interage continuamente com o meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo influenciado por ele (Lazarus & Folkman, 1986).

Este efeito moderador sobre o stress mostrou associação aos resultados na saúde em diferentes estudos. Assim, o isolamento aparece associado a algumas doenças como as doenças mentais, a hipertensão, a diabetes e os comportamentos aditivos (como tabaco e álcool), assim como parece favorecer o decréscimo de saúde mental, vitalidade, funcionamento emocional e desempenho de papéis sociais (Antoniuzzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). A satisfação com o suporte social, nomeadamente o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), parece ter um papel determinante na resistência psicológica ao stress da doença, manifestada através da percepção subjectiva de bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000). Especificamente, a percepção de apoio social tem demonstrado estar relacionado com a adesão e cumprimento das recomendações médicas. O insuficiente apoio social e a instabilidade familiar têm sido associadas a menor adesão e tem-se verificado que as pessoas que vivem acompanhadas, quando comparadas com pessoas que vivem sozinhas apresentam maior adesão ao tratamento, ainda que não se tenha identificado o mecanismo específico responsável por esta associação. A falta de recursos, apesar de decorrer essencialmente das condições sociais do macrossistema exerce também um efeito determinante nos comportamentos de adesão do doente (Silva, 2004).

Os estudos sobre suporte social podem ser divididos em duas categorias, de acordo com a conceituação e o tipo de medida focalizada: aspectos estruturais e funcionais do suporte. Os estudos que investigam os aspectos estruturais detêm-se na frequência ou quantidade de relações sociais, interessados, portanto, na integração da pessoa numa rede social. A componente funcional, por sua vez refere-se à extensão em que as relações sociais podem cumprir determinadas funções. Assim, a análise dos aspectos funcionais do suporte social volta-se para a percepção quanto à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, abarcando ainda a satisfação com o mesmo (McNally & Newman, 1999; Thoits, 1995).

Esta será outra variável a ser considerada na avaliação da *readiness*, com o objectivo de identificar os recursos necessários e disponíveis para o processo de mudança, procurando uma especificação dos suportes credíveis, isto é, pessoas que o sujeito respeita, de quem quer receber ajuda, que querem ajudar, que têm capacidade para o fazer e que acreditam na recuperação.



### 3.3.5. Optimismo e Esperança

Durante a última década, os conceitos de optimismo e esperança têm suscitado muito interesse e investigação nas áreas da psicologia da personalidade, da psicologia positiva, da psicologia social, da psicologia clínica e da saúde. Especificamente, desde que, há quarenta anos, Menninger (1959) desafiou a comunidade médica a considerar um componente essencial da prática clínica, mas muitas vezes negligenciado - o conceito de Esperança – que profissionais de saúde têm vindo a reconhecer a importância da Esperança no seu trabalho e reciprocamente doentes têm-na identificado como uma força valorizada de promoção de vida (Herth, 1990; Jevne, 1991, 1994 cit. in Magão & Leal, 2001; Miller, 1989; Wong-Wylie & Jevne, 1997).

O Antropólogo Lionel Tiger (1979 cit. in Peterson, 2000), apresenta a definição de optimismo como humor ou atitude associada à expectativa acerca do futuro social ou material – que o avaliador considera socialmente desejável, para seu benefício ou prazer. Esta definição leva-nos a considerar que o optimismo depende daquilo que cada indivíduo considera desejável. As abordagens contemporâneas, usualmente, referem-se ao optimismo como uma característica cognitiva, um objectivo, uma expectativa, ou uma atribuição causal. Mas o optimismo não é apenas cognição. Segundo Peterson (2000), não podemos esquecer a emoção que impregna o optimismo, o optimismo é simultaneamente motivado e motivante. O optimismo pode, ainda, estar relacionado com outras variáveis psicológicas, como por exemplo o controlo interno ou a auto-estima.

Segundo Peterson e Bossio (2001), o optimismo é um dos determinantes da saúde, mas não o único e em alguns casos nem é o principal. De acordo com estes autores, ainda há muito por saber acerca do optimismo e da saúde, ou seja, o optimismo não tem um efeito automático na saúde; o optimismo é importante quando acompanhado de outros processos, biológicos, psicológicos e sociais, que em conjunto conduzem a uma boa saúde.

Genericamente, subsistem algumas evidências de que os optimistas experienciam menos distress do que os pessimistas quando se encontram a lidar com dificuldades nas suas vidas (Carver & Scheier, 2002). Estes autores colocam a questão dos optimistas fazerem alguma coisa, em particular, que os ajuda a adaptar melhor do que os pessimistas. A resposta a esta questão está na compreensão das estratégias de *coping* que os optimistas e os pessimistas tendem a utilizar e no significado geral destas estratégias. As pessoas que são mais confiantes relativamente ao futuro adoptam mecanismos emocionais como o humor ou atitudes positivas perante a situação, que vão permitir resolver a situação com maior facilidade e efectuam esforços contínuos mesmo quando estão face à adversidade. As pessoas que têm mais dúvidas relativamente ao futuro tentam afastar as adversidades, como se

pudessem escapar às mesmas, através de estratégias de distração temporárias, mas que não ajudam a resolver o problema.

Em estudos desenvolvidos por Velden e colaboradores (2007) de carácter longitudinal ocorrido em situações como desastres ambientais, situações de guerra e situações de doença grave, utilizaram o instrumento para avaliar o optimismo disposicional (LOT-R) em pessoas que foram confrontadas com este tipo de situações. Os resultados demonstraram que o optimismo é um constructo estável independente dos problemas individuais. Neste estudo, os investigadores verificaram que os indivíduos optimistas tinham melhores índices de saúde em geral, menos probabilidade de desenvolver sintomas de depressão, e alterações psíquicas como comportamentos obsessivo-compulsivos, para além de taxas mais baixas de problemas de adição (consumo excessivo de álcool e drogas).

Também Inglew e Brunning (1999) desenvolveram um estudo que relaciona optimismo com saúde em geral e concluíram que quando o optimismo surge como uma característica individual, as pessoas atingem mais facilmente e com sucesso os objectivos pretendidos, adoptando comportamentos facilitadores de saúde. Quando as pessoas têm atitudes positivas face à vida, manifestam uma percepção mais elevada de bem-estar físico e psíquico, permitindo-lhes que adoptem atitudes positivas em relação aos problemas de saúde que poderão surgir. Este mecanismo optimista é muito vantajoso na percepção de saúde, bem como nos comportamentos que são adoptados face a uma situação de alteração do estado de saúde.

A percepção de comportamentos positivos face à doença é um factor crucial no desenvolvimento de todo o processo de tratamento. Scheier e colaboradores (1989) estudaram a influência do optimismo em indivíduos com diagnóstico de doença crónica. Através dos seus estudos, verificaram que as pessoas que tinham comportamentos optimistas e expectativas positivas acerca do percurso da sua doença, acreditavam que poderiam obter resultados positivos, melhoravam substancialmente a sua saúde física, psíquica e a percepção de bem-estar.

Tradicionalmente a Esperança tem sido considerada como um conceito ilusório e “soft” (Landeem & Seeman, 2000). Contudo duas abordagens dominantes, que provêm da psicologia e enfermagem respectivamente, tentam delinear a natureza da Esperança. A primeira apresentada por Stotland (1969 cit in Magão & Leal, 2001) define a Esperança enquanto expectativa de atingir objectivos no futuro e como uma força motivacional orientada para a acção relacionada com um sentido de possível nesse futuro. A maior parte dos autores que advogam esta perspectiva definem a Esperança como uma percepção global de que é

possível atingir objectivos (Snyder, 2002; Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, Yoshinobu, Gibb, Langelle & Harney, 1991).

Uma outra abordagem, é a da compreensão da Esperança enquanto conceito multidimensional e foi iniciada por Dufault e Martocchio (1985 cit in Magão e Leal, 2001). Estas autoras definiram Esperança como uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante contudo incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo. Distinguem dois tipos fundamentais de Esperança: (a) Esperança Generalizada, que veicula um sentido de alguns desenvolvimentos benéficos futuros mas que não está ligada a um objectivo concreto particular; (b) Esperança Particularizada que está relacionada com um resultado específico valorizado, bem, ou estado de ser.

O constructo do optimismo está associado em alguns estudos ao da esperança. Segundo Carver e Scheier (2002), num artigo em que é feita referência ao optimismo, os autores dão ênfase ao facto da motivação ser um factor importante na teoria da esperança e na do optimismo. Para estes autores, estas teorias estão muito centralizadas nas metas que os indivíduos pretendem alcançar e, conseqüentemente, nos comportamentos que são necessários implementar para atingir as metas. Essas metas têm que ser percebidas como relevantes para que haja uma grande motivação no sentido de implementar acções, com vista à obtenção de resultados positivos. Para os autores, no caso das doenças crónicas, é necessário que as pessoas esperem sempre benefícios das suas acções e preconizem percursos no sentido de obter resultados positivos, controlando sempre o seu processo de recuperação. Eles defendem que os doentes beneficiam sempre emocionalmente quando acreditam na melhoria da sua situação clínica, independentemente das estratégias que poderão implementar de modo a acreditarem que através desse caminho irão melhorar. Estes mecanismos de adaptação à doença são, sem sombra de dúvida, verificados em indivíduos optimistas e esperançosos.

Assim, não é por acaso que um dos princípios subjacentes à Reabilitação Psicossocial sejam a esperança e o optimismo e um dos valores seja a crença no potencial de recuperação por parte de todos os actores do processo reabilitativo, tornando-se fundamentais. A reabilitação valoriza o facto de que todas as pessoas apresentam potencial para o crescimento e para a mudança. A reabilitação é orientada no futuro, e as tarefas do presente são conduzidas por um sentimento de esperança renovada no futuro (Anthony et al., 2002). Na opinião de Corrigan e Ralph (2004, cit in. Jorge-Monteiro & Matias, 2007) o *recovery* introduz a dimensão da esperança na representação das doenças mentais sendo deste modo, uma nova possibilidade de futuro na vida das pessoas. Por conseguinte, a presença de crenças disfuncionais nos profissionais de saúde e outras figuras significativas e as suas atitudes negativas em relação á adesão poderão constituir factores que potencialmente minarão o

processo de adesão, sendo que a adopção de um estilo aberto, de apoio, a demonstração de respeito e o reforço da pessoa, bem como o fornecimento de informações claras, poderão resultar num robustecimento deste processo. A extensão com que o doente participa e compreende o tratamento e com que pensa que as suas expectativas estão a ser consideradas e reconhecidas, bem como a existência de supervisão da equipa em relação a implementação deste parecem, também, constituir factores determinantes do processo de adesão á terapêutica (Silva, 2004).

Os desafios para alcançar maior impacto e efectividade dos programas de Reabilitação Psicossocial estão sempre presentes, sendo que os níveis de *readiness* da pessoa para esse processo podem constituir uma forte ameaça na efectividade dessas intervenções. Tal impõe uma avaliação sistémica desta competência, abrangendo os diferentes indicadores que acabamos de descrever.

No ponto seguinte, iremos apresentar as principais características da Esquizofrenia.

#### **4. Esquizofrenia**

Depois de ter sido abordado os conceitos de Reabilitação Psicossocial e *readiness* em toda a sua extensão, propomo-nos agora enquadrar sinteticamente o nosso objecto em torno dos indivíduos diagnosticados em psicose esquizofrénica, dado ser sobre esta população que o presente estudo incide. Tal escolha recai nos factos da esquizofrenia assumir-se como a entidade nosológica com maior prevalência em Portugal, estando-lhe associados significativos défices funcionais assim como dificuldades de adesão ao tratamento e de constituição de projectos de vida descentrados da doença.

Desde que há mais de 80 anos, o termo esquizofrenia foi criado por E. Bleurer não deixou de suscitar interrogações e investigações em todos os domínios. Ao longo das últimas décadas numerosos estudos têm sido realizados, no entanto estes ainda não nos revelaram o segredo sobre o determinismo desta doença, sempre tão asperamente discutida, havendo necessidade de a abordar de forma multidisciplinar e integrada. Em relação à dimensão motivacional, ainda que se verifique uma especulação significativa acerca do índice motivacional decrescente enquanto factor importante no comprometimento funcional da esquizofrenia, estudos nesta área são raros e tendem a centrar-se nos domínios dos *outcomes* associados à reabilitação vocacional e do tratamento de abuso de substâncias (Nakagami, Xie, Hoe & Brekke, 2008). Daí radica a necessidade e pertinência de investimentos científicos nesta área.

Genericamente, a esquizofrenia é uma perturbação mental de evolução prolongada, caracterizada pela sintomatologia psicótica, pela apatia, evitamento social, por disrupção neurocognitiva e emocional, que afecta de forma intensa a percepção, o pensamento, a linguagem, o afecto, o comportamento, o sentido de si e a volição, resultando numa incapacidade generalizada de desempenho em diversas áreas do funcionamento humano, nomeadamente no que diz respeito ao trabalho, relações sociais e à capacidade de viver independentemente (APA, 2000; Green, Kern, Braff & Mintz, 2000; Tandon, Nasrallah & Keshavan, 2009).

Habitualmente, os sintomas da esquizofrenia têm sido caracterizados tendo em consideração a tipologia sintomas positivos e negativos. Os sintomas positivos são conceptualizados como uma exacerbação ou distorção das funções normais e abrangem sintomas psicóticos como as ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou catatónico. Os sintomas negativos representam um amortecimento ou ausência dos processos emocionais e comportamentos básicos e compreendem o embotamento afectivo (declínio da variedade e intensidade das respostas emocionais ou das respostas afectivas ao ambiente), alogia (empobrecimento da fluência e da produtividade do pensamento e discurso) e avolição (diminuição da motivação e da iniciação de comportamentos dirigidos com objectivo) (APA, 2000). Articulando estes sintomas com o nosso objecto de estudo, a *readiness*, importa referir que há autores que atribuem a falta de prontidão motivacional aos efeitos dos sintomas positivos (Bellack et al, 1997 cit. in Marques, 2007), à influência dos sintomas negativos nas capacidades de aprendizagem (Smith et al., 1996 cit. in Marques, 2007) e ao uso de alguns tipos de medicação (Vellack et al., 1997 cit. in Marques, 2007), considerando-os como causas das dificuldades frequentemente observados em pessoas com esquizofrenia ao nível do comportamento social.

Nenhum sintoma tem significado clínico que consiga, por si só, definir o diagnóstico, devendo a sua determinação ter em consideração um conjunto de sinais e sintomas, associados a um conjunto de incapacidades na esfera do funcionamento social e/ou ocupacional.

As formas através das quais a esquizofrenia se expressa são múltiplas e sinuosas. No que respeita à sua definição e expressão/organização sintomática, a esquizofrenia divide-se em 5 sub-tipos, em função das particularidades clínicas, a saber: Paranóide, Desorganizada, Catatónica, Indiferenciada e Residual.

No seu conjunto, as investigações nosográficas levam-nos a considerar uma patologia com contornos difíceis de traçar, cobrindo uma grande heterogeneidade clínica e mesmo

etiológica (Jandon, Belmarker, Gattaz, Lopez-Ibor, Okasha, Singh, Stein, Olie, Fleischhacker & Moeller, 2008; Tandon, Nasrallah & Keshavan, 2009). O conhecimento preciso dos processos explicativos do aparecimento da esquizofrenia, designadamente no que se refere à compreensão clara dos seus agentes causais e das suas interacções complexas, está longe de ser alcançado. As reflexões e investigações actuais sobre esta temática apontam para uma interacção de diferentes factores, nomeadamente no que diz respeito a causas biológicas, perturbações neuro-desenvolvimentais, bem como factores psicossociais (Coelho & Palha, 2006; Nuechterlein & Dawson, 1984; Nuechterlein, Dawson, Ventura, Gitlin, Subotnik, Snyder et al., 1994; Yanos & Moos, 2007). Mais recentemente, considera-se que pode haver uma perturbação neuro-desenvolvimental causada por factores genéticos ou por factores stressores ambientais, sendo que os factores stressores podem ser predisponentes de uma maior vulnerabilidade no desenvolvimento da doença, podendo ser a causa de precipitação da mesma (Rocha, 2007).

Desde a descrição clínica de demência precoce por Kraepelin no termo do século XIX, notou-se que o começo da esquizofrenia poderia ser insidioso ou agudo, sendo possíveis todas as hipóteses intermédias, com a maioria dos sujeitos a apresentar alguns fenómenos de fase prodrómica, assentes no desenvolvimento lento e progressivo de diversos sinais e sintomas.

No que diz respeito ao prognóstico clínico e funcional da esquizofrenia, este é variável. Partindo do nosso objecto de estudo, globalmente, pessoas com disfunções psiquiátricas apresentam níveis diferentes de *readiness* para a reabilitação o que se repercute, em maior ou menor extensão no seu prognóstico. A esquizofrenia é hoje encarada como um processo que desequilibra a pessoa no seu todo, influenciando inclusivamente a (pré)disposição para a acção e para a mudança. Este aspecto é ainda agravado pelo facto da sociedade actual continuar a transformar a doença mental numa espécie de substrato de uma anormalidade e pelo facto dos profissionais abordarem estas pessoas como uma atitude mais ou menos atenciosa, mais ou menos receptiva, mas sempre paternalista no sentido em que é baseada na convicção da sua incapacidade para encarar, perceber e aceitar as suas limitações, por um lado, e por outro, de escolher, projectar e mudar. Tais factos atribuem a essas pessoas um papel definido que os outros reconhecem e enquadram – o de doente mental (Alves, 1997), decorrendo daí a tendência para estas pessoas definirem e constituírem projectos de vida centrados na doença e a apresentarem défices motivacionais e baixos níveis de *readiness* associados a uma atitude passiva e coerciva no processo reabilitativo resultante da acumulação de frustrações; das suas crenças de que os resultados dos eventos não são

controlados por si e das reduzidas expectativas por parte dos profissionais face ao potencial de recuperação (Wu, 2001; Wu, Chen & Grossman, 2000; Wu & Hwang, 2000).

Neste âmbito, há estudos que têm revelado que as preferências das pessoas com esquizofrenia vão no sentido contrário ao papel de doente, assente no desejo de participarem e sentirem-se incluídos em contextos comunitários naturais, passando isso por uma motivação e envolvimento activos e efectivos nos projectos de reabilitação. Por outro lado, relativamente a sua *readiness* e compromisso para a mudança, na realidade o que encontramos muitas vezes, é uma certa dependência, muitas vezes já cristalizada, destas pessoas em relação às suas famílias, originando uma certa acomodação e apatia e por conseguinte uma menor responsabilidade de necessidade de mobilização. Para além disso, tendem a apresentar ambivalência em relação ao que desejam, têm poucas crenças e esperança em relação ao futuro e ao seu potencial de desenvolvimento assente em dificuldades na identificação de perspectivas futuras e desconfianças relativamente á sua concretização devido às experiências passadas de insucesso e à falta de conhecimento sobre o processo de *recovery*, recursos existentes e suas potencialidades. Noutros casos, a inexistência de suporte social que motive, facilite e mobilize a pessoa também pode influenciar a competência de *readiness* e consequentemente o processo reabilitativo (Marques, 2007). Decorrente destes aspectos, apesar de haver uma crença de que a não adesão na esquizofrenia seja resultado, principalmente, do próprio processo da doença, as taxas de adesão correspondem àquelas relatadas para outras doenças crónicas. Em média, a não adesão para psicoses em geral ronda os 50% (Fenton, Blyler, & Heinssen, 1997).

