

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem



Dissertação

Habilidades de vida independente de usuários da rede de
atenção psicossocial do Rio Grande do Sul

Cândida Garcia Sinott Silveira Rodrigues

Pelotas, 2012

CÂNDIDA GARCIA SINOTT SILVEIRA RODRIGUES

**Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção
psicossocial do Rio Grande do Sul**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde / Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2012.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R696h Rodrigues, Cândida Garcia Sinott Silveira
Habilidades de vida independente de usuário da rede de atenção
psicossocial do Rio Grande do Sul / Cândida Garcia Sinott Silveira
Rodrigues. Pelotas, 2012.
152 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012. Orientação:
Vanda Maria da Rosa Jardim.

1. Enfermagem. 2. Reabilitação psicossocial. 3. Saúde mental. 4.
Atividades cotidianas. I.Título.

CDD: 610.73

Folha de aprovação

Cândida Garcia Sinott Silveira Rodrigues

Habilidades de Vida Independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde

Aprovado em: _____ de _____ de _____

Banca examinadora

Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim UFPel.....

Prof^a. Dr^a Luciane Prado Kantorski UFPel.....

Prof^a. Dr^a Miriam Guterres Dias UFRGS.....

Prof^a. Dr^a Valéria Cristina Cristhelo Coimbra UFPel.....

Prof^a. Dr^a Elaine Thumé – UFPel.....

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por ter me iluminado e ter me dado forças para lutar nessa caminhada.

Aos meus pais pela vida e pelo amor. Obrigada por não questionarem minhas escolhas e me darem suporte para a conclusão em mais essa jornada sempre me guiando para o caminho do sucesso. Amo vocês!

Ao meu marido Diego pelo incentivo, pelo carinho, pela compreensão e por acreditar em mim. Eu te amo!

Aos meus irmãos Honório e Guilherme, eu amo muito vocês! Cada um é especial demais para mim!

A Sophia pela companhia durante os meus estudos em casa.

A minha querida orientadora Prof^a. Vanda Jardim, pela paciência, cumplicidade, amizade e afeto em cada momento de minha vida durante a realização do mestrado. A senhora é um grande exemplo de professora, orientadora e enfermeira. Obrigada por todos os momentos e ensinamentos compartilhados. Tenho um carinho muito grande pela senhora!

As professoras e amigas Luciane Kantorski e Valéria Coimbra, você são um grandes exemplos de competência, dedicação, comprometimento profissional e sabedoria.

A amiga e Prof^a Beatriz Franchini agradeço pelo apoio e amizade.

Aos amigos Milena Antonacci e Jandro Cortes pela companhia, amizade e cumplicidade nestes anos de convivência. Vocês são muito especiais para mim.

A toda equipe REDESUL e Grupo de Pesquisa de Saúde Mental, os quais contribuíram para a realização deste estudo. Obrigada pelos momentos de discussão e aprendizado, vocês contribuíram significativamente em minha trajetória acadêmica.

A todos os professores e funcionários FEN-UFPEL em especial a minha amiga Fabiane Luiz por todo incentivo durante o mestrado.

Aos professores da Banca de Qualificação e de Defesa desse trabalho: Luciane Kantorski, Miriam Dias, Michele Mandagará de Oliveira, Valéria Coimbra e Elaine Thumé. Obrigada por terem contribuído e enriquecido a construção desse estudo.

Ao CNPq e Ministério da Saúde pelo financiamento da Pesquisa REDESUL, a qual este estudo faz parte.

A todos aqueles que participaram de alguma maneira para que eu conquistasse essa vitória e a todos os meus colegas de turma! Muito obrigado!

E, em especial, aos usuários dos CAPS e moradores do SRT”s da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. Muito obrigada pela disponibilidade na participação do REDESUL.

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 2002).”

Resumo

RODRIGUES, Cândida Garcia Sinott Silveira. **Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul**. . 2012. 148f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

A reabilitação psicossocial se insere no contexto da Reforma Psiquiátrica visando facilitar a vida das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes na medida em que proporciona oportunidades de recuperação e minimiza efeitos desabilitantes da cronificação através do desenvolvimento de estratégias que promovem a reinserção social e o resgate de habilidades na busca da promoção de uma vida com maior independência. Desta forma, avaliar fatores associados ao funcionamento social de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul torna-se relevante na contribuição de práticas reabilitadoras. Trata-se de um estudo transversal de abordagem epidemiológica, com amostra de 392 usuários da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. Foram analisadas as associações de dificuldades no desempenho do funcionamento social medidos por ILSS-BR em relação às características sociodemográficas; necessidades em saúde; suporte social e familiar e características do cuidado em saúde mental. As análises foram realizadas no STATA e forneceram dados sobre a prevalência do desfecho e *odds ratio* bruto e ajustado. Entre os resultados encontrados observou-se que dificuldades no funcionamento social foram associadas às variáveis: sexo masculino; sem companheiro, ausência de suporte familiar e social, frequência inferior há um ano no serviço, dificuldades em marcar atendimento na saúde mental e presença de crises psiquiátricas no último ano. Neste sentido, identificação de variáveis que dificultam o funcionamento social de pessoas em sofrimento psíquico é relevante para pensarmos em estratégias de intervenções que considerem a subjetividade de cada

pessoa e que incorporem ao cuidado responsabilização no sentido de tecer novas possibilidades e potencialidades para a vida.

Descritores: Saúde Mental, atividades cotidianas, reabilitação, escalas de graduação psiquiátrica, ILSS.

Abstract

RODRIGUES, Cândida Garcia Sinott Silveira. **Independent living skills of users of the psychosocial attention network in Rio Grande do Sul.** 2012. 148f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

Psychosocial rehabilitation is in the context of psychiatric reform to facilitate the lives of people with severe and persistent mental disorders in that it provides opportunities for recovery and minimizes effects of chronic disabling by developing strategies that promote the social rehabilitation and rescue skills in order to promote a life with greater Independence. Thus, to evaluate factors associated with social functioning of users and Therapeutic Residential Services Psychosocial Care Centers of Rio Grande do Sul is relevant in the contribution of rehabilitation practices. This is a cross-sectional study of the epidemiological approach, with a sample of 392 users of the Network of Psychosocial Care of Rio Grande do Sul were analyzed associations of difficulty in carrying out social functioning measured by ILSS-BR in terms of sociodemographic characteristics, needs health, social support and family characteristics of mental health care. Analyses were performed in STATA and reported the outcome prevalence crude and adjusted odds ratios. Among the results showed that difficulties in social functioning were associated with variables: male, without a partner, lack of family functioning were associated with variables: male, without a partner, lack of family support, often less than a year ago at work, difficulties in scoring in mental health care and presence of psychiatric crises in the last year. In this sense, identification of factors that hinder the social functioning of people in psychological distress is relevant to think of intervention strategies that consider the subjectivity of each person and the care that incorporate accountability in order to weave new possibilities and potential for life.