Ao nível do prognóstico importa ter ainda em consideração que a apatia e a avolição são sintomas negativos comuns na esquizofrenia (Roth, 2008), que têm sido associados à fraca adesão ou dificuldade para beneficiar dos tratamentos e intervenções (Tattan & Creed, 2001), à reduzida capacidade para tomar decisões (Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz & Appelbaum, 2008) e ao elevado distress (Nuechterlein, et al., 1994), tendo repercussões nos níveis de *readiness*, isto é, nos níveis de interesse, envolvimento, prontidão e comprometimento da pessoa para abraçar novos projectos de vida. Para além disso, tem sido reportado que a apatia nas pessoas com esquizofrenia está relacionada com os resultados ao nível da funcionalidade, independentemente de outros sintomas negativos (Lysaker, Vohs & Tsai, 2009).

Por outro lado, a incapacidade de iniciar e persistir numa actividade dirigida para determinados objectivos assim como a apresentação de um comportamento persistente demonstrativo do pouco ou nenhum interesse em participar em actividades sociais e profissionais, aspectos característicos destas pessoas, impede-as de usar um conjunto variado

de competências, contribuindo para a instalação de disfunções e incapacidades generalizadas. Domínios mais relevantes onde esta situação ocorre relacionam-se com a *readiness* para a mudança e com os défices acentuados verificados ao nível das competências sociais (Coelho et al., 2006, cit. in Marques, 2007).

A esquizofrenia não permanece do princípio ao fim da sua evolução idêntica a ela própria. Esta é uma noção que se exige presente, na medida em que justifica que se encontre para cada etapa do percurso evolutivo da doença a resposta mais adequada.

O desenvolvimento de uma intervenção planeada é fundamental, sobretudo porque considera-se que esquizofrenia é uma doença crónica. Actualmente, o tratamento da esquizofrenia circunscreve-se essencialmente em modalidades terapêuticas de âmbito psicofarmacológico e psicossocial, onde se inclui o treino de competências sociais (Bellack, 2004), reabilitação cognitiva (Bellack, 2004), psicoeducação individual (Mueser, Corrigan, Hilton, Tanzman, Schaunb, Ginberich, et al., 2002), terapia cognitivo-comportamental (Mueser, Corrigan, Hilton, Tanzman, Schaunb, Ginberich, et al., 2002), programas de gestão de stress (Norman, Malla, Mclean, McIntosh, Neufeld, Voruganti, et al., 2001) e psicoeducação multifamiliar (McFarlane, 2002). Estas abordagens são frequentemente integradas em programas de Reabilitação Psicossocial de cariz comunitário, como o *Assertive Community Treatment*, *Clubhouse*, ou *Intensive Case Management*, prestados por equipas multidisciplinares (Marques, Queirós, Rocha, Nogueira & Cruz, 2006).

Por fim, no que respeita à epidemiologia, estima-se que 1% dos indivíduos da população geral em todo o mundo seja afectada pela esquizofrenia (Mueser & McGurk, 2004). No Censo Psiquiátrico de 2001, as psicoses esquizofrénicas foram as patologias mais frequentes, representado 21,2% do total. No internamento, a esquizofrenia foi a principal causa de procura de cuidados, com uma percentagem de 36,2%, tendo a procura das consultas representado 10,5%. A esquizofrenia é considerada uma das mais graves perturbações mentais, com um impacto incalculável na vida da própria pessoa e respectivas famílias e implicando um custo bastante elevado (representando 3 a 4% do produto nacional bruto na Região Europeia), pelo que a sua abordagem, desde o diagnóstico de reabilitação à intervenção, representa um desafio (Amaro, 2005). Vimos atrás a influência que as características associadas a esta patologia têm sobre diferentes dimensões de vida, o que impõe a adopção de perspectivas interaccionais e sistémicas para a explicação dos fenómenos e a reorientação das atenções para a Pessoa, para a sua recuperação, funcionalidade e qualidade de vida.



A esquizofrenia trata-se de uma das mais severas e incapacitantes formas de psicopatologia, associada a graves limitações no funcionamento psicossocial, na predisposição para a acção e para a mudança, repercutindo-se de forma significativa nos níveis de *readiness* da pessoa. Neste âmbito, embora como constructo a *readiness* apresente ainda alguma complexidade envolta na sua compreensão, análise e estudo sistemático e empírico, é indiscutível o seu interesse no tratamento e na Reabilitação Psicossocial de pessoas com doença mental. Dadas as especificidades da pessoa assim como as particularidades e oportunidades do contexto em que está inserida, torna-se crucial incluir e integrar a avaliação e desenvolvimento da *readiness* na intervenção em doença mental, no sentido de a desenvolver de forma mais humanizada e direccionada para a pessoa.

Nesta aproximação ao tema, foi nosso objectivo procedermos à apresentação dos principais conceitos associados à *readiness*, procurando pela utilização da revisão bibliográfica e análise documental contextualizar e caracterizar o seu estado da arte, gerindo as considerações em torno dos objectivos específicos do nosso estudo que a seguir se apresentam.

**CAPÍTULO II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**

Neste capítulo pretendemos proceder à descrição dos aspectos metodológicos subjacentes à operacionalização do estudo realizado, que consideramos ser do tipo exploratório, pois não encontramos outros trabalhos sobre este tema, estando estruturado em dois pontos.

O programa de avaliação da *readiness* das pessoas com doença mental para a reabilitação constituiu o resultado, uma das metas que queríamos alcançar, pelo que faria sentido a sua descrição ser feita no final deste capítulo. No entanto, consideramos que a análise e interpretação dos resultados obtidos em cada fase do estudo requer um conhecimento prévio da metodologia construída, sob pena dos mesmos não serem devidamente compreendidos. Deste modo, para uma melhor exposição e clarificação do estudo empírico, nomeadamente no que respeita à compreensão dos resultados obtidos, optamos por apresentar antes de tudo o programa, em toda a sua extensão, resultante de todos os procedimentos efectuados. Seguindo uma linha de desenvolvimento evolutivo inversa, apresentamos primeiramente o resultado final – o programa de avaliação da *readiness* das pessoas com doença mental para a reabilitação -, que aqui se afigura como ponto de partida e fio condutor a partir do qual a descrição de todo o estudo empírico se irá desenvolver no ponto subsequente.

Assim, uma vez apresentado o instrumento, explanamos no ponto dois o processo de construção e validação do programa através da descrição da metodologia e procedimentos utilizados, da caracterização dos participantes envolvidos e da apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Este trabalho aborda a competência de *readiness* das pessoas com doença mental para o processo de reabilitação, tendo dois objectivos:

- construir um programa de avaliação dos níveis de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação;
- realizar um estudo exploratório com profissionais de saúde mental, para analisar se na opinião deles a metodologia do programa proposto discrimina e identifica com rigor os níveis de *readiness*, contribuindo assim para a validação do programa.

Com base nestes objectivos e partindo dos conhecimentos e evidências expostos no enquadramento teórico do presente trabalho sobre os domínios da Reabilitação Psicossocial, do processo de *recovery*, da avaliação da *readiness* e sobre a esquizofrenia, procuramos esclarecer as seguintes questões:

- como os profissionais de saúde mental perspectivam um programa para avaliar a competência de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação?

- será que o programa por nós construído permite, na perspectiva dos profissionais, avaliar esta competência?

Da prossecução dos objectivos resultou um programa de avaliação da *readiness* das pessoas com doença mental para o processo reabilitativo que seguidamente se apresenta.

## **1. Descrição do programa de Avaliação da Readiness**

Á semelhança do que sucede em diversas intervenções no domínio da Reabilitação Psicossocial, o programa de avaliação da *readiness* por nós construído e resultante da colaboração e contributo de vários profissionais da área incorpora vários elementos de diferentes grelhas teóricas encontradas na literatura científica sobre o tema, não seguindo uma orientação conceptual em particular, nem mesmo sendo a replicação de um programa já construído.

Para uma melhor compreensão, apresentamos uma síntese cuidada dos aspectos mais relevantes associados ao programa resultante de todos os procedimentos efectuados, nomeadamente a apresentação da população-alvo, dos objectivos, dos pressupostos subjacentes e da sua estrutura.

### **1.1. População-Alvo**

O programa de avaliação da *readiness* foi desenhado para pessoas com doença mental. Encontrando-nos nós numa fase inicial de construção/validação do programa, a administração deste está ainda restrita a uma população constituída por pessoas diagnosticadas com psicose esquizofrénica integradas em instituições/serviços de Reabilitação Psicossocial para efeitos de validação da metodologia. Esta opção prende-se com os factos da esquizofrenia ser a doença mental com maior prevalência e de lhe estar associada níveis disfuncionais muito significativos com repercussões importantes na motivação, interesse e adesão destas pessoas aos projectos reabilitativos.

No que respeita à sua aplicação nesta população, consideramos importante que as pessoas estejam compensadas do ponto de vista psicopatológico, assim como os profissionais estarem sensibilizados para o facto de haver indivíduos que poderão manifestar resistência em participar neste programa, pelo que será conveniente planear uma reavaliação a curto-prazo. As flutuações na severidade dos sintomas são frequentemente experienciados pelas pessoas com doença mental, pelo que uma pessoa pode não querer participar no programa num dia, mas sentir-se capaz de o fazer num outro dia.

A possibilidade de alargar o âmbito de intervenção a este nível numa fase posterior é colocada, na medida em que a competência de *readiness* é transversal a todas as pessoas.

## 1.2. Objectivos e Fundamentação

Definiu-se como objectivo geral do programa a determinação dos níveis de *readiness* das pessoas com doença mental para o programa de Reabilitação Psicossocial, de onde radicam os objectivos específicos que a seguir se apresentam:

- Analisar o quanto a pessoa está interessada, motivada, mobilizada e auto-confiante para o processo de reabilitação através da avaliação de cinco indicadores, a saber: Quero e/ou sinto necessidade de mudar?; O que implica a mudança?; Tenho capacidade para mudar?; O que é importante para mim neste momento?; O que sinto em relação ao processo de Reabilitação Psicossocial?;

- Obter um perfil de prontidão motivacional;

- Identificar eventuais áreas que poderão ser ainda mais desenvolvidas para potenciar a mobilização e a efectiva participação e envolvimento da pessoa no programa;

- Orientar o processo de reabilitação.

A fundamentação teórica do programa de avaliação da *readiness* teve por base o conhecimento existente sobre a população-alvo junto da qual se pretendia intervir, conhecimento esse que resultou do trabalho de acompanhamento técnico e da nossa experiência com aquela população, bem como de informação recolhida a partir da literatura existente, dos valores e princípios actuais sobre a Reabilitação Psicossocial, de metodologias existentes, nomeadamente o “*Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools: Assessing Readiness*” desenvolvido pelo Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Bóston (BCPR Consulting, Inc., 2001), e de contactos com profissionais com experiência na área da Reabilitação Psicossocial. Assim, os pressupostos que incorporam a filosofia do programa e regulam a sua utilização, são baseados nas linhas orientadoras de referência internacional e nos princípios de uma prática baseada na evidência.

Tendo por base um modelo orientador e colaborativo na intervenção, não poderemos negligenciar que são as próprias pessoas com doença mental a fonte mais preciosa de informações quanto às suas necessidades e funcionamento. Assim, a opção por este modelo traz uma série de implicações no que concerne o papel do terapeuta e o tipo de relação que constrói com os alvos da intervenção.

A colaboração implica a construção de uma relação não culpabilizante, apoiante e recíproca, que considera de forma igualitária os conhecimentos do terapeuta e as forças e perspectivas únicas dos participantes, assente no respeito pelo contributo de cada pessoa, na

confiança e na comunicação aberta (Castonguay & Beutler, 2006; Stratton & Herbert, 1993 cit in Ribeiro, 2003). Nestas circunstâncias, o programa centra-se na participação activa da pessoa, pelo que a forma como ela participa e/ou actua neste processo, vai determinar as alterações que ela própria sofrerá. Focalizando-se a atenção no sujeito, na sua autonomia, responsabilidade e auto-determinação este estará comprometido com o desempenho, como resultado da sua escolha, motivação e significado (Anthony et al, 2002).

A adopção de um modelo de intervenção com estas características implica, pois, que o terapeuta abandone o papel de “perito”, e trabalhe conjuntamente com a pessoa, solicitando activamente as suas ideias e sentimentos, compreendendo o seu contexto cultural e envolvendo-a no processo de partilha de experiências, discussão de ideias e resolução de problemas (Miller & Rollnick, 2002).

Assim, o sentido e coerência da avaliação da *readiness* e dos objectivos deste programa apoiam-se de modo significativo na influência e acção dos agentes da mudança envolvidos, diga-se a própria pessoa, o terapeuta e a qualidade de relação estabelecida entre eles (Castonguay & Beutler, 2006). Pretende-se que a avaliação da competência de *readiness* seja um processo interpessoal entre a pessoa e o técnico, pelo que a utilização de instrumentos de análise e a quantificação dos indicadores não são um fim em si mesmo mas sim ferramentas orientadoras do processo de reflexão. Perante a singularidade de todo este processo, a avaliação da *readiness* não preconiza um número fixo de sessões nem formas específicas de resposta, pelo que torna-se importante ajustar e adaptar as sessões e os instrumentos às especificidades do cliente, norteadas pelos princípios da flexibilidade, personalização e individualização do processo.

O terapeuta deve estar atento não só à expressão da pessoa como também à sua própria atitude, uma vez que a *readiness* parece especialmente sensível aos estilos de comunicação interpessoal que podem afectar não só o modo como a pessoa se sente, como também o que ela fará e os resultados obtidos. Neste âmbito, a empatia surge como o estilo de comunicação que melhor se enquadra na filosofia deste programa. A empatia designa um processo dinâmico que consiste por um lado, na capacidade de entrar no universo do outro, sendo sensível à mobilidade e significação das suas vivências (compreensão empática), e por outro lado, na capacidade de comunicar e partilhar o seu entendimento acerca da pessoa e da sua realidade (Castonguay & Beutler, 2006; Miller & Rollnick, 2002). Nessa perspectiva, é fundamental a adopção de uma atitude de escuta reflexiva, através da qual o técnico torna-se mais consciente e intencional em relação ao que ouve, aproveitando depois disso para reflectir com a pessoa acerca do que foi dito, fornecer informações e sugestões (com a devida

permissão da pessoa) e simultaneamente ajudar a pessoa a expressar o que essa informação significa para si, e suscitar discursos de mudança (Miller & Rollnick, 2002).

A combinação flexível de estratégias como questionar, informar e escutar, permitirá reforçar o estilo orientador deste programa, aumentar o sentido de segurança da pessoa, os seus sentimentos de estar a ser compreendida e a satisfação com esta intervenção. Por fim, encarando o programa como um processo de exploração com o cliente, é responsabilidade do técnico promover o desenvolvimento de algumas competências na pessoa, no que respeita por exemplo à formulação de questões, expressão de sentimentos e opiniões (BCPR Consulting, Inc., 2001).

Concluindo, acima de tudo este programa ao assumir uma perspectiva de *empowerment*, cria condições para que os alvos da intervenção, eles próprios, elaborem da forma mais flexível e criativa possível as suas necessidades e as formas de lhes dar resposta, num processo eminentemente colaborativo e de negociação (Menezes, 1999).

### **1.3. Momento de aplicação**

No seguimento da filosofia dos modelos de *recovery*, perante a interdependência *readiness-recovery*, uma das primeiras etapas do processo de Reabilitação Psicossocial deverá consistir na avaliação da *readiness* (Cohen, Farkas & Cohen, 1992; Cohen, Farkas, Forbess, & Cohen, 1995; Cohen & Mynks, 1993). Relativamente à avaliação da *readiness* há autores que consideram esta fase como uma etapa prévia ao processo de Reabilitação Psicossocial e até independente da fase de diagnóstico (Marques, 2007; Pratt et al, 2002), pelo que a aplicação deste programa deverá ser feita antes da definição do projecto de Reabilitação Psicossocial. Nesse seguimento e partindo das fases de intervenção preconizadas pelo Modelo de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Boston - diagnóstico de reabilitação, plano de reabilitação e intervenção em reabilitação -, especificamente a avaliação da *readiness* deverá ser a primeira dimensão a ser considerada, pelo que faz sentido ser realizada na fase do diagnóstico de reabilitação.

### **1.4. Princípios de aplicação**

Para um melhor entendimento do programa, este está organizado em 5 capítulos (anexo 1). A reflexão e compreensão clara do domínio da Reabilitação Psicossocial impõe, primordialmente, a descrição dos seus valores e princípios, a caracterização da Reabilitação Psicossocial enquanto processo dinâmico, a definição de *recovery* enquanto novo paradigma de saúde mental e a clarificação do conceito de *readiness*, conforme é realizado no primeiro capítulo. O capítulo II inicia-se com a referência aos objectivos do programa, definição da

metodologia, caracterização da estrutura do programa e termina com a apresentação de algumas considerações gerais relevantes para a concretização do mesmo. No ponto III, são abordados cada um dos indicadores. Para cada um deles, é efectuada uma explicação, que inclui as instruções de preenchimento dos formulários seguida da apresentação dos formulários. No capítulo IV são apresentadas questões orientadoras para a exploração de cada indicador e o programa termina com a apresentação das referências bibliográficas.

Globalmente, este programa consiste numa metodologia qualitativa, de caracterização da competência, envolvendo recolha, interpretação e processamento de tipos de informação específicos relacionados com determinadas áreas, mas que possibilita também a respectiva tradução em indicadores quantitativos e por essa via a identificação de um nível global de *readiness*.

Baseia-se numa lógica de avaliação-acção, do tipo discussão orientada, incidindo em cinco áreas: Quero e/ou sinto necessidade de mudar?; O que implica a mudança?; Tenho capacidade para mudar?; O que é importante para mim neste momento?; O que sinto em relação ao processo de Reabilitação Psicossocial?.

As sessões foram construídas tendo por base a opção por um modelo orientador e colaborativo na intervenção. Assim, a sua planificação, que inclui uma sequência e tempo estimado para cada uma das actividades, tem, no entanto, subjacente uma estrutura não rígida e suficientemente informal, que possibilite dar resposta a preocupações ou necessidades imediatas das pessoas, no âmbito da construção de uma relação que se prevê que seja de carácter apoiante. Por conseguinte, não prevemos um contexto exclusivo de aplicação do programa nem um número específico de sessões. Tal como está estruturado, o programa pode ser aplicado individualmente (o preferível) ou em pequeno grupo (3 a 5 pessoas), recaindo tal escolha na homogeneidade do grupo e nas competências do profissional. Naturalmente que dada a extensão do programa e a sua complexidade e tendo em conta a população destinatária é previsível e benéfico que a sua administração seja efectuada em mais do que uma sessão. No que respeita à duração das sessões, dentro da lógica de personalização e individualização do processo, deve ser ajustada às características da pessoa, sendo no entanto conveniente que a exploração de um indicador seja devidamente concluída na mesma sessão e no início da sessão seguinte seja feita uma recapitulação dos domínios abordados na sessão anterior.

Acrescente-se que o processo de estruturação do programa antecipa o recurso a metodologias activas, assente em estratégias como a auto-reflexão e discussão, auto-registo e auto-avaliação, que privilegiem o apelo às experiências pessoais, mediante o envolvimento e participação das pessoas, e que promovam a reflexão crítica junto destas, ajudando-as na



transformação da forma como pensam as suas próprias vidas, as suas relações interpessoais e o seu futuro.

A estrutura do programa em análise pressupõe que seja dinamizado por um profissional/técnico com experiência de intervenção junto da população em causa, com conhecimentos nas diferentes perspectivas teóricas e abordagens metodológicas no domínio da Reabilitação Psicossocial e do processo de *recovery* e que possa acompanhar e seguir todo o processo de reabilitação da pessoa.

Por fim, salientamos que de acordo com a forma como se encontra estruturado, o programa de avaliação da competência de *readiness* pode ser implementado em diversos contextos, como por exemplo instituições particulares de solidariedade social, serviços e hospitais de psiquiatria ou entidades privadas, desde que se encontrem reunidas as condições clínicas do cliente e os recursos físicos e técnicos necessários, que permitam a criação de um espaço acolhedor e confortável.

## **1.5. Estrutura**

Antes de mais sendo o termo “*readiness*” um conceito com o qual as pessoas com doença mental estão pouco familiarizadas, e sendo o nosso objectivo aproximar o máximo possível o programa da realidade da pessoa, tornando-o seu, a sua abordagem implica a utilização de conceitos mais comuns. Por conseguinte, e não havendo um equivalente semântico da palavra *readiness* em português, na aplicação do programa devem ser utilizados termos como *estar motivado/preparado/pronto para...*

As sessões do programa estão organizadas para que cada um desses indicadores seja primeiro explorado qualitativamente, com suporte a formulários/fichas de trabalho e a questões orientadoras e posteriormente avaliado quantitativamente com níveis de 1 a 5. O “nível 1” é o nível mais baixo e significa que a pessoa não tem presente este indicador; o “nível 2” corresponde ao nível mínimo; o “nível 3” é o nível moderado; o “nível 4” corresponde ao nível forte; e o “nível 5” corresponde ao nível elevado, em que a pessoa apresenta plenamente o indicador. Ao longo desta avaliação, em caso de dúvidas acerca da atribuição de um ou outro nível, sugere-se a atribuição do nível superior como meio de estimular e reforçar a competência de *readiness*, procurando neste processo já “puxar” e “agarrar” a pessoa para o processo de reabilitação, assente na lógica de avaliação-acção.

No final da compilação dos níveis obtidos para cada indicador, resulta um gráfico que revela um perfil da prontidão motivacional, sendo que a obtenção de níveis iguais ou superiores a 3 indicam estar “preparado para participar”, isto é, a pessoa tem interesse e capacidade para iniciar o processo de mudança. “Não está preparado para a mudança”,

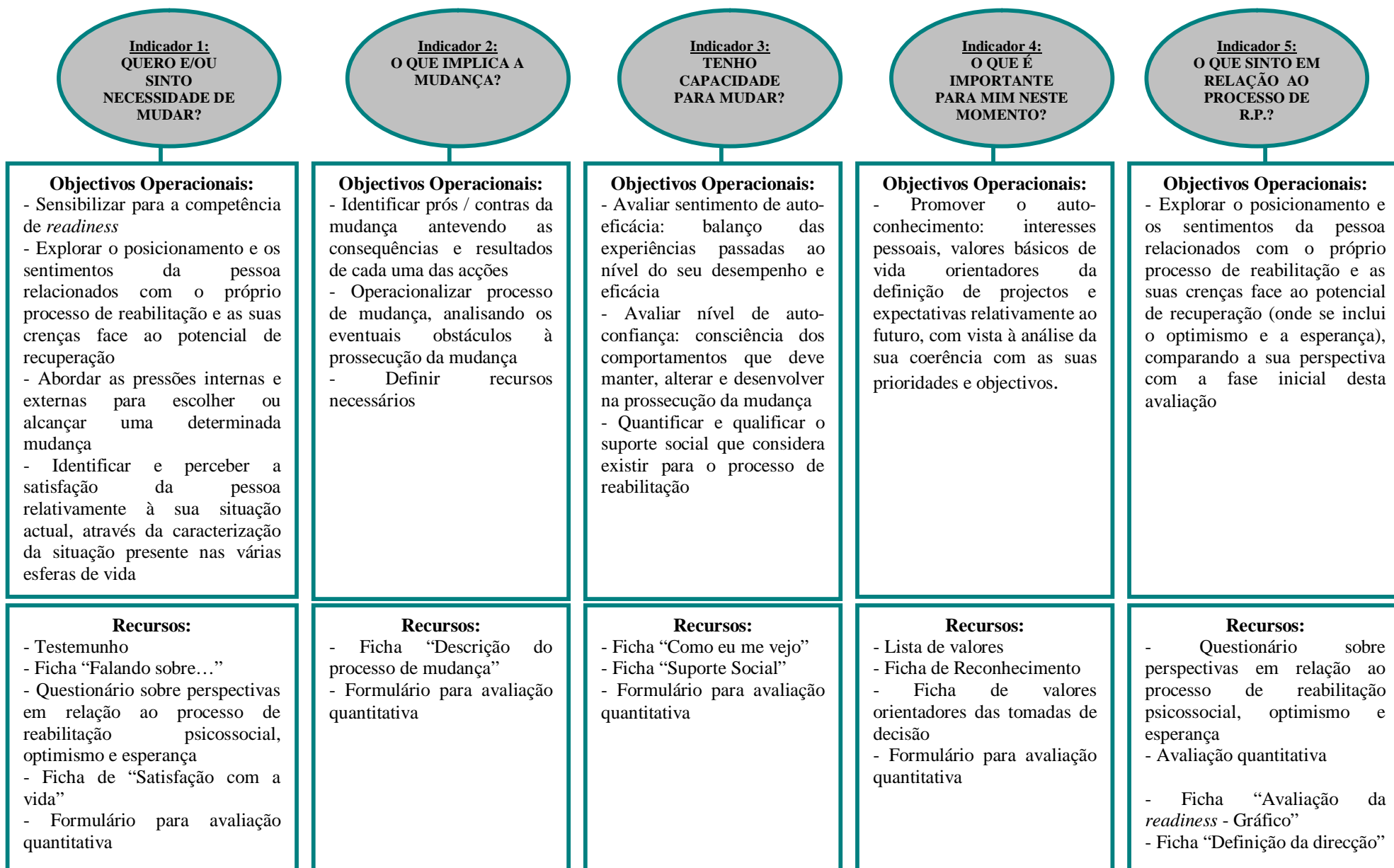
correspondente a níveis inferiores a 3, significa que há áreas específicas indicadoras de que a pessoa ainda não está pronta para tomar o próximo passo em direcção à mudança, pelo que torna-se necessário desenvolver estratégias e intervenções no sentido de ajudar a pessoa a potenciar as áreas em défice.

Ao longo do processo de exploração de cada indicador é importante que seja o próprio cliente a registar os principais aspectos nos formulários/fichas de trabalho, como meio de fomentar a sua participação activa e *empowerment*, assim como, é relevante que a avaliação seja feita tanto pelo cliente como pelo terapeuta, para que seja possível de em conjunto se ir construindo e clarificando o seu perfil de prontidão motivacional.

A obtenção do perfil de prontidão motivacional facilitará a orientação do processo de Reabilitação Psicossocial. Tendo como ponto de partida os resultados obtidos, poderá ser possível direccionar o projecto de reabilitação, nomeadamente ao nível do tipo de apoio necessário desenvolver e implementar.

Seguidamente é apresentada a organização do programa, através da descrição genérica de cada um dos indicadores (Figura 1), nomeadamente dos seus objectivos operacionais e dos recursos materiais propostos para a exploração de cada um deles (respectivos formulários estão disponíveis em Anexo). Partindo dos objectivos deste programa, cada actividade deve ser adaptada em função às características, necessidades e dificuldades do cliente.

**Figura 1 – Indicadores do Programa**



Caracterizado que está o programa em análise, no ponto seguinte iremos descrever o processo de construção e de contributo de validação do programa, através da explanação da metodologia e procedimentos subjacentes, da caracterização dos participantes envolvidos e da discussão e análise dos resultados.

## **2. Construção e validação do programa**

Este ponto incide primeiramente sobre a apresentação da metodologia e procedimentos desenvolvidos ao longo da investigação, para posteriormente efectuarmos a caracterização dos participantes e a discussão dos resultados obtidos.

### **2.1. Metodologia**

De modo a concretizar o estudo proposto, efectuamos um conjunto de procedimentos, que para melhor os descrevermos iremos dividi-los em três fases: sistematização da informação, *focus group* e painel *Delphi*, de onde radica a metodologia do mesmo.

#### **2.1.1. Sistematização da informação**

Partindo dos objectivos determinados para este estudo, o programa descrito no ponto anterior resultou num primeiro momento da recolha bibliográfica e da análise documental, implicando um período de 6 meses aproximadamente, para revisão do estado de arte e determinação de metodologias orientadoras para a construção deste tipo de instrumentos. Globalmente, a pesquisa baseou-se primeiramente no levantamento de metodologias referenciadas na literatura. Desse levantamento resultou o acesso ao “*Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools: Assessing Readiness*” desenvolvida em 2001 pelo Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Bóston direccionada para pessoas com doença mental, já validado noutras culturas. Em Portugal já se efectuou a equivalência semântica deste programa ao ser feita a tradução da metodologia para a língua portuguesa, já revista por um painel de peritos em reabilitação psiquiátrica, e a Entrevista Motivacional (Rollnick, Miller & Butler, 2008) sobre a qual tem sido demonstrada efectividade em vários contextos terapêuticos incluindo em doença mental (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Dunn, Deroo & Marticchio, 2001).

Constituindo a problemática do processo de *recovery* um tema muito actual e susceptível de polémica, pareceu-nos conveniente complementarmente realizar contactos com profissionais que têm interesse investido no domínio da Reabilitação Psicossocial e Motivação. Com o objectivo de explorar as suas perspectivas sobre o constructo em estudo,

de clarificarmos dúvidas e acedermos a artigos científicos foram feitos contactos via e-mail, tendo recebido respostas de alguns membros do “*Motivational Interviewing Network of Trainers*” (MINT), nomeadamente de William Miller, Stephen Rollnick (com adesão e participação no seu fórum online), Elizabeth Carneiro, Lusilla Pilar, Lúcia Segura Garcia, Stephen Andrew, Taunia Locker; de Chris Farentinos director do Adult Outpatient Services do Paul Treatment Centers; e de Chinyu Wu assistent professor da Division of Occupational Science – University of North Carolina at Chapel Hill. Esta primeira fase permitiu definir e delimitar um racional teórico-prático inicial necessário para fundamentar as opções conceptuais e metodológicas.

### **2.1.2 Focus Group**

Paralelamente ao processo de recolha e sistematização de informação, para fundamentarmos o nosso programa realizamos um *focus group* com profissionais e técnicos de saúde mental de instituições do Distrito do Porto, enquanto técnica de recolha primária de dados e pesquisa exploratória, fornecendo importantes antecedentes e fundamentos sobre o nosso constructo.

Os *focus groups* ou grupos de discussão, constituem instrumentos de pesquisa associados a pesquisas exploratórias que permitem fornecer importantes antecedentes sobre o conhecimento em áreas desconhecidas. Assumem a forma de uma discussão estruturada que envolve a partilha progressiva e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes. Ao partilhar e comparar as suas experiências e opiniões, os participantes geram novos conhecimentos e entendimentos. Esta técnica permite ao moderador examinar as diferentes perspectivas dos participantes, à medida que estas forem sendo construídas pela sua participação (Galego & Gomes, 2005).

Decorrente dos princípios e objectivos subjacentes a um *focus group*, o *focus group* organizado para este estudo teve como finalidade saber como os profissionais de saúde mental perspectivam um programa para avaliar a competência de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação. Pretendemos conhecer as suas opiniões, procurando caracterizar o processo de avaliação da *readiness*, identificando as dimensões e indicadores que poderiam ser avaliados, momento de aplicação, como o processo de avaliação da competência de *readiness* poderia ser concretizado e quais os agentes que poderiam estar envolvidos. A possibilidade de chamar a atenção para esta competência, promovendo simultaneamente uma consciencialização e uma discussão sobre o tema, constituiu de igual forma objectivos deste *focus group*.

Para a sua concretização, foram feitos contactos (telefónicos e via e-mail) a 8 profissionais e técnicos com experiência em Reabilitação Psicossocial e doença mental, do distrito do Porto, sendo explicados os procedimentos de um *focus group* e aclarados os objectivos específicos deste. Tendo em conta que a literatura indica que cada *focus group* seja composto entre seis e doze participantes (Suter, 2004, cit. in Galego & Gomes, 2005), conscientes da dificuldade em articular e conjugar as disponibilidades de todos os participantes, solicitamos às pessoas com as quais contactamos que, de entre os seus conhecimentos, tentassem envolver outros profissionais da área que eventualmente estivessem interessados em participar, para dessa forma a probabilidade de concretizar o *focus group* fosse maior. No total conseguimos obter a participação de seis profissionais, que se reuniram no início da noite de um dia útil.

Partindo das metodologias orientadoras referidas anteriormente, tendo em conta as opiniões/informações adquiridas através dos contactos e após a análise dos resultados obtidos no *focus group* (através da identificação de classes/categorias de resposta, utilizando a metodologia e análise de conteúdo, aplicada de uma forma bastante simples) o trabalho de conceptualização e formatação permitiu definir os indicadores e obter uma versão preliminar da metodologia.

Neste processo de construção, parecia-nos relevante que, antes de mais, a nova metodologia fosse capaz de contemplar diferentes domínios, dado a natureza motivacional ser multifactorial, que pudessem ser alvo de uma avaliação específica e conseqüentemente pudessem aferir um nível de *readiness* global. Para além disso, parecia-nos importante construir uma metodologia mista, que permitisse por um lado, uma abordagem exploratória e qualitativa dos diferentes domínios e, por outro lado, em complementaridade, possibilitasse uma avaliação quantitativa de forma a objectivar, operacionalizar e sintetizar a informação obtida durante a exploração de cada um dos domínios. Esta segunda fase teve uma duração aproximada de 4 meses.

### **2.1.3. Painel *Delphi***

Na terceira e última fase do estudo, com uma duração de 3 meses, a versão preliminar do programa foi submetida à análise de um painel *Delphi* constituído por 25 profissionais e técnicos de saúde mental para saber se o programa por nós construído permitia, na perspectiva deles, avaliar a competência de *readiness*.

A técnica de *Delphi* trata-se de um processo de comunicação que permite que um grupo chegue a um consenso na solução de um problema complexo, sem que para isso tenha de haver uma interacção frente-a-frente ou uma confrontação entre os seus elementos

individuais” e que “assegura a formação de um pensamento independente, o anonimato e a aplicação de um julgamento não sujeito a pressões, permitindo a construção gradual de uma opinião esclarecida” (Curado, 2000). *Delphi* é uma das poucas metodologias científicas que permite analisar dados qualitativos. Trata-se de um método que permite descobrir as opiniões de especialistas – denominado painel *Delphi* -, com a finalidade de obter, comparar e direccionar o julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular; promovendo uma convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, esta seja completa” (Spínola, 1984 cit. in Silva & Tanaka, 1999).

Os principais objectivos da implementação desta técnica no nosso estudo consistiram em auscultar a perspectiva do painel de *Delphi* acerca da avaliação da *readiness* na sua globalidade, procurando recolher a opinião de profissionais e técnicos de saúde mental sobre a metodologia construída, os objectivos, princípios, estrutura e conteúdos do programa de avaliação da *readiness* que construímos; e obter um parecer de cada profissional em relação a cada um dos indicadores descritos e respectivos instrumentos, de forma a verificar se, na opinião dos participantes, a metodologia do programa proposto discrimina e identifica com rigor os níveis de *readiness*, com vista a dar um contributo para a sua validação.

Tendo em vista que a técnica *Delphi* preconiza uma definição prévia de consenso antes da aplicação dos questionários definiu-se neste estudo que o critério de consenso para a inclusão dos diferentes pontos no programa por nós construído seria de 90%, isto é, seria necessário obter um nível de concordância igual ou superior a 90% nos pontos que foram a discussão para os mesmos serem incluídos no programa. Portanto, os pontos com nível de concordância inferior a 90% seriam considerados não seleccionados pelo painel *Delphi*, sendo necessário revê-los e altera-los para posterior apreciação do painel *Delphi* até se obter o nível de concordância mínimo.

O questionário *Delphi* com a descrição do programa por nós construído apresentava um capítulo introdutório a esclarecer os objectivos do estudo. Esse questionário foi organizado de forma a permitir que cada participante pudesse emitir um parecer sobre cada um dos pontos apresentados (estrutura, fundamentação, população-alvo, objectivos, princípios orientadores, momento de aplicação, caracterização dos indicadores com inclusão dos respectivos formulários) e também acrescentar comentários, sugestões e/ou observações de acordo com sua experiência. Para os pontos apresentados foi solicitado a cada participante que expressasse a sua opinião, posicionando-a em termos de “concordo” ou “discordo”. Optou-se por esta forma simples de mensuração da opinião e atitude para facilitar a adesão dos profissionais e simplificar a sua participação dada a extensão e complexidade do questionário, dando de qualquer forma espaço aos participantes para desenvolverem ou

explicarem as suas opiniões e apresentarem comentários, sugestões e/ou observações ao longo do questionário e no final dando um espaço para considerações finais gerais. Para além disso, esta forma possibilitou a cada participante posicionar-se de forma independente sendo os resultados alcançados pelas opiniões enunciadas correlacionados com os totais alcançados.

Os resultados obtidos na primeira ronda assentaram num nível de concordância superior a 90% em todos os aspectos questionados pelo que não foi necessário realizar uma segunda ronda. O estudo destes resultados baseou-se numa análise de frequências das respostas e na análise dos comentários dados, com definição de categorias (tal como no *focus group*, utilizando a metodologia e análise de conteúdo, aplicada de uma forma bastante simples). Decorrentes da relevância de algumas observações do painel *Delphi* foram feitas pequenas alterações/melhorias no programa, não se tendo desvirtuado de toda a sua estrutura e características.

Após esta fase da validação do programa, era nossa intenção prosseguir com esse processo através da sua administração na população destinatária, pessoas com psicose esquizofrénica. Por esse motivo avançou-se com pedido de autorização para a Comissão de Ética do Hospital de São João de realização deste projecto de investigação no Serviço de Psiquiatria, tendo-se obtido um parecer positivo em Maio de 2010. Dado nesta fase estarem a decorrer várias investigações no Serviço de Psiquiatria deste hospital, especificamente no que respeita ao envolvimento dos utentes com diagnóstico de psicose esquizofrénica, não nos foi possível dar continuidade ao processo de validação da nossa metodologia em tempo útil para a sua inclusão nesta tese de mestrado. Avançou-se também com pedido de autorização para uma Instituição Particular de Solidariedade Social do Porto, Espaço T, tendo-se obtido de igual forma um parecer favorável. Por contingência de tempo, tendo em conta os prazos previstos para a entrega da tese, a administração da metodologia junto das pessoas com doença mental não alcançou um número mínimo capaz de dar um contributo significativo para a sua validação pelo que optamos por não incluir esses dados neste estudo. Paralelamente a estes pedidos de autorização, foram feitos contactos com a Universidade do Algarve com o intuito de procedermos à recolha de informação e consulta de instrumentos de avaliação da motivação já validados para Portugal que pudessem ser mobilizados para processo de validação. Daí resultou a obtenção do SOCRATES 8D, orientado pelo modelo transteórico, desenhado para avaliar a motivação para a mudança da população toxicodependente. Dadas as especificidades deste instrumento relacionadas com a população destinatária, a sua aplicabilidade no nosso estudo não se efectivará.