Keywords: Mental Health, Rehabilitation, Activities of Daily Living, Psychiatric Status Rating Scales, ILSS

Lista de figuras

Figura 1: Modelo Teórico para estudo das habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial.....	26
---	----

Sumário

I Projeto de pesquisa.....	11
II Relatório de Campo.....	92
III Artigo I.....	97
IV Artigo II.....	113
V Artigo III.....	127

I

Projeto de Pesquisa

CÂNDIDA GARCIA SINOTT SILVEIRA RODRIGUES

**Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção
psicossocial do Rio Grande do Sul**

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2012

Lista de Abreviaturas

AVAD – Anos de vida ajustados por incapacidade

AVI – Anos vividos com incapacidade

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ILSS – Inventário de Habilidades de Vida Independente

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

REDESUL – Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras na composição de redes de atenção psicossocial

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

Sumário

1.	Introdução/.....	15
2.	Objetivos.....	20
2.1.	Objetivo geral.....	20
2.2.	Objetivos específicos.....	20
3.	Pressuposto/hipótese.....	21
4.	Modelo teórico.....	23
5.	Referencial teórico.....	26
5.1.	A loucura nos séculos e a Reforma Psiquiátrica.....	26
5.2.	Reabilitação psicossocial.....	34
5.3.	Habilidade de vida independente- revisão sistematizada.....	38
6.	Metodologia.....	50
6.1.	Tipo de estudo e delineamento.....	50
6.2.	Desfecho e sua medida.....	50
6.3.	Variáveis independentes.....	51
6.4.	Princípios éticos.....	53
6.5.	Análise dos dados.....	54
7.	Cronograma.....	56
7.1	Recursos Humanos	56
7.2	Recursos Materiais e Planos de despesas	56
	Referências.....	58
	Apêndice.....	64
	Anexos	67

1 Introdução

Os transtornos mentais e comportamentais são comuns em todos os países e causam um grande sofrimento individual e social, atingindo 450 milhões de pessoas no mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde estimam que aproximadamente 25% das pessoas desenvolvem uma ou mais desordem mental em algum momento da vida o que representa 12% da carga mundial de doenças, e que embora com o impacto causado por esses transtornos à maioria dos países dispendem menos de 1% de seus gastos com saúde para a saúde mental. Nesse contexto, apenas uma pequena minoria das pessoas acometidas por transtornos mentais recebem algum tipo de tratamento. Cerca de 40% dos países não desenvolvem políticas de saúde mental e mais de 90% não tem políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. (WHO,2001)

As doenças mentais sofrem um incremento decorrente do aumento da expectativa de vida e afetam e são afetadas por condições crônicas como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, entre outros. O impacto dos transtornos neuropsiquiátricos, medido por AVAD (anos de vida ajustados por incapacidade) representa 13,8% e quando consideramos em um mesmo grupo as doenças mentais chega-se a atingir 33% dos anos de vida ajustados por incapacidade, constituindo-se em quatro das seis principais causas (WHO,2001).

Na análise dos dados da Organização Mundial de Saúde sobre as maiores causas de incapacitação no mundo, verifica-se que entre as dez maiores causas de anos vividos com incapacidade (AVI), em âmbito mundial, cinco ocorrem em razão dos transtornos psiquiátricos. Esses transtornos exercem impacto significativo sobre a vida social, que inclui, dentre outros aspectos: os encargos econômicos e psicossociais, familiares e individuais, as rupturas e desorganização das rotinas

cotidianas e de trabalho, as perdas de produtividade, os gastos específicos ligados ao tratamento, além de outros de difícil especificação como os ligados à qualidade de vida, à discriminação, ao estigma e às oportunidades perdidas, nos campos das relações sociais, trabalho e lazer. (OMS,2001)

No século XVIII, as pessoas portadoras de doença mental eram tratadas em instituições, que tinham como princípio terapêutico o isolamento, essas pessoas eram afastadas da família, amigos e comunidade na qual viviam, ficavam dentro das instituições isoladas sobre a rigidez das regras, as excessivas medidas de segurança e a hegemonia médica. Essas pessoas recebiam um tratamento baseado em um modelo hospitalocêntrico e médico centrado (WILLRICH e KANTORSKI, 2008).

Porém esse modelo hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental começou a ser criticado a partir da década de 80, quando as práticas de violência e exclusão tornaram-se evidentes. Em meados dos anos 80 com a influência da psiquiatria italiana e o final da ditadura no Brasil se abriu espaço para novas formas de intervenção nesta área. A proposta sanitarista em saúde mental, que visava tirar os doentes mentais da cidade ou limpá-la dos loucos foi cedendo lugar à idéia de desinstitucionalização (PELISOLI; MOREIRA, 2005).

No Brasil, mesmo frente a uma tradição institucionalizante que contribui para o estigma e isolamento sociais do portador de transtorno mental, a partir da década de oitenta o movimento da reforma psiquiátrica, resultado do acúmulo de vários movimentos e correntes teóricas se institui na defesa de uma atenção em saúde articulada à perspectiva de integralidade e cidadania (REDESUL, 2008)

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do portador de sofrimento psíquico, e em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos e implica em transformar saberes e práticas em relação à loucura, impulsionando a desinstitucionalização e promovendo auxílio de reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra- hospitalares de atenção em saúde mental (WETZEL, KANTORSKI, 2004; BRASIL, 2004).

Esse processo procura superar a crença de que o hospital psiquiátrico é o único local viável para tratar o louco, e propõe através dos serviços substitutivos

respeitar e ampliar os direitos dos portadores de transtornos mentais, buscando sua reintegração social e familiar, assim como resgatar a sua dignidade humana e seus direitos a cidadania.

No Brasil, o Rio Grande do Sul, foi pioneiro nesse processo, através da lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992., e em 2001 foi sancionada a lei federal nº 10.216, oficializando o modelo de atenção psicossocial em todo país sendo outro marco importante no arcabouço legal, a portaria GM 336/02 que regulamenta o CAPS, definindo suas práticas, modo de assistência e território de atuação. (BRASIL, 2004).

Os serviços substitutivos têm por objetivo oferecer às pessoas portadoras de sofrimento psíquico um tratamento que alia o acompanhamento clínico e os cuidados de reinserção social de seus usuários por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, pelo exercício dos direitos civis, bem como pela construção ou reconstrução dos laços comunitários e familiares (BRASIL, 2004).

Porém esses serviços serão substitutivos ao modelo manicomial se a essência de suas práticas se encaminharem em sentidos opostos, ou seja, se nas suas práticas de atendimento diário forem dispensadas ações diferentes das dispensadas no hospital psiquiátrico, rompendo com o paradigma manicomial de atenção e consolidando o modelo psicossocial. (COSTA- ROSA, 2001).

Atualmente pode-se considerar que a Reforma Psiquiátrica já avançou significativamente com a consolidação dos serviços substitutivos e com o avanço na expansão da rede de saúde mental. Os dados do relatório do Ministério da Saúde sobre a gestão em saúde mental 2007-2010 nos mostram que temos 1620 (mil seiscentos e vinte) CAPS e 570 (quinhentos e setenta) SRT, além de 3635 (três mil seiscentos e trinta e cinco) usuários atendidos pelo Programa de Volta para Casa. Outro fator importante nesse processo foi à redução nos últimos anos do número de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos, ao todo são fechados aproximadamente 1700 (mil e setecentos) leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos ao ano, o ano de 2010 encerrou com 32.735 (trinta e dois mil setecentos e trinta e cinco) leitos em hospitais psiquiátricos, demonstrando uma redução de 6.832 (seis mil oitocentos e trinta e dois) leitos em quatro anos. Em substituição a esse processo de reestruturação da assistência hospitalar em psiquiatria, nos últimos quatro anos foram realizadas ações que visam à implantação e qualificação de leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e estímulo ao

aprofundamento da articulação entre os CAPS, as Emergências e os leitos de atenção integral, porém a expansão do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais foi ainda muito pequena, o ano de 2010 encerrou 3.371 (três mil trezentos e setenta e um) leitos em psiquiatria em hospital geral (BRASIL, 2011).

No Rio Grande do Sul a cobertura de CAPS é considerada muito boa (0,84 CAPS/100.000 habitantes) segundo parâmetros estabelecidos pela coordenação de saúde mental (acima de 0,70), em 2009 havia 199 beneficiados com o Programa de Volta pra Casa e o número de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos era de 810 (oitocentos e dez) e de leitos em hospitais gerais é de 637 (seiscentos e trinta e sete) Sendo assim, esses números comparados aos de décadas passadas indicam mudanças importantes a partir da consolidação das legislações em saúde mental e das conquistas da reforma psiquiátrica (BRASIL,2009).

Estes dados permitem observar os avanços da Reforma Psiquiátrica e seus movimentos a se contrapor ao modo asilar, porém com esses serviços implantados o desafio agora está na efetividade das ações em saúde mental na construção da reabilitação psicossocial dos usuários e na desmistificação da loucura na sociedade.

O portador de transtorno psíquico geralmente sofre rupturas em relação ao trabalho e a sociabilidade e está entre as populações mais excluídas socialmente. Em um estudo realizado por Huxley e Thornicroft (2003), verificou-se que pacientes com transtornos mentais severos são quatro vezes mais propensos que a média da população a não terem um amigo mais próximo e que mais de um terço destes pacientes relatam não ter ninguém a quem recorrer num momento de crise.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental, e para que isto ocorra é importante a reinserção da pessoa na sociedade. O autor acredita que neste contexto de reinserção social e dos objetivos dos programas de reabilitação psicossocial está o treinamento de habilidades sociais que resultam em maior grau de autonomia na vida cotidiana do usuário do serviço de saúde mental, tais como: atividades ocupacionais, lazer, saúde, finanças, autocuidado, acesso ao trabalho e ao direito de cidadania.

O modelo de atenção psicossocial de base comunitária dentro da reforma psiquiátrica visa o acompanhamento dos usuários na comunidade, oferecer estruturas de suporte social, e promover a reabilitação permanente, já que há

dificuldade desses usuários na realização das atividades cotidianas, na reconstrução de seus laços afetivos e sociais e na reinserção deste indivíduo na sociedade.

Para Salles e Barros (2009) estar inserido na sociedade é organizar uma vida cotidiana capaz de assimilar e participar do cotidiano, tanto nas atividades do dia-a-dia quanto na interação com os outros em sua volta e com o modo de produção da sociedade. Através da desinstitucionalização o processo de “invenção de saúde” e a reprodução social do paciente” passou a ser pensado, pois sua finalidade está na busca da autonomia pelos usuários, bem como a produção do sentido e da sociabilidade (ROTELLI, 2001).

Assim, frente à central necessidade da reinserção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica, considera-se relevante o estudo das habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial a partir da seguinte questão de pesquisa:

Quais fatores interferem nas habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os fatores associados às habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial
- Relacionar as habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial às variáveis:
 - . sócio-demográficas,
 - . suporte familiar e social,
 - . necessidades em saúde,
 - . características do cuidado em saúde mental.

3. Pressupostos/Hipóteses

As habilidades de vida independente se relacionam:

- a. - diretamente com:
 - i. sexo feminino
 - ii. - mais jovens
 - iii. - maior grau de escolaridade
 - iv. - maior renda
 - v. - suporte familiar
 - vi. - suporte social
- b. - inversamente com:
 - i. - co-morbidades
 - ii. - maior cronicidade do sofrimento psíquico
 - iii. - maior tempo de internação
 - iv. - menor estrutura da rede de atenção psicossocial

Para a construção dessas hipóteses, se pensou em uma suposição teórica de que os reflexos causados por anos de institucionalização dificultam os indivíduos que hoje dispõem de um cuidado em liberdade baseado na reabilitação psicossocial, e que para hoje, esses indivíduos desenvolvam positivamente as habilidades de vida independente, algumas variáveis consideradas reflexos da institucionalização interferem negativamente para a evolução positiva desta, e que outras variáveis, modificadas ao longo do cuidado no modelo psicossocial desempenham um desfecho positivo nas habilidades de vida independente.

Alguns estudos também contribuíram para a formulação das hipóteses, como o realizado por Vidal, Gontijo e Bandeira (2007) que teve como objetivo avaliar o comportamento social e as habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico. Neste estudo verificou-se que as habilidades de vida independente se correlacionam com o tempo de internação, diagnóstico, idade e sexo. Sendo que sexo feminino, pacientes mais jovens e portadores de esquizofrenia estavam ligados de forma positiva ao desenvolvimento das habilidades em alguns subitens da escala.

Outro estudo que contribuiu para a formulação destas hipóteses, foi o estudo realizado por Dias (2007) com moradores do Morada São Pedro (Porto Alegre-RS), que demonstrou que o baixo desempenho em alguns domínios da escala foi devido aos altos índices de analfabetismo e analfabetismo funcional.

4 Modelo teórico

O modelo teórico é uma estrutura conceitual, uma abstração, uma imagem simplificada da realidade, que facilita a investigação dos mecanismos da determinação das doenças e verifica empiricamente teorias e categorias analíticas utilizadas em estudos epidemiológicos. O modelo teórico é considerado um plano que evidencia as conexões dos conceitos sobre eles projetados. (FACCHINI,1995).

O modelo teórico desse estudo (figura 1) para a determinação das habilidades de vida independente de usuários de CAPS e SRT do Rio Grande do Sul propõe que o perfil sócio-demográfico desses usuários são as variáveis que determinam as linhas e estão superiores as variáveis atingidas pelas linhas. Essas variáveis são sobredeterminantes, interferindo diretamente, mesmo que na posição mais distal sobre o desfecho e indiretamente sobre os demais grupos de variáveis.

Determinando o perfil desses usuários podemos definir quem são os sujeitos que necessitam de políticas e práticas reabilitadoras, que necessidades de saúde têm esses sujeitos e de que maneira a reabilitação está contribuindo para o desenvolvimento das suas habilidades de vida independente, pois concordando com Pitta (1996) reabilitação psicossocial é uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada para pessoas com problemas mentais severos e persistentes que necessitam de cuidados complexos e delicados.

Para entendermos esse parâmetro proposto podemos nos remeter a reflexão feita por Saraceno (1996) sobre a epidemiologia que podemos obter acerca dos efeitos e dos resultados da reabilitação. O autor se pergunta como poderíamos destruir a cronicidade, como aumentar a capacidade do paciente na comunidade, quais as variáveis que influem sobre o efeito da melhora ou piora dos pacientes.

Para Saraceno, não são técnicas de reabilitação que operam este efeito, dando os melhores resultados, mas sim que as variáveis que determinam os resultados estão em dois grandes extremos: micro e macro.

Em um nível subsequente está o grupo de necessidades em saúde, que ao mesmo tempo em que sofre influência dos determinantes sócio-demográficos, influencia diretamente e de forma mediada pelos níveis subsequentes, entre eles o conjunto de variáveis no grupo de suporte familiar e social e nas características do cuidado em saúde mental, essa formação corresponde a fatores micros e macros. Os fatores macros estão relacionados com a política de saúde mental, ou seja, a maneira como o serviço está organizado, seu horário de funcionamento, sua articulação com serviços da comunidade, e esses fatores correspondem diretamente às necessidades de saúde dos usuários, sendo estas diferentemente para usuários de CAPS e moradores de SRT. Os fatores micros estão relacionados às relações desses usuários com as pessoas, sejam familiares ou profissionais dos serviços, ou seja, ao suporte familiar e social e a satisfação dos usuários com o funcionamento do serviço.