Descritos que estão os procedimentos associados a este trabalho, o próximo ponto consiste na caracterização dos participantes envolvidos.

## 2.2. Participantes

Após termos exposto a metodologia e os procedimentos ligados a este projecto de investigação, neste ponto do trabalho iremos proceder à caracterização dos dois grupos de participantes que colaboraram neste estudo, relativos ao *Focus Group* e ao *Painel Delphi*.

### 2.2.1. Caracterização dos participantes no *Focus Group*

No *Focus Group* participaram seis profissionais de saúde mental, sendo dois da área da psicologia e quatro de terapia ocupacional (Tabela 1), todos do sexo feminino (Tabela 2) e com uma média de idades de 31 anos (Tabela 3). Em relação às habilitações académicas, três participantes tinham grau de mestre (obtido em 2009 ou em 2010), dois tinham pós-graduação (obtida em 2009 ou 2010) e um tinha licenciatura (obtida em 2000) (Tabelas 4 e 5). O grupo constituído tinha uma média de experiência profissional geral de 8 anos (Tabela 6), e de experiência profissional na área da Reabilitação Psicossocial de 7,5 anos (Tabela 7). Dos seis participantes, três deles trabalham/trabalharam em Instituições Particulares de Solidariedade Social, um em Centro Comunitário, um em Serviço de Reabilitação de um Hospital especializado de Psiquiatria e um em Departamento/Serviço de Psiquiatria de um Hospital Geral (Tabela 8).

Tabela 1. Distribuição por profissão

<i>Profissão</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Psicologia	2	33,33
Terapia Ocupacional	4	66,67
<b>Total</b>	6	100

Tabela 2. Distribuição por sexo

<i>Sexo</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Masculino	0	0
Feminino	6	100
<b>Total</b>	6	100

Tabela 3. Distribuição por idade dos participantes

<i>Faixas etárias</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
25-34	5	83,33
35-44	1	16,67
<b>Total</b>	6	100
<b>Média – 30,83 anos</b>	<b>Mínimo – 25</b>	<b>Máximo – 41</b>

Tabela 4. Distribuição por habilitações académicas

<i>Habilitações Académicas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Licenciatura	1	16,67
Pós-graduação	2	33,33
Mestrado	3	50
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Tabela 5. Distribuição por ano de obtenção de grau de habilitação

<i>Ano de obtenção</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
2000	1	16,67
2009	2	33,33
2010	3	50
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Tabela 6. Distribuição por anos de experiência profissional

<i>Anos de experiência profissional</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1	1	16,67
5	1	16,67
6	1	16,67
10	1	16,67
14	2	33,33
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Média – 8,33 anos</b>	<b>Mínimo – 1</b>	<b>Máximo – 14</b>

Tabela 7. Distribuição por anos de experiência profissional na área

<i>Anos de experiência profissional na área</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1	1	16,67
3	1	16,67
5	1	16,67
10	1	16,67
12	1	16,67
14	1	16,67
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
<b>Média – 7,5 anos</b>	<b>Mínimo – 1</b>	<b>Máximo – 14</b>

Tabela 8. Distribuição por tipo de instituições que trabalha/trabalhou em reabilitação psicossocial

<i>Tipo de instituição de reabilitação psicossocial</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Departamento/serviço de psiquiatria de um hospital geral	1	16,67
Hospital especializado em psiquiatria	1	16,67
IPSS	3	50
Centro Comunitário	1	16,67
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

### 2.2.2. Caracterização dos participantes no Painel *Delphi*

O painel *Delphi* deste estudo foi seleccionado com base numa amostragem de conveniência, obtido a partir da colaboração de instituições e profissionais que dão apoio a pessoas com problemas de saúde mental na região Norte do país. Para a selecção dos participantes, definimos à partida critérios de inclusão, que assegurassem alguma homogeneidade na sua constituição, nomeadamente no que diz respeito à existência de experiência profissional na área da Reabilitação Psicossocial, de forma a que a sua

colaboração no painel *Delphi* constituísse um efectivo contributo de validação da metodologia por nós construída.

O painel *Delphi* foi constituído por 25 participantes, maioritariamente pertencentes ao sexo feminino, justificando-se com o facto de, segundo o INE, os profissionais de saúde serem predominantemente do sexo feminino (Tabela 9). As suas idades situam-se entre os 25 e os 52 anos de idade, sendo o grupo predominante a faixa etária compreendida entre os 25 e 34 anos, obtendo-se uma média de idades de aproximadamente 34 anos (Tabela 10).

Tabela 9. Distribuição por sexo

<i>Sexo</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Masculino	5	20
Feminino	20	80
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Tabela 10. Distribuição por idade dos participantes

<i>Faixas etárias</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
25-34	15	60
35-44	7	28
45-54	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Média – 34,68 anos</b>	<b>Mínimo – 25</b>	<b>Máximo – 52</b>

No que diz respeito às habilitações académicas dos participantes, constatamos que o nível inferior de formação académica é a licenciatura, grau onde se inclui o maior número de participantes, seguido de mestrado e pós-graduação (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição por habilitações académicas

<i>Habilitações Académicas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Bacharelato	0	0
Licenciatura	12	48
Pós-graduação	5	20
Mestrado	8	32
Doutoramento	0	0
Outro	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Quando vemos os resultados relativos ao ano de obtenção do respectivo grau de habilitação, verificamos que 56% dos participantes inclui-se na faixa mais recente, compreendida entre o ano de 2005 e 2010, o que nos dá a indicação que para além de ser um painel jovem, os seus participantes também obtiveram o seu grau recentemente (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição por ano de obtenção de grau de habilitação

<i>Ano de obtenção</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1985-1989	1	4
1990-1994	1	4
1995-1999	1	4
2000-2004	8	32
2005-2010	14	56
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Caracterizando especificamente o painel *Delphi* relativamente à profissão que os participantes exercem, da análise dos dados da Tabela 13, observamos que aderiram ao estudo profissionais de 7 áreas diferentes, com maior incidência nas áreas da psicologia e terapia ocupacional. Dos pedidos de colaboração efectuados junto da comunidade médica, nenhum profissional aceitou.

Tabela 13. Distribuição por profissão

<i>Profissão</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Educação Social	2	8
Enfermagem	3	12
Medicina	0	0
Professor	2	8
Psicologia	7	28
Serviço Social	3	12
Técnica de emprego/ reabilitação	1	4
Terapia Ocupacional	7	28
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

A Tabela 14 caracteriza o painel *Delphi* relativamente aos anos de experiência profissional, na qual podemos constatar que quase metade dos participantes tem entre 6 e 10 anos de experiência. Situando-se a média de anos de experiência profissional nos 11 anos aproximadamente, 2 anos constituiu o valor mínimo e 29 anos o valor máximo.

Tabela 14. Distribuição por anos de experiência profissional

<i>Anos de experiência profissional</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1-5 anos	5	20
6-10 anos	11	44
11-15anos	4	16
16-20 anos	2	8
21-25 anos	0	0
26-30 anos	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Média – 11,6 anos</b>	<b>Mínimo – 2</b>	<b>Máximo – 29</b>

Decorrente dos anos de experiência profissional e sendo critério de inclusão no painel *Delphi* a experiência na área da reabilitação psicossocial, fez-se a caracterização do mesmo a este nível, constatando-se que os participantes encontram-se maioritariamente na faixa que compreende os 1 e 5 anos de experiência seguida da faixa entre os 6 e 10 anos, obtendo-se uma média de aproximadamente 7 anos de experiência na área da reabilitação psicossocial (Tabela 16).

Tabela 15. Distribuição por anos de experiência profissional na área

<i>Anos de experiência profissional na área</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1-5 anos	12	48
6-10 anos	8	32
11-15anos	3	12
16-20 anos	2	8
Total	25	100
<b>Média – 7,24 anos</b>	<b>Mínimo – 1</b>	<b>Máximo – 18</b>

Por fim, quanto à distribuição dos participantes no painel *Delphi* por tipo de instituições em que trabalha ou trabalhou em reabilitação psicossocial, verificamos que a maioria tem experiência ao nível das Instituições Particulares de Solidariedade Social, seguida em menor extensão dos Hospitais especializados em Psiquiatria que incluem dentro das suas valências o Serviço de Reabilitação Psicossocial (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição por tipo de instituições que trabalha/trabalhou em reabilitação psicossocial

<i>Tipo de instituição de reabilitação psicossocial</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Departamento/serviço de psiquiatria de um hospital geral	2	8
Hospital especializado em psiquiatria	7	28
IPSS	13	52
Instituição de ensino superior	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Finalizada a caracterização dos participantes, apresentamos no ponto seguinte a discussão dos resultados obtidos.

### 2.3. Discussão dos Resultados

Em relação à descrição e análise dos resultados, iremos começar por explorar os resultados do *Focus Group*, seguidos do painel *Delphi*.

#### 2.3.1. Resultados do *Focus Group*

De forma a garantir que a identidade dos participantes não seja associada às respostas individuais, os resultados serão apresentados de forma que nenhum deles possa ser reconhecido. Para isso, foi atribuído a cada um dos sujeitos um código, surgindo o sujeito 1 como S1 e assim sucessivamente, para que as citações de cada um deles sejam referenciadas com base nesses códigos.

O *focus group* iniciou-se com uma explicação do objectivo do mesmo, da clarificação do conceito da *readiness* e com o pedido de autorização para gravação, tendo tido uma duração total de 1h08min.

A dinâmica foi aberta com a reflexão e problematização da motivação das pessoas com doença mental para a recuperação, partindo das experiências, conhecimentos e

perspectivas dos participantes. Verificou-se que dependendo dos serviços em que os utentes estão integrados, apresentam diferentes níveis de motivação.

De acordo com as opiniões emitidas pelos sujeitos com experiência em IPSS, os utentes integrados em IPSS tendem a apresentar-se motivados, sendo os elementos motivantes mais genuínos o *“estabelecimento de contacto com outras pessoas devido á perda de contacto social”* (S3), *“ter um emprego e ganhar dinheiro”* (S6) e *“numa fase mais compensada e num estado mais crítico do seu papel na sociedade ter um emprego pela questão do estatuto de criar uma identidade de partilha com os outros cidadãos”* (S3). Neste contexto, os participantes consideram que os pais e os médicos tendem a funcionar como pressões externas, a *“empurrar”* (S1) os indivíduos com doença mental para instituições/serviços de Reabilitação Psicossocial na medida em que têm consciência que é importante *“pô-los fora de casa, querem-nos mais activos, querem-nos ocupados”* (S3), *“que estando parados vão deteriorando portanto há que os manter em contacto com outros indivíduos também eles doentes e técnicos ou outros profissionais que os possam orientar para tarefas que sejam reabilitadoras e que providenciem alguma funcionalidade”* (S3).

Mediante as experiências partilhadas, no caso de um serviço de psiquiatria comunitária em contexto de hospital geral, a realidade é diferente a este nível, uma vez que *“os utentes que chegam não estão estabilizados do ponto de vista psicopatológico, a motivação deles de facto é muito reduzida porque muitos deles ainda sentem-se muito doentes, não têm de maneira nenhuma sentimento de pertença a uma sociedade, muito pelo contrário, sentem-se completamente à parte, e o desejo em contexto de hospital de dia na sua maioria creio que é a permanência nesse estado de exclusão e o próprio desejo muitas vezes é disso. E a função dos técnicos que lá trabalham é começar a trabalhar estas questões para só posteriormente ter-se uma perspectiva de Reabilitação Psicossocial, mais de integração a esse nível.”* (S4)

Em relação à perspectiva baseada num serviço de reabilitação de um hospital especializado de psiquiatria, onde os utentes são encaminhados para lá seja através da consulta de ambulatório seja no seguimento de um internamento, *“temos [técnicos] de auxiliar [o utente] a traçar o objectivo geral de reabilitação, aquilo que é importante para ele e muitas vezes aquilo acaba por ser o começo, a integração no serviço um começo para eles próprios se irem adaptando aos outros, muitas vezes o facto de estarem integrados em diferentes ateliers, eles próprios descobrem o sentido de utilidade de estarem lá, descobrirem coisas novas dentro deles, muitas vezes eles sentem que realmente não são úteis e daí estarem fechados em casa... Acontece muitas vezes é eles integrarem e esta readiness não está propriamente / ou não terem motivação para tal e voltam para casa, desistem e depois se for*

*preciso passado um ano estão outra vez lá e às vezes é o que a gente chama de «agarrar» o doente...” (S1)*

Neste seguimento foi explorada a pertinência de avaliar a competência de *readiness* e os aspectos relacionados com a motivação para a recuperação e adesão ao tratamento. Todos os participantes são da opinião que seja importante fazer essa avaliação, no entanto a este propósito surgiu uma discussão sobre o facto desta avaliação estar integrada ou não num processo de Reabilitação Psicossocial. As perspectivas divergiram entre esta avaliação da prontidão motivacional constituir um “pré-requisito” para dar início a um processo de Reabilitação Psicossocial e este só ser iniciado quando o utente se sentir preparado, e desta mesma avaliação já fazer parte do processo propriamente dito.

No que respeita aos determinantes da competência de *readiness*, isto é, os aspectos que poderão influenciar a prontidão motivacional para a recuperação e por essa via serem alvo de avaliação, os elementos presentes concordam com a opinião expressa por S6: que *“esta questão da motivação é mesmo para cada técnico, para cada pessoa, para cada fase do tratamento... que vai mudando, ... vai evoluindo ao longo do processo, é extremamente dinâmico”*. Genericamente, consideram como fundamental *“descer à realidade do indivíduo”* (S3) e fazer uma *“avaliação global do contexto e de todos os factores que estão relacionados, numa perspectiva sistémica, tudo o que está envolvido com o doente”* (S4) e pôr-se *“a pessoa a falar em primeiro lugar e só depois a doença”* (S3). Especificamente e no total os participantes identificaram os seguintes determinantes motivacionais para a recuperação:

- Experiências prévias
- Existência de recursos na comunidade
- Capacidade de resistência à frustração
- Suporte familiar
- Características da personalidade pré-morbida do utente
- Expectativas em relação ao futuro e seu nivelamento com as capacidades
- Interesses do utente
- Crença no potencial de recuperação por parte do utente
- Esperança por parte do utente
- Confiança que o utente tem nos técnicos e serviços
- Estrutura dos serviços de saúde mental e de Reabilitação Psicossocial
- Pessoal técnico (sensibilidade para a importância das questões motivacionais)
- Motivação e crença no potencial de recuperação por parte do técnico
- Pares (outras pessoas com doença mental enquanto “egos auxiliares”)

Tendo em conta os determinantes identificados pelos participantes, estes consideram que a avaliação da motivação vai sendo feita de forma informal e subjectiva partindo “*do que se observa, do que eles dizem*” (S6), faltando estrutura nesse processo de avaliação. Nesse seguimento, na perspectiva dos participantes “*O ideal era uma coisa muito bem estruturada, com muito mais técnicos, mas que de facto se planeasse tudo de forma muito bem estruturada*” (S4), “*não é estar a passar mais um questionário a todos os doentes que entrassem no hospital de dia, que entrassem num fórum sócio-ocupacional, eram coisas concretas*” (S4).

As opiniões divergem relativamente ao contexto de avaliação, com alguns participantes a considerarem o contexto individual e outros o contexto de grupo, “*numa perspectiva até mais de nivelar o próprio grupo e de ajudar quem está num nível inferior a subir um bocadinho*” (S4).

Na óptica dos participantes é fundamental que na avaliação da *readiness* “*as coisas têm que ser muito bem explicadas, eles perceberem que isto vai ser tido em linha de conta no trabalho que depois vai ser desenvolvido*” (S3); sendo importante “*ajudar o utente a perceber que para qualquer coisa na vida tem que haver motivação, senão a coisa não corre bem e se calhar dar exemplos práticos, que não tenham a ver com a doença, mostrar que a vida é assim, quando há motivação para fazer determinada coisa em qualquer área, em qualquer faixa etária, em qualquer problemática e sem ser problemática, a motivação sendo ótima, os resultados serão muito melhores... explicar que é um conceito dinâmico*” (S4), “*no fundo é encontrar o objectivo dele de reabilitação e ele próprio ter conhecimento disto*” (S1).

Na opinião expressa pelos participantes, uma avaliação da prontidão motivacional no início poderá ser difícil na medida em que não está estabelecida uma relação terapêutica, não existindo à vontade por parte do utente para reflectir sobre as questões motivacionais para a recuperação. O grupo considera que não faz sentido que esta avaliação seja feita na entrevista de admissão, mas antes que seja integrada “*numa perspectiva mais de projecto*” (S4). Por outro lado consideram que “*só faz sentido avaliar a prontidão motivacional no início do programa de for para continuar... mais interessante até será ver em que ponto as motivações alteraram no decorrer do processo, o que caiu e o que entretanto se revelou como prioritário*” (S3).

Em relação ao tópico de discussão referente às pessoas e agentes que poderão estar envolvidos na avaliação, os participantes consideram que a avaliação deverá incluir o utente, o técnico de referência ou o técnico que faz o acolhimento e que depois o acompanhará. Não consideram como relevante a participação da família, “*só se for algo direccionado para a*



*família para saber até que ponto será o grau de envolvimento da família nesse processo”* (S1), ainda que uma avaliação do contexto global do utente (onde se inclui a família) deva ser alvo de avaliação.

Ao longo da discussão, os participantes foram referindo o papel que o profissional poderá ter neste processo, caracterizado por informar e sensibilizar para a importância da motivação para a recuperação, por ajudar o utente a conhecer e perceber as suas motivações, por trabalhar, estimular e nivelar as dimensões inerentes ao constructo da *readiness*/motivação, passando pela “*capacidade que o técnico tem de estar ao lado deles para os escutar e para os ajudar a acreditar que de facto é possível, mas é fundamental que o técnico acredite e que viva isso dessa forma*” (S3).

Para além dos aspectos supracitados, no final, ficou a ideia da pertinência de haver instrumentos de avaliação da motivação dos técnicos.

Partindo da questão de investigação, relacionada com a forma como os profissionais da área perspectivam um programa de avaliação da *readiness*, importa agora interpretar os resultados tendo sempre como pano de fundo os constructos teóricos e as características de outros projectos/programas existentes.

Tendo em conta os conhecimentos e evidências expostas no primeiro capítulo, consideramos que apesar de termos encontrado neste *focus group* alguma divergência no que respeita à integração ou não da avaliação da *readiness* no processo reabilitativo propriamente dito, os participantes concordam que tal seja efectuada numa fase inicial, sendo consistente com a literatura (Cohen, Farkas & Cohen, 1992; Cohen, Farkas, Forbess & Cohen, 1995; Cohen & Mynks, 1993; Pratt et al, 2002). Conceptualizar a pessoa de uma forma sistémica e a avaliação da *readiness* não de forma isolada e reducionista, mas antes integrada e mobilizada para o processo de Reabilitação Psicossocial, numa dinâmica ecológica, tal como referenciado pelos participantes, é condizente com a filosofia inerente à Reabilitação Psicossocial (Anthony et al., 1990, 2002).