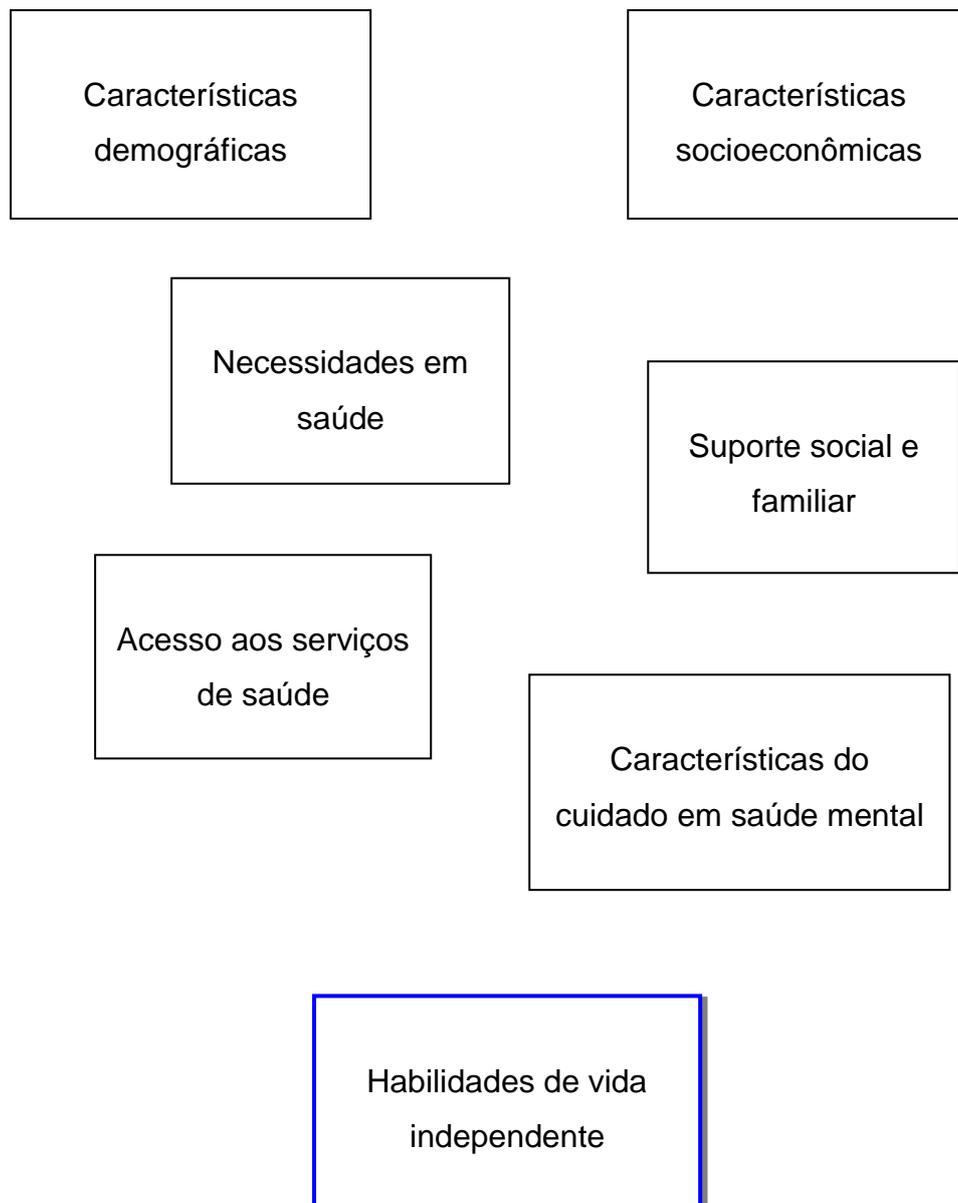
A categoria características dos cuidados em saúde mental se encontra em uma posição mais proximal do desfecho das habilidades de vida independente no cotidiano dos usuários da rede de atenção psicossocial e sofre interferências das outras variáveis, pois tem um elo direto com a qualidade de vida do portador de sofrimento psíquico.

A característica do cuidado em saúde mental tem uma representação importante no modelo psicossocial, pois esta se baseia no rompimento de práticas manicomialistas, sendo que estas práticas são abolidas no momento em que a vida cotidiana e os laços sociais são valorizados e retomados e quando um novo olhar para o cuidado é compreendido como um marco conceitual da reabilitação psicossocial.

Para Saraceno (1996) é preciso apreender um sentido para realizar a reabilitação, e que através da reabilitação o indivíduo poderá passar de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, de um estado de incapacidade para um estado de capacidade. Porém o autor enfatiza que a reabilitação psicossocial não seria um conjunto de técnicas instrumentalizadas para ocupar o tempo dos doentes mentais. Não se trata de enquadrar o sujeito em determinados modelos pré-

estabelecidos, mas sim ver suas potencialidades e criar situações respeitando seus limites. Saraceno (2001) afirma que a reabilitação psicossocial não é a estratégia de habilitar o “desabilitado”, tornando forte o fraco, mas sim um processo que aponta para realizar mudanças, a fim de se criar possibilidades de vida e de se construir a cidadania plena.

Figura 1. Modelo teórico para estudo das habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial



5 Referencial teórico

5.1 A loucura nos séculos e a Reforma Psiquiátrica

Para entender o processo de reforma psiquiátrica e seus movimentos em favor da reestruturação da assistência à saúde mental é necessária uma abordagem histórica. A seguir encontra-se uma breve abordagem do histórico do surgimento da psiquiatria, bem como a trajetória da loucura e seu significado em diversos momentos, na sociedade.

A história da loucura situa-se de maneira diferente em cada momento da história. Inicialmente, o poder religioso e a filosofia predominavam sobre a medicina, que considerava a loucura sacra ou exorcizava. Segundo Amarante (2000), os loucos não eram considerados perigosos, apesar de serem identificados como anormais pela maneira de seu comportamento, sua exclusão estava ligada a uma situação de miséria, de pobreza e dificuldade econômica e não propriamente em função da doença. Os “loucos” viviam a esmo, fora dos muros da cidade ou eram confiados aos mercadores peregrinos.

A partir dos séculos XVII e XVIII, a loucura se tornou uma questão social, e como todas as formas de diversidade social e desvio comportamental, passou a ser contida e isolada, a medicina começou a reprimir e punir os comportamentos diferentes na sociedade (AMARANTE, 2000).

Neste momento, a psiquiatria garantiu a legalidade. Surgiu à internação, o isolamento e o tratamento moral como elementos terapêuticos do movimento alienista, no qual a loucura separou-se da exclusão para se converter em uma entidade clínica que buscava a cura. Mas com fatos não previstos pelos alienistas,

eles logo se uniram as características dos manicômios e a loucura nestas instituições foi transformada em doença, produzindo o encarceramento dos loucos em instituições médicas, produzindo redução, exclusão e morte social (DESVIAT,1999).

Essa forma de cuidar, dentro do manicômio, exclui e anula qualquer manifestação de poder dos indivíduos. Vale ressaltar, segundo Amarante (2000), que nesse ambiente o sujeito diagnosticado como doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, constituindo-se num espaço apenas de suporte da doença. Enfim, anula-se qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social. Os manicômios traduzem-se por agentes de desvalor, têm a capacidade de transformar as manifestações de poder por parte do paciente em negatividade pura do sintoma, tornando-se um lugar de troca social zero.

Para Tenório (2002), a psiquiatria e a reforma psiquiátrica, como movimentos que fazem crítica e visam reformar as práticas psiquiátricas, surgiram juntos. Esse fato se deu a partir do momento em que autoridades da Revolução Francesa delegaram a Phillippe Pinel, no ano de 1793 em Paris, a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais os quais se encontravam em condições desumanas.

Nesse contexto de enclausuramento e exclusão social, Pinel surgiu como um “libertador”, uma vez que desacorrentou os indivíduos que viviam constantemente presos, ousando experimentar um novo tipo de tratamento. Pode ser que para a época tenha sido um grande feito, uma revolução, Pinel desacorrentar os loucos das correntes físicas que os prendiam, entretanto através desse gesto, ele os acorrentou à alienação, à segregação social e ao estigma da loucura que até hoje não foi completamente superada (GUEDES, 2008).

Segundo Rosa (2003), essa liberdade encontrava-se um tanto equivocada, pois nesse momento a loucura passou a fazer parte do campo da medicina, sendo categorizada como “doença mental”. Com isso a psiquiatria se estabeleceu como primeira especialidade médica, ganhando reconhecimento em sua competência para intervir nas questões surgidas com a loucura.

O gesto de Pinel ao libertar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental (AMARANTE, 1995, p. 26).

O surgimento da psiquiatria centrada no modelo médico assistencial foi um avanço e um retrocesso ao mesmo tempo. Avanço no sentido de que organizou a assistência aos doentes, buscando subsídios para a descoberta de tratamentos e estudo da farmacologia, e um retrocesso quando fundamenta para o “louco” um ambiente próprio, onde este fica isolado do convívio com a sociedade, promovendo a este a segregação e o preconceito.

Podemos perceber que durante a trajetória de luta por uma reformulação na assistência psiquiátrica, várias alternativas de cuidados surgiram se propondo ao um novo atendimento terapêutico, porém acabavam seguindo os mesmos princípios mesmo que distintas, um exemplo disso foi a Colônia dos Alienados.

Após a 2ª Guerra Mundial, a sociedade passou a refletir sobre o cuidado humano, tanto com relação à crueldade quanto sobre a solidariedade entre os homens. Foram lançados olhares sobre o hospício e compreendeu-se que os mesmos deveriam mudar, pois as práticas ocorridas dentro destes eram muito semelhantes ao que ocorria dentro dos campos de concentração. Com isso houve o nascimento das primeiras experiências com relação à reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

De acordo com Silveira (2009), no período pós-guerra, na Europa e nos Estados Unidos, foram propostas alternativas ao isolamento manicomial dos usuários de saúde mental, porém com objetivos diferentes. Na Europa se buscava um modelo de atenção baseado em serviços comunitários e nos Estados Unidos a preocupação era com o grande custo da atenção hospitalar e com o acúmulo de capital sem mudar a lógica da assistência.

Na década 70 na Itália, iniciou-se uma forte crítica a assistência médica e psicológica, enfatizando a necessidade de uma condição de vida contrária ao modelo médico-psicológico. Esse modelo foi chamado de psiquiatria democrática e foi iniciado pelas idéias de Franco Basaglia, que conseguiu diminuir o número de internações no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e reinserir os indivíduos segregados do convívio social (SILVEIRA et al., 2009).

Basaglia e sua equipe atuaram também no hospital psiquiátrico de Trieste, fechando as enfermarias psiquiátricas, em troca de dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. Essa expressão “substitutivos” passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o

lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelas, mas sim alternativos às mesmas (DESVIAS, 1999; AMARANTE, 2007).

Segundo Desviat (1999), Basaglia fez uma crítica ao paradigma da psiquiatria clássica que transforma loucura em doença, produzindo uma nova demanda de tratamento e assistência baseado no social. Basaglia, juntamente com um grupo de psiquiatras, transformou o hospital, num primeiro momento, em uma comunidade terapêutica, e depois, consciente das limitações, propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio.

O início do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil se deu no final da década de 70, baseado no modelo de estruturação da assistência italiana, através de instituições, entidades, movimentos e militâncias para a formulação das políticas de saúde mental no Brasil. O Movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) merece destaque neste contexto, pois através dele que emergiram as propostas de reformulação do sistema assistencial e consolidaram-se o pensamento crítico ao saber psiquiátrico, principalmente quanto à cronificação produzida pelo manicômio e a necessidade de melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços (AMARANTE, 1995).

De acordo com Wetzell e Kantorski (2004), diversos movimentos reformistas da psiquiatria, pós Segunda Guerra tiveram importante influência nos movimentos de transformação das práticas psiquiátricas no Brasil, auxiliando na discussão de saberes e práticas nesse âmbito, entre eles a psicoterapia institucional, a comunidade terapêutica, psiquiatria de setor e psiquiatria comunitária ou preventiva, os quais tiveram importância significativa nos movimentos de transformação psiquiátrica no Brasil.

O processo de reforma psiquiátrica constitui-se em um movimento recente, o qual está sendo marcado por muitas lutas e reivindicações por parte dos trabalhadores dos serviços de saúde mental, usuários e seus familiares e seu principal objetivo é a reestruturação da assistência psiquiátrica, substituindo o modelo hospitalocêntrico e segregador e deslocando o foco dos sintomas da doença para a singularidade de cada paciente, respeitando sua história, sua cultura e seus direitos como cidadão.

No ano de 1990, a Conferência Regional da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, proclamou a necessidade de promover recursos

terapêuticos e um sistema que garanta o respeito aos direitos humanos e civis dos portadores de transtornos mentais. Estabeleceu assim, um processo de transformações e reestruturação da assistência psiquiátrica envolvendo todo o continente, com a proposta de superar o hospital psiquiátrico com alternativas de inclusão na própria comunidade, ou seja, em suas redes sociais (DESVIAT, 1999).

Passa-se a discutir a loucura fora das paredes dos hospitais, a pensar enfoques que fujam da hegemonia médica, que sejam capazes de diminuir o preconceito e o estigma social.

Conforme Kantorski (2004), a reforma psiquiátrica consiste na transformação de saberes e práticas em relação à loucura, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e também em recompreender o sofrimento psíquico, bem como destruir manicômios internos e externos que têm aceitado determinadas formas de pensar e agir. Sobretudo na reinvenção de modos de lidar com a realidade.

Em 1991, no Brasil havia 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos, os pacientes tinham um período de internação em média de 100 dias, muitos permaneciam internados por longos períodos (mais de dois anos) e mais de 30 mil pessoas haviam perdido completamente seus vínculos sociais, pois nunca saiam dos manicômios. Já em 1993, houve redução de quatro mil leitos de hospitais psiquiátricos e foram fechados nove manicômios particulares por falta de condições. Abriram-se dois mil leitos de psiquiatria em hospitais gerais (BRASIL, 2004).

No Brasil, o Rio Grande do Sul foi pioneiro ao aprovar uma legislação psiquiátrica progressista, que propõe a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária. Esta lei proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e o financiamento estatal de novos leitos em hospitais psiquiátricos privados (BRASIL, 1992).

Neste sentido, a reforma psiquiátrica surge como um movimento social em defesa dos direitos humanos, dos excluídos da razão e da cidadania. Trata-se de uma abordagem coletiva da loucura e do diferente e tem como um dos seus principais objetivos a restauração do vínculo social e a articulação de programas assistenciais com as redes sociais de apoio, através da Reabilitação psicossocial.

Na Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial, ficou definido que reabilitação psicossocial trata-se de um processo que facilita oportunidades para indivíduos que são prejudicados, inválidos ou incapacitados por uma desordem mental a alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. A reabilitação psicossocial é um treinamento de habilidades e deverá proporcionar suportes comunitários para que os indivíduos com desabilitações mentais possam funcionar em seus papéis social, vocacional, educacional e familiar (HIRDES; KANTORSKI, 2004).