Em relação aos determinantes motivacionais para a recuperação abordados por este grupo vão de encontro aos estudos e metodologias já existentes (BCPR Consulting, Inc., 2001; Edem, 2003; Ferdinandi, Yootanasumpun, Pollack & Bermanzohn, 1998; Kielhofner, 2009; Miller & Johnson, 2008). Esses determinantes vão desde o sentimento auto-eficácia (baseado nas experiências passadas), às capacidades niveladas com as expectativas, interesses e valores, passando pelo suporte social, pela esperança e optimismo.

Quanto ao contexto de intervenção, os participantes dividem-se perspectivando a administração de um programa desta natureza em contexto individual ou de grupo, partindo das vantagens que cada um encerra. Relativamente a este ponto, da pesquisa feita, verificamos

que a metodologia desenvolvida pelo Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Boston prevê a sua aplicação em ambos os contextos, ainda que individualmente seja o preferível; a aplicação em contexto de grupo, constituído por 3 a 5 pessoas, está dependente das competências do profissional e da homogeneidade do grupo (BCPR Consulting, Inc., 2001). O projecto desenvolvido por *Queens Day Center*, contempla as duas possibilidades, estando organizado em 8 sessões de grupo, de 6 a 8 elementos, seguido de um acompanhamento individualizado (Ferdinandi, Yoottanasumpun, Pollack & Bermanzohn, 1998). Tendo em conta estes dados, não excluimos à priori nenhum dos contextos.

Para além disso, a atitude atribuída ao técnico no processo de avaliação defendida pelo *focus group* é constante com os princípios orientadores da entrevista motivacional, norteados pela escuta activa, colaboração e atenção à pessoa (Miller & Rollnick, 2004, Rollnick, Miller & Butler, 2008).

Este *focus group* teve como finalidade saber como os profissionais de saúde mental perspectivam um programa para avaliar a competência de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação. Os resultados obtidos, que vão de encontro aos constructos teóricos e evidências existentes, vieram fundamentar a pertinência da construção de um programa neste domínio. Nesse seguimento, posteriormente tornou-se relevante e útil saber se na opinião dos profissionais, organizados num painel *Delphi*, a metodologia do programa construído discrimina e identifica com rigor os níveis de *readiness*, com vista a dar um contributo para a sua validação.

Finalizada a apresentação e análise dos resultados obtidos no *focus group*, impõe-se seguidamente procedermos de igual forma em relação ao painel *Delphi*.

### **2.3.2 Resultados do Painel *Delphi***

Para a análise dos resultados obtidos com o painel *Delphi*, teve-se em linha de consideração todas as opiniões, sugestões, comentários e observações dos participantes, tendo-se feita uma análise de conteúdo dos mesmos. Consoante a relevância e pertinência dos mesmos, alguns foram utilizados por considerarmos que faziam sentido e que iriam enriquecer o programa pelo que a versão preliminar sofreu ligeiras alterações.

De igual forma as considerações expressas no final foram alvo de análise, o que nos permitiu obter uma avaliação do programa por nós construído organizada em aspectos positivos e negativos.

Globalmente, obteve-se em todos os pontos questionados um nível de concordância superior a 90%, pelo que não houve necessidade de proceder a uma segunda ronda do questionário *Delphi*. Dos 25 participantes no painel *Delphi*, vários acrescentaram à sua

opinião comentários, sugestões e alterações. Passo a passo, seguidamente procuraremos interpretar os resultados à medida que os descrevemos.

- a) **Avaliação da Readiness: Fundamentação** – todos os participantes do painel *Delphi* concordaram com a fundamentação do programa, que inclui a definição, justificação e importância do mesmo (nível de concordância de 100%).
- b) **Público-alvo** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24). Todos os participantes à excepção de um concordam que o programa seja aplicado a uma população constituída por pessoas diagnosticadas com psicose esquizofrénica integradas em instituições/serviços de Reabilitação Psicossocial. Dos participantes concordantes, 6 apresentaram a sugestão da aplicação deste programa ser alargado para o grupo de psicoses ou outros, sendo que um deles incluiu a posterior comparação de resultados entre grupos. O participante que apresentou uma opinião discordante, vai de encontro a estas sugestões, colocando a possibilidade do programa ser destinado a outros diagnósticos. A opção da aplicação ser exclusivamente a pessoas diagnosticadas com psicose esquizofrénica prende-se com o facto do programa ainda estar em fase de validação, sendo importante para esse processo a homogeneização da população no que respeita ao diagnóstico. Uma vez a validação do programa estar concluída poderá ser de todo pertinente alargar a sua aplicação a outros diagnósticos dado a competência de *readiness* ser transversal a todas as pessoas.
- c) **Objectivo Geral do Programa** – obteve-se um nível de concordância de 100%.
- d) **Objectivos Específicos do Programa** – obteve-se um nível de concordância de 100%. Dois participantes acrescentaram respectivamente os objectivos deste programa passarem por “trabalhar o estigma perante a doença mental (auto-estigma e estigma público)” e “avaliar o processo de reabilitação”. No que respeita à exploração do estigma num programa de avaliação da *readiness*, não encontramos nenhuma referência na literatura que incluísse este domínio na abordagem das questões motivacionais em geral, e da *readiness* em particular. De qualquer forma, sendo o objectivo deste programa a obtenção de um perfil de prontidão motivacional assente numa lógica de avaliação-acção e de mobilização desde o primeiro momento, consideramos que a exploração e análise do posicionamento da pessoa em relação à sua vida e ao processo de Reabilitação Psicossocial feitas ao longo do programa já permite-nos aferir as suas crenças, o seu

conhecimento e compreensão em relação à doença mental. Pretende-se que este programa se desenvolva em torno da criação de condições para a conscientização e crítica, assente inclusivamente num trabalho ao nível de uma melhoria do conhecimento da pessoa, desmistificando falsas crenças e estereótipos (se presentes) e fornecendo novos dados acerca da doença mental, das pessoas que dela sofrem e do processo de reabilitação psicossocial e de *recovery* subjacentes. Em relação ao segundo objectivo expresso, naturalmente que a componente motivacional de uma pessoa sendo uma variável sujeita a vários condicionalismos vai sofrendo alterações ao longo do tempo, devendo ser alvo de avaliações contínuas e por essa via o próprio processo de reabilitação ser reavaliado e ajustado. No entanto, é considerado que a avaliação da *readiness* consistindo na análise do quanto a pessoa está interessada, motivada, mobilizada e auto-confiante para o processo deve ser efectuada na fase inicial do processo de Reabilitação Psicossocial, sendo que nada assegura a capacidade da pessoa para o finalizar (Cohen, Farkas & Cohen, 1992; Cohen, Farkas, Forbess, & Cohen, 1995; Cohen & Mynks, 1993; Pratt et al, 2002). Neste sentido, na nossa opinião, fundamentada nestas referências, o programa de avaliação da *readiness* não permite a avaliação do processo de reabilitação, no entanto consideramos que os domínios motivacionais e volitivos da pessoa devem ser alvo de análise do longo do processo de Reabilitação Psicossocial com o consequente ajuste do mesmo.

- e) **Princípios Orientadores** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Dois participantes referiram ter dúvidas na compreensão de algumas expressões nomeadamente: “abordagem de atenção à pessoa”, “importância do comportamento verbal”; “estratégias mais persuasivas”. Estas expressões têm o seu fundamento nos princípios subjacentes à Entrevista Motivacional, onde a pessoa enquanto figura central, o discurso e a sua mobilização para a mudança norteiam todo o processo. Por contingência de espaço, o questionário *Delphi* não contemplou a explicação de cada princípio, no entanto esta é feita no programa propriamente dito. Para além disso, em relação ao princípio “Importância do comportamento verbal no processo de mudança (interacção verbal desempenha um papel fundamental na reorganização dos processos mentais e na alteração do campo perceptivo da pessoa)” uma pessoa acrescentou que nem sempre é possível obter-se tal reorganização e alteração. Concordamos com este comentário, daí o programa se fundamentar de igual forma na individualidade da pessoa e na personalização do processo.

- f) Momento de aplicação** – obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24), com uma pessoa a emitir uma opinião discordante. A apresentação deste ponto baseou-se em referências bibliográficas e decorrente disso, dois participantes consideraram que o momento de aplicação do programa devia estar expresso de forma mais claro e um outro participante referiu não ter conhecimento da avaliação da *readiness* ser considerada por alguns autores como uma fase independente da fase de diagnóstico. Um participante acrescentou que este programa surge como um instrumento complementar de avaliação e um outro alertou para a importância de haver uma estabilidade mínima da pessoa aquando da aplicação do programa. O participante que discordou com o momento de avaliação incide a sua opinião precisamente a este nível, nomeadamente no que respeita aos estados depressivos e à importância de conhecer as pessoas (as suas capacidades e funcionamento). Pretende-se que o programa seja aplicado numa fase em que as pessoas estejam compensadas do ponto de vista psicopatológico e que manifestem disposição e disponibilidade para participar. Para além disso, o programa foi desenhado de forma a deixar uma “margem de manobra” para ser adaptado e ajustado às pessoas, há medida que os diferentes indicadores forem sendo explorados. Ou seja, a flexibilidade onde assenta o programa não preconiza formas específicas e rígidas de resposta e de intervenção, sendo o mesmo desenvolvido em função do que a pessoa manifesta e apresenta.
- g) Caracterização do instrumento** – obteve-se um nível de concordância de 92% (N=23), sendo que os restantes 8% não emitiram expressamente se concordavam ou discordavam, apresentando de imediato os seus comentários. Assim, um participante referiu que o facto da metodologia ser qualitativa e quantitativa pode levar à subjectividade e entendimentos diferentes e o outro participante mencionou não entender a expressão “lógica de avaliação-acção”. Em relação ao primeiro comentário, consideramos que o facto do programa procurar promover a reflexão, a crítica, a discussão e a projecção permite clarificar o entendimento que tanto a pessoa como o terapeuta têm relativamente ao que é expresso. Só depois desta exploração e clarificação é que se avança para a avaliação quantitativa para se obter coerência em ambos os momentos (avaliação qualitativa e avaliação quantitativa) e garantir consistência nos resultados. De entre as pessoas concordantes, duas delas apresentaram a sugestão do programa incluir não apenas sessões individuais, como sessões de pequeno grupo, como aliás havia sido proposto por alguns elementos do *focus group*. Construímos, organizamos e estruturamos o programa de forma a possibilitar a exploração dos indicadores em contexto individual e/ou em contexto de pequeno grupo (3-5 pessoas) de carácter apoiante e recíproco. O poder transformador

do grupo – como catalisador de mudança – poder-se-á atribuir a uma diversidade de factores, designadamente a normalização da experiência das pessoas com doença mental, a redução da culpabilidade que daí resulta e a abertura a novas possibilidades, permitidas por uma eventual diminuição do mal-estar. O grupo pode, assim, operar de forma a reduzir a resistência das pessoas com doença mental, além de ser uma importante fonte de suporte social, mediante o envolvimento e participação de todos os elementos e a promoção da reflexão crítica junto deles. A flexibilidade a que o programa se sujeita permite a combinação deste formato com o acompanhamento individual, dependendo das necessidades e características das pessoas envolvidas no momento da avaliação da competência de *readiness*, da conseqüente homogeneidade do grupo e das competências do profissional.

- h) Indicadores** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24). Um participante não se posicionou em nenhuma das opções de resposta, fazendo referência à importância do conhecimento prévio da pessoa dado que a exploração dos indicadores não surge espontaneamente. Pretendemos que o programa não constitua um momento de avaliação isolado de todo do processo de reabilitação. Ao invés, o programa foi desenvolvido de forma a ser um ponto de partida do conhecimento da pessoa e voltado para a sua reabilitação, devendo ser integrado nesse processo no qual a exploração dos indicadores pode ser aprofundada.

### **Indicador 1 – Quero e ou sinto necessidade de mudar?**

**Formulário 1** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Um participante chamou a atenção para o facto deste formulário poder exigir um determinado nível cognitivo. Consideramos que os factos de estar sempre presente um técnico, disponível para clarificar todas as dúvidas e ajudar no preenchimento dos formulários assim como deste preenchimento ser precedido pela apresentação e exploração de um testemunho de pessoa com doença mental podem minimizar as eventuais dificuldades de preenchimento que as pessoas possam sentir.

**Formulário 2** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Um participante referiu ser importante explicar cada uma das áreas apresentadas. Tal aspecto está previsto no programa propriamente dito, no capítulo das questões orientadoras. Para reduzir o tamanho do questionário *Delphi* optamos por não incluir esse capítulo.

**Formulário 3** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Um participante sugeriu a inclusão da área relacionada com a Família. À semelhança do formulário anterior, por

contingência de espaço não incluímos as especificações de cada área. A Família está incluída nas áreas da Habilitação e das Relações Sociais.

**Formulário 4** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24). Um participante discordou com os níveis 4 e 5 por estarem pouco diferenciados entre si e considerou que os níveis 5 e 1 deveriam estar expressos na mesma medida com a inclusão do termo “muito” também no nível 1. Um outro elemento que emitiu uma opinião concordante fez referência ao mesmo aspecto. Dada a pertinência destas observações, efectuaram-se alterações nestes dois aspectos.

### **Indicador 2 – O que implica o processo de mudança?**

**Formulário 1** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24). Um participante, não concordando nem discordando, apelou para a importância da presença do técnico aquando do preenchimento do formulário, estando tal devidamente previsto.

**Formulário 2** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Um dos participantes fez referência à linguagem usada, nomeadamente à utilização de termos que sejam compreensíveis por todos. A terminologia presente neste formulário é explorada e explicada no formulário anterior, aquando da colocação das questões orientadoras. Para além disso, sendo o formulário preenchido com a ajuda do técnico, qualquer dúvida que surja poderá ser no momento devidamente esclarecida. Considerando que apenas uma pessoa deu esta indicação não se efectuou alterações na linguagem usada neste formulário.

### **Indicador 3 – Tenho capacidade para mudar?**

**Formulário 1** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24). Um participante deixou apenas a sugestão de alterar a palavra “elenque”, tal como outras 3 pessoas que concordam com o formulário o fizeram. Não sendo de facto um termo muito familiar, retiramos a palavra “elenque”. Duas pessoas chamaram ainda a atenção para a importância deste formulário ser preenchido com a ajuda do técnico, tal como está previsto.

**Formulário 2** – Obteve-se um nível de concordância de 92% (N=23). Dois dos 25 participantes não expressaram a sua opinião em termos de “concordo” e “discordo”, apresentando as suas sugestões. Um deles sugeriu alterar o termo “figuras significativas”; podendo não ser uma terminologia corrente no léxico das pessoas para as quais o programa se destina, alteramos essa expressão para “pessoas significativas”. Um outro participante sugeriu não numerar as pessoas significativas pelo risco de tal poder provocar a consciência de um reduzido suporte social e conseqüentemente um eventual estado

depressivo. Dada a pertinência desta observação, faz-nos todo o sentido proceder à alteração pelo que foi retirada a numeração das pessoas significativas.

**Formulário 3** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Um participante deu a indicação de melhorar a construção frásica do nível 5, tendo-se de facto feito essa rectificação para que a afirmação ficasse mais clara.

#### **Indicador 4 – O que é importante para mim neste momento?**

**Formulário 1** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24), sendo que 2 dos participantes deixaram observações no que respeita à dificuldade que as pessoas com doença mental possam ter em se projectar no futuro e do formulário poder não ser suficientemente claro, reforçando a necessidade da apresentação de listas de valores e interesses. Um participante apresentou uma opinião discordante assente na ideia da abordagem a este indicador poder passar pelo preenchimento de fichas qualitativas e pela inclusão de imagens e esquema. Decorrente destes comentários, chegamos a contactar docentes do curso de Terapia Ocupacional da ESTSP-IPP, com o intuito de fazer levantamento e consulta de questionários volitivos, validados para Portugal. Actualmente existem dois questionários, o Questionário Volitivo (Kielhofner, 2002) e o The Model of Human Occupation Screening Tool (Kielhofner, 2009). Por serem questionários preenchidos pelo técnico, e assentando o nosso programa na participação activa da pessoa com doença mental optamos por não os utilizar. O recurso a listas de interesses e valores poderá ajudar a objectivar estes conceitos.

**Formulário 2** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24). Um participante emitiu apenas as suas observações, considerando o formulário muito longo. Para além disso, dois participantes que expressaram uma opinião concordante mencionaram a importância de aproximar as situações-problema apresentadas ao contexto real de vida de cada uma das pessoas com doença mental que integrem este programa. Este formulário foi construído de forma a apresentar situações-tipo orientadoras do processo de exploração e clarificação dos valores que regem a vida da pessoa. Pretende-se que as situações-tipo e tipologias de histórias apresentadas sejam personalizadas e ajustadas às vivências de cada pessoa no momento da avaliação da competência de *readiness*, através da mobilização de informação que for sendo apresentada ao longo deste processo de avaliação. Daí radica o facto de não haver necessidade de explorar todas as tipologias de história ou pelo contrário de acrescentar outras que vão mais de encontro às características e experiências das pessoas, pelo que a extensão deste formulário será diferente de pessoa para pessoa.



**Formulário 3** – Obteve-se um nível de concordância de 96% (N=24). A importância de compreender a razão de uma pessoa estar no nível 1, nomeadamente perceber se uma pessoa está no nível 1 porque não sabe o que são interesses, valores e expectativas ou porque de facto sabe a sua significação mas não os consegue identificar e descrever foi considerada por um participante. Esta clarificação está prevista no programa em todos os seus domínios; a exploração de cada indicador é iniciada pela explicação dos conceitos básicos subjacentes.

#### **Indicador 5 – O que sinto em relação ao processo de reabilitação?**

**Formulário 1** – Obteve-se um nível de concordância de 92% (N=23). Um participante deixou a sugestão de escolher 2 ou 3 afirmações de cada grupo dado considerar que o formulário tem afirmações repetitivas. Essa repetição do conteúdo das afirmações surge com o objectivo de analisar a consistência e validar as respostas da pessoa. Um outro participante fez referência ao interesse deste formulário poder ser administrado no início do programa e depois no final do mesmo e a partir daí fazer a análise do que a pessoa sente em relação ao processo de reabilitação. Consideramos esta ideia muito interessante, permitindo na fase final do programa examinar as eventuais diferenças, analisar o valor e a importância que a exploração dos indicadores possa ter na avaliação da competência de *readiness* para a reabilitação e na clarificação do posicionamento da pessoa em relação ao processo reabilitativo.

**Formulário 2** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Um participante sugeriu a inclusão do termo “ausência” no nível 1 de forma a ficar mais clara a afirmação. Tal alteração foi considerada e efectuada.

**Gráfico** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Um participante chamou a atenção para a relevância das instruções dadas serem devidamente claras para que a construção do gráfico seja feita de forma correcta. As instruções são apresentadas no programa propriamente dito, acessíveis aos técnicos que o administrarem.