Para que a reabilitação psicossocial seja efetiva, deverá haver serviços nos quais as possibilidades se transformem em uma realidade construída no cotidiano. Para que essas possibilidades se transformem em realidade, é necessário o envolvimento de profissionais, familiares, usuários assim como a desmistificação do sofrimento psíquico e educação na sociedade. Numa perspectiva que remeta à dignidade, ao valor e ao potencial para crescimento de cada ser humano (HIRDES; KANTORSKI, 2004).

O processo de desinstitucionalização tem avançado significativamente, sobretudo com a instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos manicômios, esse processo começou através da Lei da Reforma Psiquiátrica que foi instituída para o redirecionamento das práticas psiquiátricas e para as transformações do modelo assistencial em saúde mental.

Para que de fato haja transformações no modelo assistencial em saúde mental com superação do modelo manicomial pressupõe-se que seja construída uma rede de serviços substitutivos de atenção em saúde mental. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde no cuidado e reabilitação psicossocial. Os serviços de saúde necessitam estar articulados as demais redes de serviços de saúde e necessitam permanentemente das redes sociais para realizar face à complexidade das demandas de inclusão dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Como serviços substitutivos ao modelo manicomial, podemos citar: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas e as residências terapêuticas, respeitando as necessidades de cada local, como forma de reestruturar a assistência psiquiátrica (HIRDES, 2009).

Estes novos modelos de práticas assistenciais deverão resgatar a saúde, o respeito e a dignidade por meio de técnicas que valorizem a subjetividade e a reinserção na sociedade considerando a trajetória clínica e histórica dos usuários.

Os CAPS têm se destacado dentro do contexto da política de assistência à saúde representando um dos avanços significativos da Reforma Psiquiátrica. Esse dispositivo é considerado um articulador da rede comunitária de cuidados em saúde mental e aliado aos outros serviços substitutivos, e é a principal estratégia para reverter o modelo de atenção centralizado na assistência hospitalar psiquiátrica. E de acordo com Amarante (2007), estes serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível, para que não se tornem espaços burocratizados e repetitivos, evidenciando um tratamento centrado na doença e não na pessoa.

Partindo do conceito de que o CAPS é responsável por um tratamento territorializado, entendemos que a comunidade torna-se atuante e cooperadora nesse contexto. Silva (2005) compreende não ser só o redimensionamento dos recursos assistenciais do hospício para a comunidade o fator relevante para a desinstitucionalização da loucura. Para o autor, faz-se necessário um processo de desmontagem de saberes que comprimem a experiência da loucura no interior da doença mental em si, é interessante e imprescindível à criação de novos modos de sociabilidade e produção de valor social.

Para Silveira (2010), os dispositivos substitutivos constituem uma rede de serviços se originando da política antimanicomial, e visam contribuir para a diminuição da exclusão das pessoas com sofrimento mental e das más condições de atendimento que eram prestadas aos usuários.

Outro serviço que se destaca no contexto da desinstitucionalização é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) que se trata de casas localizadas no espaço urbano, organizadas de modo a responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras sofrimento psíquico, institucionalizadas ou não. Este serviço representa, ao portador de transtorno psíquico, uma possibilidade de reconstrução de uma vida cotidiana fora do asilamento dos manicômios, com direito a tratamento extra-

hospitalar e resgate do convívio social, sendo responsável por uma passagem da tutela completa para uma autonomia assistida e um importante dispositivo para restauração das habilidades de vida diária dos seus usuários. (Vidal, Gontijo, Bandeira, 2008)

As residências terapêuticas constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, com a finalidade principal de facilitar a reabilitação dos pacientes. Durante os anos de hospitalização, a subjetividade dos pacientes é construída nos moldes estabelecidos pela instituição. Com a mudança para a residência terapêutica eles são confrontados com outra realidade e precisam reelaborar todo o seu universo de significados, assim como precisam reaprender as atividades cotidianas e sociais. (VIDAL, 2007).

A reabilitação psicossocial consiste num processo de reconstrução, rompendo com a lógica da exclusão e da segregação social comum ao modelo asilar. As novas práticas propostas em saúde mental devem ter como objetivo a produção da vida e a reprodução social. Para isso a estimulação das relações e dos intercâmbios sociais que compõem a identidade social de cada indivíduo e intervenções que visem à integração com a família e a rede social pode trazer resultados benéficos para a qualificação dos programas de reabilitação e ser determinante para modificar a trajetória dos usuários (MÂNGIA; MURAMOTO, 2005).

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seu direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível. (SARACENO, 2001, p. 176)

As redes sociais surgem como elemento potencializador, por promover ações rápidas e eficazes quanto à emancipação do indivíduo e ampliação do direito de exercer cidadania (MARTINS; FONTES, 2008). O empobrecimento da rede social se configura como desabilitação, como perda qualitativa e quantitativa, desde a primeira rede que é o núcleo familiar, até as formas mais ampliadas de relações. Intervenções que visem à integração com o núcleo familiar e com a rede social ampliada para portadores de transtorno mental severo, podem trazer benefícios para essas pessoas e para a qualificação dos programas de reabilitação (SARACENO, 2001).

5.2 Reabilitação Psicossocial

A reforma psiquiátrica e a mudança no modelo assistencial em saúde mental introduziram um conceito dentre as novas tecnologias de cuidado, o conceito da Reabilitação Psicossocial. Durante o processo de institucionalização, os portadores de transtornos mentais eram mantidos indiferentes às intervenções hospitalares, ficando sem desenvolver nenhuma atividade produtiva ao longo do tempo. Nos dispositivos de atenção psicossocial, de base comunitária, essas pessoas têm a oportunidade de desenvolver atividades de vida diária auxiliando no resgate das suas habilidades. As atividades que promovem a distração, a socialização e a segurança são importantes no cotidiano, levando a reintegração do sofredor de sofrimento psíquico na sociedade (BARRETO, BÜCHELLE, COELHO, 2008).

A reabilitação psicossocial se insere neste contexto visando facilitar a vida das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes na medida em que proporciona oportunidades de recuperação e minimiza efeitos desabilitantes da cronificação através do desenvolvimento de estratégias que promovem a reinserção social e o resgate de habilidades perdidas, na busca da promoção de uma vida independente (BARRETO, BÜCHELLE, COELHO, 2008).

As atividades de reabilitação também objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas às atividades comuns da vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer (Test e Stein, 2000; Drake et al, 2003). Para Saraceno (1997) o treinamento deve ser feito “in vivo” na própria moradia ou nos locais onde normalmente o comportamento é realizado.

Desde a década de 80, começou o processo de desinstitucionalização em saúde mental, sendo que esse processo não se trata só na extinção dos manicômios, mas nas práticas que foram dispensadas aos loucos durante séculos. A reforma psiquiátrica e a reabilitação psicossocial, muitas vezes são vistas como sinônimos, porém, a Reforma trata da reorganização estrutural dos serviços e a reabilitação está focada no funcionamento desses loucos e nas estratégias que eles buscam de suporte social e de vida. (BABINSKI, HIRDES, 2004).

Conceitos de reabilitação psicossocial tem sido discutidos nos últimos cinquenta anos em todo mundo, dentre eles, pode-se destacar os dos teóricos da

Reforma Democrática Italiana, como Basaglia(1985), Rotelli (2001) e Saraceno (2001).

Para Saraceno (2001) a reabilitação precisa estar em evidencia devido à complexidade epistemológica contemporânea sobre a loucura e o ser louco. Estudos epidemiológicos realizados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que o discurso das psicoses está fortemente relacionado à variáveis do contexto, quer antes do episódio da doença ou durante a mesma, necessitando estratégias de ações voltadas para estas variáveis, que constituem os fatores de risco ou proteção, na reabilitação dos sujeitos.

A Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985), acredita que reabilitar seria o processo de facilitar ao individuo com limitações, a restaurar, no melhor nível possível de autonomia o exercício de suas funções na comunidade, enfatizando as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado. Já para Organização Mundial de Saúde (OMS) reabilitação psicossocial seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. (WHO, 1987).

Para Saraceno (2001) a deficiência é uma condição que não se refere ao sujeito e sua desabilitação, mas a resposta que a organização social dá a um sujeito com uma desabilitação. Dessa forma, a reabilitação deveria ser o conjunto de procedimentos que procuram aumentar as habilidades, ou diminuir as desabilitações e diminuir a deficiência, ou seja, não acontece reabilitação sem simultaneidade das duas ações, sobre a desabilitação e sobre a deficiência.

Para Pitta (1996) reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que é desenvolvida para facilitar a vida de pessoas com transtornos severos e persistentes e implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica viabilizando o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.

Saraceno (1996) acredita que cada um tem um poder de aquisição no mundo, onde às vezes somos mais hábeis ou menos hábeis, mais habilitados ou menos habilitados, mas que também há a desabilidade por falta de poder contratual, sendo este o modelo de referencia para a reabilitação.

“...muitos pacientes têm um nível de contratualidade no seu espaço habitacional que tende a zero, ou porque não têm casa e isso é um marco, ou porque têm casa e isso é um marco, ou porque não tem rede social, ou porque não sabem, não podem, ou porque têm uma capacidade de produção social muito baixa, muito limitada, e então perdem no nível da contratualidade, essa é a grande troca afetiva e material do ser humano; a habilidade do indivíduo em efetuar suas trocas.” (Saraceno,1996, pág.16)

Os modelos clássicos da Reabilitação Psicossocial, acreditam que ela se dá, após a remissão de sintomas, porém as experiências brasileiras de empoderamento da clínica ampliada, entendida como o trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade nos dispositivos substitutivos de cuidados em atenção psicossocial, tem garantido chances de sobrevida através do “bom cuidado” aos portadores de transtornos severos e persistentes (SARACENO, 2001).

Para Kantorski (2006) no contexto atual de transformação das práticas psiquiátricas a reabilitação psicossocial redefine-se como um saber fazer que nos permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito, ou seja, um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família e que é portador de um transtorno severo e persistente que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida.

Saraceno (2001) refere que autores clássicos ao tratarem da reabilitação psicossocial delinearam um modelo teórico-prático objetivando permitir que pessoas em condições crônicas desenvolvam ao máximo sua autonomia em ambientes normais. Para tal, várias técnicas de orientação cognitiva e educacional estão nas bases das ações, no treinar habilidades que melhorem o viver cotidiano, tornando essas pessoas menos vulneráveis.

Ainda para Saraceno (2001, pag.112):

“a reabilitação seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca e de recursos de afetos; é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”. Assim sendo, a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muito e reciprocamente multiplicantes.”

Segundo Aguiar (2009) no enfoque da Reforma Italiana, a reabilitação psicossocial é vista como um processo de cidadania, não só na restituição dos direitos suprimidos dos sujeitos, mas na construção afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva de direitos que lhe foi privado. Neste sentido a reabilitação é mais do que um conjunto de técnicas, é um marco na estruturação organizacional e não pode ser aplicada independente de um marco político estrutural.

Saraceno (2001) afirma que a construção do direito de cidadania como eixo prioritário, não é uma escolha apenas ética, e sim também, é uma escolha técnica, pois somente um cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas. Ou seja, no momento que é permitido ao outro exercer seu poder de negociação, nas diversas esferas de sua vida, abre-se a possibilidade do caminhar sozinho, recuperar o direito a cidadania e ser respeitado com suas diferenças.

Para este autor o modelo de reabilitação não pode ser *darwinista*, em que só os fortes sobrevivem, ao contrário, o modelo necessita ser o das redes múltiplas de negociação, buscando a participação de todos e não colocando a autonomia plena dos sujeitos como eixo norteador. Pois é este mito de autonomia plena que tende a fazer hiperseleção dos sujeitos (mais capazes, menos capazes), torna-se necessário desmistificar este objetivo e compreender que o caminho da autonomia é construído diferentemente para cada caso.

Goldeberg (1994) propõe que o termo de autonomia seja compreendido como algo singular para cada sujeito, não estando preso a modelos estabelecidos. Para uns ela pode estar ligada a trabalhar, administrar seu dinheiro, mas para outros esta no reconhecimento da chegada de crises e em como administrar este momento.

Deste modo, para que alcancemos práticas reabilitadoras para o sujeito com transtorno psíquico, devemos considerar sua história de vida, a comunidade em que vive suas relações sociais (considerando as possibilidades e impossibilidades ou limites de estabelecer trocas), as características dos seus serviços de saúde mental, as características do cuidado a ele dispensado, assim como suas necessidades de saúde.

Além disso, para que haja superação nas práticas reabilitadoras, torna-se necessário romper com o conceito de Reabilitação, proposto pelo modelo psiquiátrico tradicional, que se restringe a remissão dos sintomas, a normalidade social e que não considera o sujeito além de seu quadro clínico. Ao contrário precisamos entender a reabilitação, no modo psicossocial, ou seja, com práticas que efetivem transformações nas condições de vida dos sujeitos, mas que respeitem seu momento e sua singularidade.

Por fim, concordamos com Saraceno (2001) quando ele retrata que a reabilitação psicossocial não é um conjunto de técnicas, modelos formalizados, mas sim, uma *démarche* ética, que intervém sobre os sujeitos em seu contexto diário e cotidiano.

5.3 Habilidades de vida independente - Revisão Sistematizada

A partir da questão de pesquisa deste estudo que pretende conhecer **quais fatores interferem nas habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial** foi estabelecida a estratégia de busca com consulta de bases de dados eletrônicas PUBMED e BIREME. Foram rastreados estudos realizados utilizando os descritores “Activities of Daily Living”, “Rehabilitation”, “Social Adjustment” e “Psychiatric Status Rating Scales”. A escolha dos descritores foi feita através dos descritores em ciências da saúde (DECS), sendo estes utilizados em conjunto para obtenção dos resultados apresentados abaixo.

Os limites utilizados foram: adultos, com resumos, estudos em humanos e nos seguintes idiomas: espanhol, inglês, italiano e português. Durante o processo de busca na base PUBMED foram identificados 147 resumos para leitura, essa busca se deu através do cruzamento dos descritores citados acima com a combinação All Fields e Mesh Terms, com a combinação ou ILSS. Na base de dados BIREME, foi

realizada a busca através dos descritores, sem a palavra ILSS e foram recuperados 86 resumos na MEDLINE.

Após a revisão nas duas bases de dados resultaram 28 publicações que foram relevantes para a temática do projeto, sendo que na busca foram encontradas 45 duplicatas. Tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, e considerando as duplicatas, 160 resumos não participaram do quadro de revisão, pois tratavam sobre a parte clínica que descreve psicopatologias específicas. Abaixo se encontram os quadros que estruturam a busca e a revisão sistematizada.

Figura 1 – Distribuição dos resultados das buscas nas bases de dados por combinações de Descritores.

DESCRITORES	PUBMED	LILACS
1.Activities of Daily Living (All fields and mesh terms)	25935	41382
2 Reabilitation (All fields and mesh terms)	47698	9854
3 Social adjustment(All fields and mesh terms)	6849	627
4 Psychiatric Status Rating Scales (All fields and mesh terms)	35181	86
5 ILSS (All fields)	10	3

Figura 2 – Distribuição das referências identificadas e relevantes por base de dados.