**Formulário de definição de direcção** – Obteve-se um nível de concordância de 100%. Não foram emitidas observações e/ou sugestões.

Por fim, no espaço dedicado às considerações finais, 11 participantes apresentaram as suas apreciações que aqui as expomos organizadas em aspectos negativos e positivos. Assim, como aspectos negativos, 4 participantes apontam a extensão do programa e

consequentemente o tempo de duração de administração do mesmo, um deles acrescentou inclusivamente que a dimensão do programa não permite a sua aplicação em “*internados agudos*”. O vocabulário usado em alguns formulários foi identificado como aspecto negativo por dois participantes. Um participante manifestou dúvidas em relação à exequibilidade do programa perante a sua complexidade.

Para além dos aspectos negativos apresentados, os participantes apresentaram aspectos positivos que encontram neste programa de avaliação da *readiness*. Globalmente constatamos que os participantes assumem a importância de avaliar a competência de *readiness* sendo um instrumento “*necessário*” e “*obrigatório antes da planificação do projecto de reabilitação psicossocial*”, estando “*organizado, estruturado e completo*”, com “*questões pertinentes e orientadoras*”, “*integrando todas as áreas facilitadoras de avaliação do tema*”. Fazem referência ao facto de ser um “*programa com visão holística, abrangendo o bem-estar físico, social e psicológico, focando todas as actividades significativas tendo em consideração os pontos fracos, médios e fortes*”, de estar “*orientado para o projecto de vida*” do indivíduo, dando-lhe a “*possibilidade de ser ele a definir o que considera prioritário*”, permitindo um “*trabalho de reflexão e acção por parte do cliente*” e constituindo “*uma mais valia uma vez que é valorizado o envolvimento e responsabilidade do utente*”. Um outro aspecto valorizado é a presença e acompanhamento técnico ao longo de todo o programa o que minimiza as eventuais dificuldades ao nível da compreensão do vocabulário usado.

Decorrente dos resultados obtidos com painel *Delphi*, o programa de avaliação da *readiness* sofreu umas pequenas rectificações em relação à terminologia usada e construção frásica no formulário 4 do indicador 1, formulários 1, 2 e 3 do indicador 3 e formulário 2 do indicador 5. A alteração mais significativa do programa consistiu na inclusão do formulário 1 do indicador 5 também no início do programa (Tabela 17). Para além disso, na descrição do programa, reforçou-se a possibilidade do mesmo ser aplicado não apenas em contexto individual mas também de pequeno grupo.

Tabela 17. Apresentação dos resultados do Questionário *Delphi*

<b>Questionário Delphi</b>		<b>Resultados</b>
<b>Avaliação da Readiness: Fundamentação</b>		Sem alterações
<b>Público-Alvo</b>		Sem alterações
<b>Objectivo Geral do Programa</b>		Sem alterações
<b>Objectivos Específicos do Programa</b>		Sem alterações
<b>Princípios Orientadores</b>		Sem alterações
<b>Momento de aplicação</b>		Sem alterações
<b>Caracterização do instrumento</b>		Sem alterações
<b>Indicadores</b>		Sem alterações
<b>Indicador 1 – Quero e ou sinto necessidade de mudar?</b>	Formulário 1	Sem alterações
	Formulário 2	Sem alterações
	Formulário 3	Sem alterações
	Formulário 4	Alterada terminologia usada e construção frásica
<b>Indicador 2 – O que implica o processo de mudança?</b>	Formulário 1	Sem alterações
	Formulário 2	Sem alterações
<b>Indicador 3 – Tenho capacidade para mudar?</b>	Formulário 1	Alterada terminologia usada e construção frásica
	Formulário 2	Alterada terminologia usada e construção frásica
	Formulário 3	Alterada terminologia usada e construção frásica
<b>Indicador 4 – O que é importante para mim neste momento?</b>	Formulário 1	Sem alterações
	Formulário 2	Sem alterações
	Formulário 3	Sem alterações
<b>Indicador 5 – O que sinto em relação ao processo de reabilitação?</b>	Formulário 1	Sem alterações. Inclusão no indicador 1
	Formulário 2	Alterada terminologia usada e construção frásica
<b>Gráfico</b>		Sem alterações
<b>Formulário de definição de direcção</b>		Sem alterações

Uma das nossas questões de partida foi: Será que o programa por nós construído permite, na perspectiva dos profissionais, avaliar a competência de *readiness* das pessoas com doença mental para o processo de reabilitação?. Tendo em conta os resultados obtidos no painel *Delphi*, nomeadamente o nível de concordância superior a 90% alcançado em todos os itens explorados assim como as considerações expressas, levam-nos a considerar que na opinião dos peritos envolvidos, o instrumento permite avaliar a competência de *readiness* das pessoas com doença mental para um projecto reabilitativo, o que vem reforçar a necessidade de dar continuidade ao processo de validação desta metodologia. É então necessário estabelecer como referência o uso específico do instrumento concebido. Consideramos que é fundamental que os profissionais tenham ao seu dispor instrumentos adequados às características da população destinatária, e que os resultados obtidos através da administração desses instrumentos sejam, efectivamente, o reflexo do nível de funcionamento apresentado pela pessoa avaliada. Neste sentido, e no que se refere ao programa que construímos, falta agora proceder à administração da metodologia construída numa amostra significativa de pessoas com esquizofrenia, se possível, concomitantemente com a aplicação de um instrumento de avaliação de constructos próximos à *readiness* que já esteja validado para a

população portuguesa, de modo a verificar se o programa por nós construído discrimina e identifica com rigor os níveis de *readiness*, isto é, de modo a verificar se os resultados obtidos através da sua administração são, efectivamente, o reflexo do nível de *readiness* sentido e apresentado pela pessoa. Apesar de termos ambicionado no início deste projecto de investigação fazer esta aplicação, constrangimentos de tempo e o facto de termos optado pelo estudo empírico estar centrado na opinião de profissionais, impediram-nos de avançar neste sentido. Consideramos que o programa construído se encontra pronto a testar e muito beneficiaria se fosse aplicado no terreno.

Terminada a apresentação e análise dos resultados, apresentamos de seguida algumas considerações finais sobre o trabalho elaborado.

## CONCLUSÃO

Neste último ponto da tese, cabe-nos rematar apontando os aspectos que remetem para as principais conclusões decorrentes do trabalho efectuado. Esta investigação partiu de dois objectivos: construir uma metodologia de determinação dos níveis de *readiness* das pessoas com doença mental para a integração num projecto de reabilitação e realizar um estudo exploratório com profissionais de saúde mental, para analisar se na opinião deles a metodologia do programa proposto discrimina e identifica com rigor os níveis de *readiness*

A ideia para este trabalho surgiu porque nas últimas décadas tem-se assistido em Portugal a mudanças significativas nas orientações socio-políticas relativas à organização e prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, em particular ao nível da reabilitação e inserção social das pessoas com doença mental. Apesar do evidente interesse que recentemente tem estado associado aos domínios da Reabilitação Psicossocial e do *recovery* e, não somente a nível internacional, mas inclusivamente no nosso país, julgamos de extrema relevância a prossecução de investigações no domínio do desenvolvimento de instrumentos de avaliação, pois constatamos que são ainda evidentes as lacunas a este nível, concretamente de instrumentos aferidos ou construídos para a população portuguesa, na generalidade das áreas, mas de uma forma ainda mais notória na área da *readiness* das pessoas com doença mental para a reabilitação. Neste sentido, e numa altura em que o *recovery* se assume como o novo paradigma da Reabilitação Psicossocial, importa considerar dois aspectos. Por um lado, fazer um esforço de desenvolver práticas nas quais as pessoas com doença mental possam realizar as suas escolhas e tomar decisões sobre os serviços e as actividades que consideram mais adequados no seu processo reabilitação; e por outro lado, perceber e conhecer o seu interesse, o desejo e a motivação da pessoa na sua reabilitação, sem os quais esta dificilmente irá agir para atingir o seu objectivo. Tentamos então dar uma contribuição para este domínio do conhecimento, procurando constituir uma base de trabalho para investigações futuras.

Partindo da metáfora do Homem como construtor competente da sua própria vida, revelando a necessidade e a capacidade da pessoa explorar o meio e de ir para além daquilo que é dado, para encontrar o significado profundo da sua existência, o programa de avaliação da *readiness* por nós construído, com a colaboração de vários profissionais, surge como uma ferramenta de trabalho que procura ir de encontro, acima de tudo, às competências humanas. Estas competências humanas, que se reflectem na capacidade de enfrentar as exigências e condicionantes do seu desenvolvimento (onde se inclui o aparecimento de uma doença mental) e de construir o significado profundo da sua existência, podem ser descritas relacionando-as com os três momentos da vida humana onde este programa assenta: o

passado, o presente e o futuro. O ser humano é responsável em relação à sua própria história e é capaz de se confrontar actualmente com as suas vivências passadas, de as aceitar e com base nelas, projectar-se no futuro. Por outro lado, a pessoa é competente em relação ao futuro pois pode assumir uma postura responsável marcada por um empenho activo e pessoal para com a realidade e a sua transformação. São competências que incluem a abertura à novidade que o futuro trás, a disponibilidade à mudança e a capacidade de elaborar um projecto de vida. Por fim, o ser humano é competente em relação ao presente, ao “aqui e agora”. O presente surge como uma oportunidade de encaminhar a pessoa para a busca de um sentido para a vida.

Os resultados que encontramos no estudo parece-nos encorajadores, nomeadamente o interesse e envolvimento manifestados por profissionais da área na problematização do nosso objecto de estudo e a obtenção de um nível de concordância superior a 90% no questionário *Delphi*, não invalidam a necessidade imperativa de dar continuidade ao processo de validação do programa de avaliação da *readiness* das pessoas com doença mental. Em bom rigor, este aspecto acaba por ser a grande limitação deste estudo. Por contingência de tempo não nos foi possível aplicar a metodologia à população destinatária e proceder à sua validação. Esperamos que seja possível dar continuidade a este trabalho, aplicando no terreno o programa construído.

De um modo geral, podemos reflectir que a metodologia construída para caracterizar a competência de *readiness* parece permitir uma tradução em indicadores quantitativos e a identificação do nível global de *readiness*, sendo um instrumento exequível de apoio na definição de projectos de reabilitação e possibilitando um entendimento mais inteligível e positivo sobre as diferenças individuais relacionadas com o processo de *recovery*. No que respeita à extensão do programa, assinalada por alguns profissionais como um aspecto negativo, consideramos que o que pode ser uma limitação em termos metodológicos, pode constituir-se como uma vantagem em termos da prática de intervenção. Este dilema conduz-nos à questão levantada por Punch (1986 cit. in Ribeiro, 2003), que pergunta em que medida deverá a procura de objectividade substituir o lado humano das pessoas que estudamos, afirmando o mesmo autor que a resposta a esta questão exige necessariamente bom senso e responsabilidade moral. Nesta metodologia de avaliação a opção recaiu, efectivamente, por privilegiar a prática de intervenção e tentar, o mais possível, ir ao encontro dos pressupostos que incorporam a filosofia contemporânea e regulam as boas práticas de reabilitação, baseados nas linhas orientadoras de referência internacional e nos princípios de uma prática baseada na evidência.

Para lá de todas as limitações e críticas relativamente às contribuições deste estudo, parece-nos que os horizontes que se abrem são suficientemente interessantes para nos

convidar a novos desafios. Neste sentido, gostaríamos de avançar o conhecimento neste domínio, especificamente na construção de metodologias de desenvolvimento da competência de *readiness* e na ampliação do estudo desta competência e da dinâmica motivacional para a mudança em todos os agentes do processo reabilitativo. Assim, gostaríamos de incluir desde os familiares aos profissionais de saúde, passando, numa visão ainda mais abrangente, ao nível das orgânicas institucionais, coerente e consistente com os valores e o modelo colaborativo e orientador que programa proposto assenta.

Reabilitar não é recusar a ideia do fracasso, porque o fracasso faz parte. Faz parte da existência das pessoas com doença mental, como faz parte das pessoas sem doença mental. Reabilitar é essencialmente uma procura de novas possibilidades, na relação consigo e com os outros, no lugar, no espaço onde se escolhe viver, com as pessoas com que se escolhe estar. Reabilitar não é apoderarmo-nos das pessoas, mas sim, fundamentalmente, dar-lhes poder. Esperamos que este trabalho vá de encontro a esse horizonte, procurando ajudar a pessoa no seu processo de mudança e potenciando as suas possibilidades de recuperação e inserção social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. (2002). *Cinco ensaios sobre motivação* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Almeida, J. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Alves, F., (1997). Ele não está no seu normal...-A esquizofrenia dita por doentes e seus familiares. *Revista Psiquiatria Clínica*, 18, (3), 239-250.
- Amaro, F. (2005). *Factores sociais e culturais da esquizofrenia*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder. DSM-IV*. 4th ed. Washington, DC: APA.
- Amrhein, P., Miller, W., Yahne, C., Palmer, M. & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 862-878.
- Anthony, W. et al. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. et al. (1990). Understanding the current facts and principles of mental health systems planning. *American Psychologist*, 45 (11), 1249-1252.
- Anthony, W.A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting Some System Level Standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 24 (2), 159-168.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, (2), 273-294.
- Araújo, R. et al. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *J. bras. Psiquiatr*, 57, (1), 57-63.
- Aubin G., Stip E., Gélinas I., Rainville C. & Chapparo C. (2009). Daily Functioning and Information-Processing Skills Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 60, 817 - 822.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S., Moring, J. O'Brien, R., Schofield, & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- BCPR Consulting, Inc. (2001). *Psychiatric rehabilitation practitioner tools: assessing readiness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Behavioral-health-network. *Intensive Psychiatric Rehabilitation Services*, acessado Janeiro 2009 in <http://www.rochestergeneral.org/behavioral-health-network/centers-and-services/psychiatric-rehabilitation-services/intensive-psychiatric-rehabilitation-services/>
- Bellack, A. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (4), 375-391.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bertholet N., Cheng, D., Palfai, T., Samet J. & Saitz, R. (2009). Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? *Addictive Behaviors*, 34, 636-640.
- Burke, B., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 71 (5), 843-861.
- Candilis P.J., Fletcher K.E., Geppert C.M.A., Lidz C.W. & Appelbaum P.S. (2008). A direct comparison of research decision-making capacity: schizophrenia/ schizoaffective, medically ill, and non-ill subjects. *Schizophrenia Research*, 99, 350-358.



- Carvalho, A. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Tese de Doutoramento em Saúde Infantil. Braga: Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Carver, C & Scheier, M. (2002). The hopeful optimist. *Psychological Inquiry*, 13 (4), 288-290.
- Castonguay, L. & Beutler, L. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castro, M. (2007). *Processos de auto-regulação da aprendizagem: impacto de variáveis académicas e sociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Christensen, A., Moran, P., & Wiebe, J.(1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 169-176.
- Cnaan, R. Blankertz, L., Messinger, W. et al. (1990). Experts' Assessment of Psychosocial Rehabilitation Principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (3), 59-73.
- Coelho, M. & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-estar em mulheres submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Coelho, C. & Palha, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cohen, M.R., Anthony, W.A. & Farkas, M.D. (1997). Assessing and developing rehabilitation readiness. *Psychiatric Services*, 48 (5), 644-646.
- Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1992). *Functional assessment training technology*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Farkas, M., Forbess, R., & Cohen, B. (1995). *Psychiatric rehabilitation training technology: rehabilitation readiness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., & Mynks, D. (1993). *Compendium of activities for assessing and developing readiness for rehabilitation services*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cormier, S. & Hackney, H. (2005). *Counseling strategies and interventions* (6<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson Education.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: CEE.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2004). *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment*. Chichester, UK: Wiley.
- Curado, A. (2000). *Profissionalidade dos docentes: que avaliar: resultados de um estudo interativo de delphi*. Lisboa: Estudo de Inovação Educacional – ME.
- Deegan, P. (1988) Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
- Dias, M., Duque, A., Silva., M. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia. *Análise Psicológica*, 22 (3), 463-73.
- DiClemente, C. C. & Velasquez, M.W. (2002). Motivational Interviewing and the stages of change. In W. R. Miller and S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing: preparing people for change*. (2<sup>nd</sup> ed., pp. 217–250). New York: Guilford Press.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 127-133.
- Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20 (2), 379-391.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001). Motivational interviewing: a reply to some helpful commentaries. *Addiction*, 96 (12), 1774-1775.
- Eack, S. & Newhill, C. (2008). An investigation of the relations between student knowledge, personal contact, and attitudes toward individuals with schizophrenia. *Journal of Social Work Education*, 44, 77-95.
- Edem, D. (2003). *Overview of role recovery: a psychosocial rehabilitation approach at the East Coast Forensic Hospital*, acedido em Janeiro 2009 in <http://www.cdha.nshealth.ca/default.aspx?page=DocumentRender&doc.Id=455>
- Elliot, A. & Dweck, C. (Eds.) (2005). *Handbook of competence and motivation*. New York: Guilford Press.

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 19-43). Lisboa: AEIPS Edições.
- Fenton, W., Blyler, C., Heinssen, R. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*, 23, (4), 637-651.
- Ferdinandi, A. D., Yoottanasumpun, M.S., Pollack, S. & Bermanzohn, P. C. (1998). Rehab Rounds: Predicting Rehabilitation Outcome Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 49, 907-909.
- Fisher, D. (2006). *The Empowerment model of Recovery: Finding our voice and having a say*. National Empowerment Center Articles, acedido em Janeiro de 2010 in <http://www.power2u.org/articles.html>
- Forsberg, L., Halldin, J. & Wennberg, P. (2003). Psychometric properties and factor structure of the readiness to change questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*, 38 (3), 276-280.
- Galego, C. & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184.
- Graeber, D., Moyers, T., Griffith, G., Guajardo, E. & Tonigan, S.. (2003) Addictions services: A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39, 189-202.
- Green, M., Kern, R., Braff, D. & Mintz, J. (2000). Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are we Measuring the “Right Stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 119-136.
- Greenley, D., & Jacobson, N. (2001). What is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Grudens-Schuck, N., Allen, B. & Larson, K. (2004). *Focus Group Fundamentals-Methodology Brief*. Iowa: Iowa State University Extension.
- Haynes, R., McDonald, H., Garg, A. & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.
- Herth, K.A. (1990). Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Houston, J. (1998). *Making sense with offenders: personal constructs, therapy and change*. Chichester: John Wiley & Sons
- Huitt, W. (2001). Motivation to learn: An overview. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta, GA: Valdosta State University, acedido em Janeiro 2009 in <http://www.edpsycinteractive.org/col/motivation/motivate.html>
- Huitt, W. (1992). Problem solving and decision making: Consideration of individual differences using the Myers-Briggs Type Indicator. *Journal of Psychological Type*, 24, 33-44.
- IAPSRS (1996). *Principles of Multicultural Psychiatric Rehabilitation Services*. Columbia, MD: IAPSRS.
- Inglendew, D. & Brunning, S. (1999). Personality preventive health behaviour and comparative optimism about health problems. *Journal of health psychology*, 4 (2), 193-207.
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4), 333-341.
- Jandon, R., Belmarker, R., Gattaz, W., Lopez-Ibor, J., Okasha, A., Singh, B., Stein, D., Olie, J., Fleischhacker, W. & Moeller, H. (2008). Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Association pharmacopsychiatry. Schizophr.Res.*, 100, 20-38.
- Jorge-Monteiro, F. & Matias, J. (2007). Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 1, XXV, 111-125.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of human occupation – theory and application* (3rd ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Fogg, L., Braveman, B., Forsyth, K., Kramer, J., & Duncan, E. (2009). A factor analytic study of the Model of Human Occupation Screening Tool of hypothesized variables. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25 ( 2), 127-137.

- Kraus, M., Schäfer, A., Csef H., Scheurlen, M. & Faller, H. (2000). Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 41 (5), 377-84.
- Landeen, J. & Seeman, M. (2000). Exploring hope in individuals with Schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 5, 45-52.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés e Procesos Cognitivos*. Spain: Ed. Martínez Roca.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605-609.
- Lemos, L. (1996). Aspectos de humanização nos hospitais de adultos. Aprendam com a experiência da pediatria! *Acta Médica Portuguesa*, 9, 383-385.
- Lysaker, P., Vohs, J. & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110, 165-172.
- Magão, M. & Leal, I. (2001). A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 3-22.
- Marques, A. (2007). *Modelo integrado de desenvolvimento pessoal: Um modelo de reabilitação psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas*. Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Marques, A., Queirós, C., Rocha, N., Nogueira, T. & Cruz, A. (2006). Integrated Personal Development Model (IPDM) – Methodologies and Outcomes of a Pilot-Program. *Poster scientific communication presented at the IX World Congress of Psychosocial Rehabilitation of the World Association for Psychosocial Rehabilitation*, 12-15 October 2006, Athens, Greece, WAPR.
- Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J. & Rounsaville, B. (2002). Dual diagnosis motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 297-308.
- McConaughy, E., Prochaska, J. & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20, 368-375.
- McFarlane, W. (2002). An overview of psychoeducational multifamily Group treatment. In W. McFarlane (Ed.), *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* (73-103). New York: The Guilford Press.
- McMurrin, M. (2002). *Motivating offenders to change: a guide to enhancing engagement in therapy*. Chichester : John Wiley & Sons.
- McNally, S. & Newman, S. (1999). Objective and Subjective Conceptualizations of Social Support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (4), 309-314.
- Mead, S. & Copeland, M. (2000) What Recovery Means to Us: Consumers' Perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36 (3), 315-328.
- Menezes, I. (1999). *Desenvolvimento Psicológico na Formação Pessoal e Social*. Porto: Edições Asa.
- Miller, J. (1989). Hope-Inspiring strategies of the critically ill. *Applied Nursing Research*, 2(1), 23-29.
- Miller, W. & Heather, N. (1998). *Treating addictive behaviors* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Plenum Press.
- Miller, W. & Johnson, W. (2008). A natural language screening measure for motivation for change. *Addictive Behaviors*, 33, 1177-1182.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). Talking Oneself into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18, (4), 299-308.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140.
- Moyers, T. B. & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions: Support for a potential causal mechanism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 245-251.
- Moyers T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S. & Amrhein, P. C. (2002). Client Language as a Mediator of Motivational Interviewing Efficacy: Where Is the Evidence?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (3), 40-47.
- Moyers, T., Miller, W. & Hendrickson, S. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 590-598.
- Mueser, K. & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363 (9426), 2063-72. Abstract.

- Mueser, K., Corrigan, P., Hilton, D., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S. et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Nakagami E., Xie B., Hoe M. & Brekke J.S. (2008). Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: Testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia Research*, 105, 95-104.
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J (2001). Empowerment in Mental Health in Community: Narratives of Psychiatric Consumer Survivors. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 125-142.
- Norman, R., Malla, A., McLean, T., McIntosh, E., Neufeld, R., Voruganti, P. et al. (2001). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 293-303.
- Nuechterlein, K. & Dawson, M. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Nuechterlein, K., Dawson, M., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K., Snyder, K. et al. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 382, 58-64.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing the perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 378-386.
- Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D, & Ralph, R. (2002). *Mental health recovery? What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors – National Technical Assistance Center.
- Ornelas, J. (2007). Psicologia Comunitária Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 5-11.
- Pereira, M. & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 35-43.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55 (1), 44-55.
- Peterson, C. & Bossio, L. (2001). Optimism and Physical Well-Being. In E. C. Edward (Ed). *Optimism and Pessimism: implications for Theory, Research, and Practice*, (169-188). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pollini R.A., O'Toole T.P., Ford D. & Bigelow G. (2006). Does this patient really want treatment? Factors associated with baseline and evolving readiness for change among hospitalized substance using adults interested in treatment. *Addictive Behaviors*, 31, 1904-1918.
- Pratt, C. et al. (2007). *Psychiatric rehabilitation* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Elsevier.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.
- Ralph, R. O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R. O. Ralph, & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (pp. 131-145). Washington, DC: APA.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2 ed.) Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde e da QV em pessoas com doenças crónicas. In J.L.P. Ribeiro (Ed.). *Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 253-282). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, M. (2003). *Ser família: construção, implementação e avaliação de um programa de educação parental*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Rocha, N. (2007). *Funcionamento psicossocial e qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório*. Monografia. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Rollnick, S., Miller, W. & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour*. New York: Guilford Press.
- Roth, R. (2008). Apathy and the processing of novelty in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98, 232-238.

- Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Rusch, N. & Corrigan, P.W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 23-32.
- Santos, C., Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Scheier M., Matthews K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, R. & Carver, C. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1024-1040.
- Schiff, A. (2004). Recovery and mental illness: analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (3), 212-218.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20 (2), 580-588.
- Silva, I., 2004. *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação de Doutorado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Silva, N. (2005). Motivação e mudança: de Sísifo a Heraclito. *Psilogos-Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 3 (2), 61-66.
- Silva, R. & Tanaka, O. (1999). Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico. *Rev. Esc. Enf. USP*, 33 (3), 207-16.
- Snyder, C. (2002). Hope Theory: rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13 (4), 249-275.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R. Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (4), 570-585.
- Sousa, M. & McIntyre, T. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações da doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Dissertação ao Mestrado de Educação, área de especialização de Educação para a Saúde, Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Sousa, Z. (2006). *Psicoterapia, narrativa e mudança: histórias sobre o processo terapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Swanson, A.J., Pantalon, M.V. & Cohen, K.R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 630-635.
- Tandon R., Nasrallah H. & Keshavan M. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110, 1–23. Abstract.
- Tattan, T. & Creed, F. (2001). Negative Symptoms of Schizophrenia and Compliance with Medication. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (1), 149-155.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? Extra Issue. *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79.
- Treasure, J. (2004). Motivational intervieweing. *Advances in psychiatric treatment*, 10 (5), 331–337.
- Velden, P., Kleber, R., Fournier, M., Grievink, L., Drogendijk, A. & Gersons, B (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and comparison group: a prospective study. *J. of Affective Disorders*, 102 (1), 35-45.
- Wong-Wylie, G., & Jevne, R.F. (1997). Patient hope: Exploring the interactions between physicians and HIV seropositive individuals. *Qualitative Health Research*, 7 (1), 32-56.
- Wu, C. (2001). Facilitating intrinsic motivation in individuals with psychiatric illness: A study on the effectiveness of an occupational therapy intervention. *Occupational Therapy Journal of Research*, 21, 142-167.
- Wu, C, Chen, S.P. & Grossman, J. (2000). Facilitating intrinsic motivational among clients with mental illness who have motivational deficits. *Occup. Therapy in Mental Health*, 16 (1), 1-14.
- Wu, C. & Hwang, M.T. (2000). Evaluating motivational deficits in individuals with mental illness: Chinese General Causality Orientations Scale. *Occupational Therapy International*, 7, 57-77.
- Yanos, P. T., & Moos, R. H. (2007). Determinants of functioning and well-being among persons with schizophrenia: An integrated model. *Clinical Psychology Review*, 27, 58-77.

**ANEXO**  
**Apresentação do Programa de Avaliação da *Readiness***

# **Programa de Avaliação da *Readiness*** **(índice e formulários)**

## **Introdução**

### **I – Fundamentação Teórica**

#### **1. Reabilitação Psicossocial**

##### **1.1. Princípios e Valores**

##### **1.2. Processo**

#### **2. Recovery**

#### **3. Readiness**

##### **3.1. Definição**

##### **3.2. Avaliação**

#### **1. Objectivos**

#### **2. População-Alvo**

#### **3. Momento de aplicação**

#### **4. Características do Programa**

##### **4.1. Fundamentação**

##### **4.2. Estrutura geral do programa**

##### **4.3. Sessões do programa: características temáticas, conceptuais e estruturais**

### **III – Formulários**

### **IV – Questões Orientadoras**

### **V - Referências Bibliográficas**

### **III - Formulários**

Número/Código

Data

Técnico

Falando sobre...

**O que é?  
ESTAR MOTIVADO/  
PREPARADO PARA**

**O que mobiliza  
as pessoas para  
a acção?**

**O que prejudica?**



Número/Código

Data

Técnica

### Questionário

*(perspectivas em relação ao processo de RP, optimismo, esperança)*

Para cada uma das afirmações responda se considera verdadeiro (V) ou falso (F)

A. Estou neste momento aqui porque:

1. Quero fazer algumas mudanças na minha vida
2. Não me sentirei bem comigo próprio se não procurar ajuda
3. O médico e/ou familiares encaminharam-me para aqui
4. Sinto-me responsável pela minha situação, tenho que fazer algo para mudar
5. É importante para mim resolver os meus problemas pessoalmente

B. Se eu integrar um projecto de reabilitação, provavelmente deve-se:

6. À noção de que irei piorar e/ou ter mais problemas se não o fizer
7. À consciência de que irei sentir-me muito mal comigo próprio se não integrar
8. Ao receio de me sentir um falhado se não integrar o projecto de reabilitação
9. Ao facto de eu considerar que esta é a melhor forma de ajudar-me a mim próprio
10. Ao facto de eu sentir que não tenho outra alternativa
11. Ao facto de eu sentir que é para o bem dos meus próprios interesses

C. Avalie cada um dos próximos itens em termos do quanto os considera verdade

12. Estou aqui porque estava e estou sob pressão para vir
13. Não tenho a certeza que este projecto irá resultar comigo
14. Estou confiante que este programa irá resultar comigo
15. Decidi vir porque estou interessado em ser ajudado
16. Não estou convencido de que este projecto irá ajudar-me a mudar alguns aspectos da minha vida
17. Eu quero me relacionar abertamente com os outros
18. Quero partilhar algumas das minhas preocupações e sentimentos com outros
19. Será importante para mim trabalhar com os outros na resolução dos meus problemas
20. Sou responsável por esta escolha

READINESS - PROPOSTA DE PROGRAMA AINDA NÃO VALIDADA (T. Nogueira, 2010)

21. Tenho dúvidas que este programa irá resolver os meus problemas
22. Pretendo me relacionar com outras pessoas que tenham problemas similares
23. Escolhi este projecto porque considero que é uma possibilidade de mudança
24. Não estou muito confiante que neste momento irei obter resultados neste projecto
25. Será um alívio para mim partilhar as minhas preocupações com outros elementos
26. Eu aceito o facto de precisar de ajuda e suporte de outros para lidar com os meus problemas

Número/Código

Data

Técnico

Satisfação com a Vida

<b>Áreas</b>	<b>Aspectos Positivos</b> (pessoas, características físicas do contexto, actividades desenvolvidas)	<b>Aspectos Negativos</b> (pessoas, características físicas do contexto, actividades desenvolvidas)	<b>Balço/Nível de Satisfação</b>	<b>Razões para mudar</b>
<b>Habitação</b>				
<b>Trabalho</b>				
<b>Educação</b>				
<b>Lazer</b>				

READINESS - PROPOSTA DE PROGRAMA AINDA NÃO VALIDADA (T. Nogueira, 2010)

<b>Áreas</b>	<b>Aspectos Positivos</b> (pessoas, características físicas do contexto, actividades desenvolvidas)	<b>Aspectos Negativos</b> (pessoas, características físicas do contexto, actividades desenvolvidas)	<b>Balço/Nível de Satisfação</b>	<b>Razões para mudar</b>
<b>Saúde</b>				
<b>Relações Sociais</b>				
<b>Condição Económica</b>				

**Resumo da Satisfação:**

- Muito insatisfeito   
  Geralmente insatisfeito   
  Nem satisfeito nem insatisfeito   
  Geralmente satisfeito   
  Muito satisfeito

**Identificação das áreas a mudar:**

---



---

Número/Código

Data

Técnico

**Avaliação da Readiness**

**Quero e/ou sinto necessidade de mudar?**

<input type="checkbox"/> <b>Nível 5</b> Desejo e/ou Necessidade urgente	<input type="checkbox"/> Sinto-me muito insatisfeito(a) com a situação actual. Infelicidade e insatisfação generalizada com a situação actual e papéis desempenhados e/ou sinto-me como sendo muito mal sucedido(a).  <input type="checkbox"/> Considero que é necessário mudanças o mais rápido possível.	<p><b>Explicação da Avaliação:</b></p>
<input type="checkbox"/> <b>Nível 4</b> Forte necessidade e/ou desejo	<input type="checkbox"/> Sinto-me geralmente insatisfeito(a) com a situação actual. Alguma evidência de infelicidade e insatisfação e/ou sinto-me como sendo geralmente mal sucedido(a).  <input type="checkbox"/> Considero que há mudanças necessárias a fazer neste momento.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 3</b> Desejo e/ou Necessidade moderada	<input type="checkbox"/> Sinto-me confuso(a) com a situação actual. Os papéis desempenhados não propiciam um prazer positivo e preenchimento significativos e/ou sinto-me ambivalente em relação ao seu sucesso.  <input type="checkbox"/> Sinto que uma mudança é necessária num futuro previsível.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 2</b> Desejo e/ou Necessidade mínima	<input type="checkbox"/> Sinto-me geralmente satisfeito(a), com pouco ou nenhum descontentamento face à situação actual e/ou sinto-me como sendo geralmente bem sucedido(a).  <input type="checkbox"/> Considero que uma mudança venha a ser necessária algum dia.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 1</b> Nenhuma necessidade e/ou desejo	<input type="checkbox"/> Sinto-me muito satisfeito(a) com a situação actual. Senso de realização e satisfação consistentes. Sinto-me como sendo muito bem sucedido(a) no contexto actual.  <input type="checkbox"/> Considero que uma mudança não seja, de todo, necessária.	

Número/Código

Data

Técnico

Descrição do Processo de Mudança

**Benefícios/Prós**

**Custos/Contras**

**Mudo**

**Não Mudo**


Número/Código

Data

Técnico

**Avaliação da Readiness**

**O que implica a mudança?**

<input type="checkbox"/> <b>Nível 5</b>  Noção elevada do processo de mudança	<input type="checkbox"/> Consigo descrever objectivamente o processo de mudança, antevendo os benefícios e custos de mudar e não mudar.  <input type="checkbox"/> Tenho noção das implicações de uma mudança, sou capaz de prever os eventuais obstáculos internos e externos e de reconhecer os recursos necessários à prossecução da mudança.	<b>Explicação da Avaliação:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nível 4</b>  Noção forte do processo de mudança	<input type="checkbox"/> Consigo descrever o processo de mudança, antevendo alguns benefícios e custos de mudar e não mudar.  <input type="checkbox"/> Tenho noção de algumas das implicações de uma mudança, sou capaz de prever os eventuais obstáculos internos e externos e de reconhecer os recursos necessários à prossecução da mudança.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 3</b>  Noção moderada do processo de mudança	<input type="checkbox"/> Descrevo de forma confusa o processo de mudança, tendo dificuldades em antever os benefícios e custos de mudar e não mudar.  <input type="checkbox"/> Sinto-me confuso(a) em relação às implicações de uma mudança, neste momento tenho dificuldades em prever os eventuais obstáculos internos e externos e de reconhecer os recursos necessários à prossecução da mudança.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 2</b>  Noção mínima do processo de mudança	<input type="checkbox"/> Descrevo insatisfatoriamente o processo de mudança, neste momento não consigo especificar os benefícios e custos de mudar e não mudar.  <input type="checkbox"/> Tenho uma noção insuficiente das implicações de uma mudança, neste momento tenho muita dificuldade em prever os eventuais obstáculos internos e externos e de reconhecer os recursos necessários à prossecução da mudança.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 1</b>  Nenhuma noção do processo de mudança	<input type="checkbox"/> Neste momento não consigo descrever o processo de mudança, não antevendo os benefícios e custos de mudar e não mudar.  <input type="checkbox"/> Neste momento não tenho noção das implicações de uma mudança, sou incapaz de prever os eventuais obstáculos internos e externos e de reconhecer os recursos necessários à prossecução da mudança.	

Número/Código

Data

Técnica

Como eu me vejo

<b>Identifique os seus pontos fortes e comportamentos positivos</b>	<b>Comportamentos a manter</b>	<b>Comportamentos a alterar/evitar</b>	<b>Comportamentos a desenvolver</b>



Número/Código

Data

Técnica

Suporte Social

<b>Figuras significativas</b>	<b>Quantidade e Qualidade que considera ter disponível</b>

**Resumo da satisfação:**

- Muito satisfeito     Geralmente satisfeito     Nem satisfeito nem insatisfeito     Geralmente insatisfeito     Muito insatisfeito

Número/Código

Data

Técnica

**Avaliação da Readiness**

**Tenho capacidade para mudar?**

<input type="checkbox"/> <b>Nível 5</b> Elevada percepção de capacidade e confiança	<input type="checkbox"/> Sinto-me com capacidade e confiança muito satisfatórias para mudar; e considero que tenho um bom suporte social (em extensão e grau de envolvimento).	<p><b>Explicação da Avaliação:</b></p>
<input type="checkbox"/> <b>Nível 4</b> Forte percepção de capacidade e confiança	<input type="checkbox"/> Sinto-me com capacidade e confiança satisfatórias para mudar; e considero que tenho algum suporte social envolvido, activo e consistente.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 3</b> Moderada percepção de capacidade e confiança	<input type="checkbox"/> Sinto-me confuso(a) em relação à sua capacidade e confiança para mudar; e considero que tenho algum suporte social envolvido, mas reduzido em grau de envolvimento (ex.: relações esparsas e intermitentes).	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 2</b> Mínima percepção de capacidade e confiança	<input type="checkbox"/> Sinto que neste momento a minha capacidade e confiança são insuficientes para mudar; e que tenho um suporte social mínimo em número ou grau de envolvimento e/ou limitada à família imediata.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 1</b> Nenhuma percepção de capacidade e confiança	<input type="checkbox"/> Sinto que neste momento não tenho capacidade nem confiança para mudar; e que o suporte social é praticamente ausente.	

## CLARIFICAÇÃO DE VALORES

### Ficha de Consulta

<p><b>Autoconfiança</b> Quando eu tenho autoconfiança eu confio nas minhas qualidades naturais: amor, paz, felicidade, pureza e conhecimento</p>	<p><b>Contentamento</b> O contentamento é um estado elevado e de grandeza; de quem está contente, satisfeito, alegre.</p>	<p><b>Tolerância</b> Deixar aos outros a liberdade de exprimirem opiniões diferentes sem nenhuma reacção defensiva ou ofensiva.</p>	<p><b>Introversão</b> Sou voltado para o interior, para dentro de mim, não dou muito nas vistas, não gosto muito de falar, mas posso ser feliz.</p>
<p><b>Despreocupação</b> Ser despreocupado, aqui, significa: não se preocupar; não se afligir com as pressões externas (tempo, acção, amigos, colegas).</p>	<p><b>Cooperação</b> A cooperação é a vontade de trabalhar com os outros; de colaborar.</p>	<p><b>Determinação</b> A determinação significa firmeza e perseverança e dá força a toda e qualquer acção empreendida.</p>	<p><b>Paciência</b> É uma virtude que consiste em aguardar, sem queixa, os resultados das nossas acções.</p>
<p><b>Entusiasmo</b> Demonstração de alegria; é trazer vida a projectos e tarefas, construindo sonhos e ideias.</p>	<p><b>Flexibilidade</b> É ser forte e maleável como a planta que se verga para não partir e assim cresce e se torna mais forte.</p>	<p><b>Optimismo</b> Qualidade do que é positivo, isto é, pensa que tudo vai dar certo, tem esperança, confia em si e nas circunstâncias.</p>	<p><b>Desprendimento</b> Com desapego posso ficar por cima das circunstâncias externas; fico livre das influências e contrariedades externas.</p>
<p><b>Benevolência</b> É ser bondoso para com todos; é realizar com o coração cheio de amor e de compreensão.</p>	<p><b>Integridade</b> As minhas acções reflectem o que eu mais valorizo. Eu sou o mesmo por dentro e por fora. Não engano.</p>	<p><b>Introspecção</b> Eu volto-me para dentro de mim mesmo e analiso o meu mundo interior, acções e pensamentos, à luz da minha consciência.</p>	<p><b>Entendimento</b> Eu vejo para além das aparências, para além das palavras, procurando o significado que está escondido por baixo.</p>
<p><b>Serenidade</b> É estar em paz. É ter consciência do que temos de realizar, organizar o nosso trabalho e confiar no amanhã.</p>	<p><b>Disciplina</b> Uma vida ordenada, nos pensamentos e nas interacções, é uma garantia contra as armadilhas da vida. É uma expressão de respeito por mim, atenua as dificuldades e conduz-me à liberdade.</p>	<p><b>Generosidade</b> O meu coração está cheio de amor, sempre fluindo com bons pensamentos e sentimentos para todos. Sigo o meu instinto espontâneo e sou feliz.</p>	<p><b>Leveza</b> Eu sou livre e simples. Ajo de acordo com a minha consciência e sinto-me bem comigo mesmo. Sinto-me leve.</p>

<p><b>Autenticidade</b></p> <p>Sou real e tenho carácter. Enfrento os obstáculos e dificuldades, movendo-me através da vida com dignidade e grandeza.</p>	<p><b>Respeito</b></p> <p>Conhecendo o valor do outro, eu respeito-o por aquilo que ele é e por aquilo que conseguiu alcançar. Dou-lhe o direito de viver de acordo com os seus valores.</p>	<p><b>Estabilidade</b></p> <p>No meio da turbulência de situações inesperadas, os inexplicáveis comportamentos sem razão, quando tudo está contra mim, eu permaneço calmo seguro de que a verdade vencerá.</p>	<p><b>Doçura</b></p> <p>Qualidade do que é meigo, calmo, gentil, amoroso e adorável.</p>
<p><b>Sabedoria</b></p> <p>Eu actuo somente depois de observar, ouvir e pensar. Sou prudente.</p> <p>Faço aos outros o que gostaria que me fizessem, isto é, agir com rectidão.</p>	<p><b>Maturidade</b></p> <p>Pleno desenvolvimento de quem não se deixa afectar por surpresas ou por situações difíceis. Conhece a vida e sabe cuidar de si e dos outros.</p>	<p><b>Calma</b></p> <p>Eu fico estável no meio da complexidade e seguro em tempos de dificuldade.</p>	<p><b>Paz</b></p> <p>Grande calma e tranquilidade; silêncio; boa harmonia; sossego; conciliação.</p>
<p><b>Simplicidade</b></p> <p>Sou simples, natural e honesto, assim como as minhas acções. Esta virtude possibilita-me transformar grandes problemas em pequenos e ir directo à essência de qualquer questão.</p>	<p><b>Humildade</b></p> <p>Eu sou aquele que respeita a vida, a experiência e a sabedoria. Com humildade ganho o coração de todos e a possibilidade de trilhar um caminho de estabilidade, amizade e amor.</p>	<p><b>Jovialidade</b></p> <p>A alegria e o bom humor mantêm-me sempre leve e flexível. A jovialidade traz ânimo aos outros e pode transformar um rosto triste num sorriso de satisfação.</p>	<p><b>Misericórdia</b></p> <p>Eu sou tolerante e sei perdoar os erros dos outros, pois também gosto que me perdoem.</p>
<p><b>Precisão</b></p> <p>As minhas palavras, acções e pensamentos são apropriados a cada circunstância. Pontualidade, regularidade, autocontrolo são características desta virtude.</p>	<p><b>Coragem</b></p> <p>Fazendo face às dificuldades eu avalio a situação: possíveis saídas e suas consequências; faço a minha opção e mantenho-me firme, dominando o medo.</p>	<p><b>Honestidade</b></p> <p>Aquele que é honesto é feliz, pois as pessoas confiam nele e gostam da sua companhia.</p>	<p><b>Liberdade</b></p> <p>Poder escolher, agir e falar de acordo com a sua vontade.</p> <p>A liberdade é um direito que se conquista na medida da nossa responsabilidade.</p>
<p><b>Amor</b></p> <p>O amor dá significado às nossas relações, gera bons sentimentos e promove a cooperação, o respeito e a tolerância.</p>	<p><b>Limpeza</b></p> <p>A limpeza é importante para a saúde física e mental e para uma relação harmoniosa com as pessoas e a natureza.</p>	<p><b>Responsabilidade</b></p> <p>A responsabilidade é uma expressão de interesse, como a habilidade de tomar conta de si mesmo e de responder pelos seus actos.</p>	<p><b>União</b></p> <p>Para haver união é necessário partilhar, concordar e realizar uma mesma tarefa. Praticar a união é dissolver mal entendidos.</p>

**Outros Valores:**

- Amizade
- Aprendizagem
- Autonomia
- Auto-desenvolvimento
- Competição
- Compreensão
- Criatividade
- Dinamismo (sem monotonia)
- Igualdade
- Independência
- Liberdade
- Liderança
- Reconhecimento
- Segurança, ...

Número/Código

Data

Técnica

Ficha dos Reconhecimentos

<b>Interesses e sua relação com os objectivos</b>	<b>Valores e sua relação com a Prosecução de objectivos</b>	<b>Expectativas</b>
		<b>- Ideais</b>  <b>- Reais</b>  <b>- Mínimas</b>

Valores orientadores das decisões

Para cada uma das situações a seguir apresentadas, responda à pergunta que lhe é colocada, reflectindo nos valores subjacentes à sua decisão e opinião, considerando que não existem respostas certas ou erradas.

1. Finalizou o trabalho que lhe tinha sido atribuído e não sabe o que fazer nos 25 minutos que faltam para a pausa de almoço. Gostaria de ir lá fora fumar um cigarro até ao início da pausa “oficial”. O que faria?

---

---

2. Trabalha ao lado de um aparelho muito ruidoso e fica tão perturbado pelo barulho a ponto de não conseguir concentrar-se no trabalho. Esta situação tem, além disso, provocado uma diminuição do seu desempenho laboral. Os seus colegas não parecem igualmente incomodados: notou efectivamente que estes conseguem facilmente desenvolver as tarefas que lhes foram atribuídas. O que sente? Como reagiria?

---

---

3. O seu superior atribui-lhe uma tarefa que não é muito clara para si. Quando este lhe perguntou se tinha compreendido tudo, respondeu afirmativamente porque temia fazer má figura. A um certo ponto apercebe-se de não saber mais como deve proceder com o trabalho. O que faria?

---

---

4. Está no período experimental e é a terceira vez que não acorda a tempo. Não sabe se a empresa tomará medidas e durante o trajecto para o trabalho pergunta-se se não será melhor não ir, inventando uma desculpa ou até declarando que tem uma doença mental. Que decisão tomaria?

---

---

5. O João tem de estar na escola às 9:30 da manhã. Ele tem de sair de casa às 8:30 para apanhar o autocarro que demora 40 minutos a chegar ao local de ensino. Depois de sair do autocarro o João costuma ir ver as novidades dos discos e CD's à loja de música. O João gosta muito de música e a única oportunidade que tem para se actualizar é de manhã antes de ir para as aulas, para além de indo à loja ele acaba por sentir-se mais desperto para participar nas aulas.

Um dia o João saiu de casa às 8:50 e foi apanhar o autocarro para a escola. Como de costume, foi à loja de discos e chega às aulas às 9:50. Concorda ou não com esta decisão do João e porquê?

---

---

6. Um colega seu muito simpático pede-lhe hoje, pela 3<sup>a</sup> vez, um cigarro. Nos últimos tempos já lhe ofereceu, no total, um maço inteiro de cigarros sem, aliás, lhe ter pedido nenhum em retorno. Não sabe se lhe há-de dar ou não. O que faria?

---

---

7. Tem um convite para ir passar uns dias a casa de um amigo. Você não conhece os pais e o irmão desse amigo e não está habituado a dormir fora de casa. Aceitaria ou não o convite? Porquê?

---

---

8. A Maria tem 5euros para almoçar todos os dias porque não tem tempo para ir a casa. Um dia, o pai dá-lhe 10 euros para o próprio dia e para o dia seguinte porque não vai estar em casa nesses dois dias. A Maria fica com os 10euros para almoçar nos dois dias e depois de gastar os 5euros no almoço decide comprar uns brincos gastando mais 4,50euros euros. No dia seguinte repara que não tem dinheiro para almoçar, nem o pai está cá para lhe emprestar. O que aconteceu? O que é que ela pode fazer?

---

---

9. Henrique é um jovem de 24 anos, que gosta de se divertir com os amigos. Um dia combinou uma ida ao cinema do Arrábida com 3 amigos às 21:30. Como tinha de procurar umas coisas no shopping, teria que ir mais cedo para lá pelo que ficou de comprar os bilhetes para todos antes que a lotação para o filme esgotasse. Às 21:45 os seus amigos ainda não tinham chegado.... Se estivesse no lugar do Henrique que sentimentos, pensamentos e atitudes considera que teria? E se estivesse no lugar dos amigos?

---

---

10. O Hugo ontem telefonou a um amigo seu, o Alberto, para se encontrarem para conversar. Combinaram encontrar-se hoje às 16h no Centro Comercial. São 15h e o Hugo não se sente com muita disposição para sair porque hoje acordou mal disposto. A essa hora o Alberto já saiu de casa e encontra-se a caminho do ponto de encontro. Se esta situação que aconteceu ao Hugo acontecesse consigo em que é que pensaria até tomar a decisão?

---

---

11. A Joana frequenta o ginásio e sempre que vai o pai dá-lhe boleia já que o ginásio fica no seu caminho. Entretanto o pai mudou os seus horários de trabalho impossibilitando de continuar de dar boleia à Joana até ao ginásio. Esta situação já provocou algumas discussões entre os dois porque embora a Joana queira melhorar a sua condição física não quer andar de transportes públicos. A Joana pondera desistir do ginásio. O que lhe diria?

---

---

12. O Bruno está na sala de convívio da Associação recreativa do seu bairro, porque vai começar a participar nas sessões de Expressão Plástica. Enquanto espera o início da primeira sessão, repara que só conhece as pessoas de vista e mantém-se sentado no seu lugar. O Bruno gostaria de conversar com alguém mas nem está a conseguir iniciar a conversar, nem ninguém se dirigiu a ele. Se estivesse no lugar do Bruno, o que faria?

---

---



13. Já há meia hora que os pais da Cristina lhe dizem para sair da cama, se arrancar e para arrumar o quarto. A Cristina responde sempre que já vai e nem se mexe. Os pais estão a ficar saturados porque todos os dias a Cristina fica deitada até muito tarde, alegando que é doente ou que está deprimida. Sempre que tem algo aprazível para fazer, ex. ida ao shopping com uma amiga, não demonstra qualquer resistência para sair da cama. Se estivesse no lugar dos pais, que estratégias adoptaria?

---

---

Número/Código

Data

Técnica

**Avaliação da Readiness**

**O que é importante para mim neste momento?**

<input type="checkbox"/> <b>Nível 5</b> Elevado conhecimento e coerência ao nível da sua projecção no futuro	<input type="checkbox"/> Consigo descrever espontaneamente interesses, valores e expectativas. <input type="checkbox"/> Consigo estabelecer prioridades realistas e planos coerentes, concisos e integrados	<p><b>Explicação da Avaliação:</b></p>
<input type="checkbox"/> <b>Nível 4</b> Forte conhecimento e coerência ao nível da sua projecção no futuro	<input type="checkbox"/> Consigo descrever uma variedade de interesses, valores e expectativas. <input type="checkbox"/> Consigo estabelecer prioridades realistas e planos concisos, mas com pouca coerência e integração	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 3</b> Moderado conhecimento e coerência ao nível da sua projecção no futuro	<input type="checkbox"/> Descrevo interesses, valores e expectativas quando questionado. <input type="checkbox"/> Estabeleço prioridades e planos, mas eles são vagos, pouco integrados uns nos outros	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 2</b> Mínimo conhecimento e coerência ao nível da sua projecção no futuro	<input type="checkbox"/> Descrevo interesses, valores e expectativas quando questionado com muita dificuldade. <input type="checkbox"/> Estabeleço alguns planos e prioridades, mas eles são um pouco incoerentes ou de pouca consequência para a minha vida.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 1</b> Nenhum conhecimento e coerência ao nível da sua projecção no futuro	<input type="checkbox"/> Neste momento não consigo descrever interesses, valores e expectativas. <input type="checkbox"/> Neste momento não consigo estabelecer prioridades, não tenho curiosidade, interesse ou planos.	

Número/Código

Data

Técnica

### Questionário

*(perspectivas em relação ao processo de Reabilitação Psicossocial, optimismo, esperança)*

Para cada uma das afirmações responda se considera verdadeiro (V) ou falso (F)

A. Estou neste momento aqui porque:

1. Quero fazer algumas mudanças na minha vida
2. Não me sentirei bem comigo próprio se não procurar ajuda
3. O médico e/ou familiares encaminharam-me para aqui
4. Sinto-me responsável pela minha situação, tenho que fazer algo para mudar
5. É importante para mim resolver os meus problemas pessoalmente

B. Se eu integrar um projecto de reabilitação, provavelmente deve-se:

6. À noção de que irei piorar e/ou ter mais problemas se não o fizer
7. À consciência de que irei sentir-me muito mal comigo próprio se não integrar
8. Ao receio de me sentir um falhado se não integrar o projecto de reabilitação
9. Ao facto de eu considerar que esta é a melhor forma de ajudar-me a mim próprio
10. Ao facto de eu sentir que não tenho outra alternativa
11. Ao facto de eu sentir que é para o bem dos meus próprios interesses

C. Avalie cada um dos próximos itens em termos do quanto os considera verdade

12. Estou aqui porque estava e estou sob pressão para vir
13. Não tenho a certeza que este projecto irá resultar comigo
14. Estou confiante que este programa irá resultar comigo
15. Decidi vir porque estou interessado em ser ajudado
16. Não estou convencido de que este projecto irá ajudar-me a mudar alguns aspectos da minha vida
17. Eu quero me relacionar abertamente com os outros
18. Quero partilhar algumas das minhas preocupações e sentimentos com outros
19. Será importante para mim trabalhar com os outros na resolução dos meus problemas
20. Sou responsável por esta escolha

READINESS - PROPOSTA DE PROGRAMA AINDA NÃO VALIDADA (T. Nogueira, 2010)

21. Tenho dúvidas que este programa irá resolver os meus problemas
22. Pretendo me relacionar com outras pessoas que tenham problemas similares
23. Escolhi este projecto porque considero que é uma possibilidade de mudança
24. Não estou muito confiante que neste momento irei obter resultados neste projecto
25. Será um alívio para mim partilhar as minhas preocupações com outros elementos
26. Eu aceito o facto de precisar de ajuda e suporte de outros para lidar com os meus problemas

Número/Código

Data

Técnica

**Avaliação da Readiness**

**O que sinto em relação ao processo de reabilitação?**

<input type="checkbox"/> <b>Nível 5</b> Elevada crença no potencial de recuperação e emoções positivas em relação ao processo	<input type="checkbox"/> Tenho muita esperança e acredito que vou alcançar determinadas mudanças na minha vida; acredito que o projecto me pode ajudar no processo de recovery.	<b>Explicação da Avaliação:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nível 4</b> Forte crença no potencial de recuperação e emoções positivas em relação ao processo	<input type="checkbox"/> Tenho alguma esperança e acredito que vou alcançar algumas mudanças na minha vida; acredito que o projecto me pode ajudar de alguma maneira no processo de recovery.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 3</b> Moderada crença no potencial de recuperação e emoções positivas em relação ao processo	<input type="checkbox"/> Tenho dúvidas se vou alcançar determinadas mudanças na minha vida; estou ambivalente que um projecto de reabilitação me possa ajudar no processo de recovery.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 2</b> Crença no potencial de recuperação e emoções positivas em relação ao processo mínimas	<input type="checkbox"/> Neste momento tenho pouca esperança de alcançar determinadas mudanças na minha vida; estou descrente que um projecto de reabilitação me possa ajudar no processo de recovery.	
<input type="checkbox"/> <b>Nível 1</b> Nenhuma crença no potencial de recuperação e ausência de emoções positivas em relação ao processo	<input type="checkbox"/> Neste momento não tenho esperança de que vá alcançar alguma mudança na minha vida; nem acredito que um projecto de reabilitação me possa ajudar no processo de recovery.	

Número/Código

Data

Técnica

**Avaliação da Readiness  
Gráfico**

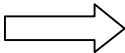
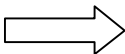
Elevado 5					
4					
3					
2					
1 Baixo					
	<b>Quero e/ou sinto necessidade de mudar?</b>	<b>O que implica a mudança?</b>	<b>Tenho capacidade para mudar?</b>	<b>O que é importante para mim neste momento?</b>	<b>O que sinto em relação ao processo de reabilitação?</b>
<b>Conclusões</b>					
<i>Preparado</i>					
<i>Inseguro</i>					
<i>Não Preparado</i>					
<b>Conclusão Global:</b>					

Número/Código

Data

Técnica

**Avaliação da Readiness  
Ficha de trabalho sobre a Definição de uma Direcção**

<b>Direcção a Prosseguir:</b>	<b>Futuras actividades:</b> (Verifique tudo o que se aplica)
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento da competência de Readiness 	Áreas específicas que poderão ser potenciadas: <input type="checkbox"/> Aumento do conhecimento sobre o processo de reabilitação <input type="checkbox"/> Desenvolvimento do auto-conhecimento e auto-conceito <input type="checkbox"/> Aumento do conhecimento sobre os recursos naturais de suporte
<input type="checkbox"/> Definição de um projecto individual de RP 	<input type="checkbox"/> Definição de um objectivo de reabilitação <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Reabilitação Realização de uma Avaliação Funcional Realização de uma Avaliação de Recursos
<b>Explicação da direcção a prosseguir:</b>	