FONTE	Nº REFERÊNCIAS IDENTIFICADAS	Nº REFERÊNCIAS RELEVANTES
PUBMED	147	23
LILACS	62	5
TOTAL	209	28
DUPLICATAS	45	

Ao final da etapa de leitura após a eliminação de duplicações (45 artigos), 28 artigos foram considerados relevantes à temática do projeto. Os resultados estão dispostos no quadro abaixo:

Tabela 3 – Revisão Sistematizada

Título-autor-fonte	Objetivos do estudo	Metodologia	Principais resultados
<p>The development of subjective quality of live over the first-episode psychosis</p> <p>Melle I, Røssberg JI, Joa I, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T.</p> <p>J. Nerv Ment Dis, 2010 Dec; 198(12):864-9</p>	<p>Analisar mudanças na qualidade de vida subjetiva (geral s-QoL) em pacientes com psicose no primeiro episódio e até dois anos de seguimento.</p>	<p>252 pacientes</p> <p>Medidas repetidas de variância para avaliar a evolução ao longo do tempo, análises de regressão linear para avaliar preditores de mudança</p>	<p>Linha de base: 252</p> <p>Seguimento (2 anos) – 201</p> <p>Melhorias em geral do s-QoL foram associadas com aumento dos sintomas excitativos e com melhora dos sintomas depressivos, funcionamento global, o nível de atividades diárias, nível de atividades sociais, e a percepção geral de saúde.</p>
<p>Functional significance of preserved affect recognition in schizophrenia</p> <p>Fiszdon JM, Johannesen JK.</p> <p>Psychiatric Res. 2010 Apr 30; 176 (2-3): 120-5</p>	<p>Avaliar a significancia funcional dos déficits AR (reconhecimento de afeto) na esquizofrenia por subgrupos comparando com escala normal, e medidas de funcionamento do mundo real.</p>	<p>Pacientes ambulatoriais esquizofrênicos classificados como quase normais (N = 17) e deficientes (N = 31) baseado em um ponto de corte (BLERT), com controle de indivíduos saudáveis (N = 56); avaliados através de 5 escalas: UPSA (Avaliação de habilidades, baseada na performance da Universidade da Califórnia de San Diego) SSPA (Avaliação de desempenho da competencia social), MMMA (Avaliação da capacidade da gestão de medicação) QLS (Escala de qualidade de vida), ILSS (Inventário de habilidades de vida independente) , e diversos testes neuropsicológicos.</p>	<p>MMAA e QLS no subgrupo AR quase normal. Análises de covariancia indicou neurocognição mediando as associações entre AR e MMAA, e atenuaram as relações observadas entre AR e QLS.</p> <p>Três principais conclusões: AR é mantida em subgrupos selecionados; existe uma relação positiva entre o desempenho de AR e medidas de resultado funcional; e neurocognição parece mediar a relação entre AR e as medidas de funcionamento.</p>
<p>Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals</p> <p>Furlan PM, Zuffranieri M, Stanga F, Ostacoli L, Patta J,</p>	<p>Verificar se o reassentamento, executado na comunidade poderia ser considerado positivo para todos os ex-pacientes de hospitais psiquiatricos na Itália.</p>	<p>Estudo de coorte de 176 pacientes de muito longa permanência, em média 37 anos de internação psiquiatricas que foram reassentados (entre 1998 2002) em abrigos comunitários com pessoal 24 horas por dia (N = 101), em apartamentos com apoio diário (N = 24), em</p>	<p>A condição clínica melhorou significativamente e melhorias substanciais foram observadas na autonomia, socialização, e expressão da vontade.</p> <p>Não houve piora em qualquer categoria. Mesmo entre os pacientes com internação hospitalar por muito tempo, o reassentamento nos cuidados baseados na comunidade e as</p>

<p>Picci RL</p> <p>Psychiatric Serv. 2009 Sep; 60 (9): 1198-202</p>		<p>instalações de cuidados domiciliares de saúde (N = 49) e para suas casas anteriores (N = 2). Estes foram avaliados aos três e seis meses e, em seguida, anualmente (total de seis). Condição psicológica foi avaliada com Brief Psychiatric Rating Scale. Autonomia e competências relacionais foram avaliados com escalas desenvolvidas para o encerramento do projeto. Análises de variância foram utilizadas para avaliar os dados</p>	<p>alterações na estrutura social pode ter resultados positivos no funcionamento psicológico e social e qualidade de vida</p>
<p>Quality of life of residents of the community of Ieros-greece: clinical and social functioning profile of the ex-patients</p> <p>Pakinos I, Kalantzi-Azizi A</p> <p>Int J Soc Psychiatric 2009 nov;55(6):483-95</p>	<p>Avaliar a percepção de qualidade de vida, perfis de funcionamento clínico e social dos ex-pacientes psiquiátricos em albergues da comunidade.</p>	<p>Estudo transversal, examinando o impacto da transformação de programas de I Leros e Leros II sobre o bem-estar de longo prazo dos clientes psiquiátricos seguindo o movimento. (N=103).</p>	<p>A maioria dos moradores expressaram altos níveis de satisfação, em quase todas as variáveis de qualidade de vida, exceto a variável de contacto com as relações familiares. O nível de psicopatologia foi muito baixa, a maioria dos moradores expressaram poucas habilidades comunitárias e sociais.</p>
<p>Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia</p> <p>Aubin G, Stip E, Gélinas I, Rainville C, Chapparo C</p> <p>Schizophr Res 2009 Feb;107 (2-3):313-8</p>	<p>Explorar as relações entre o desempenho de atividades diárias, atenção, memória, funções executivas e funcionalidade comunitária em pessoas com esquizofrenia.</p> <p>Verificar se as limitações funcionais no desempenho das atividades diárias afeta negativamente as pessoas com esquizofrenia.</p>	<p>Estudo transversal com 82 indivíduos com esquizofrenia, residentes na comunidade. O Sistema de análise de tarefas –PRPP (Perceive, Recall, Plan and Perform) foi utilizado para avaliar a capacidade dos participantes de realizar uma tarefa funcional durante a preparação da refeição. Memória associativa espacial, memória espacial de trabalho, planejamento, coordenação visual-motora e de atenção seletiva foram avaliados também. Funcionamento da comunidade foi avaliada com ILSS (Independent Living Skills Survey) e MCAS (Comunidade Multnomah Ability Scale).</p>	<p>Associação significativa entre a capacidade funcional e aprendizagem visual/espacial; memória de trabalho espacial, planejamento e sintomas negativos.</p> <p>Habilidades de planejamento, durante a preparação da refeição se mostraram associados com MCAS. Após análises de regressão, apenas a memória visuo-espacial, os sintomas negativos, educação e familiaridade com a preparação da refeição explicaram a variação na capacidade funcional.</p>
<p>Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan: randomized controlled trial</p>	<p>Investigar os efeitos de residência de grupo apoiado sobre sintomas, função social, qualidade de vida, qualidade de saúde geral, e custos</p>	<p>Os pacientes foram avaliados a cada 6 meses por 2 anos com Escala de Síndrome Positiva e Negativa, Escala de Ajustamento de Katz, Qualidade de Vida (WHO-QOL) e Questionário</p>	<p>Pacientes que receberam alta da residência de grupo(SGR) melhoraram significativamente em relação aos sintomas positivos, o nível de atividades socialmente esperadas e atividades de tempos livres.</p>

<p>Chan H, Inoul S, Shinodera S, Fujita H, Fukuzama K, Kii M, Kamimura N, Kato K, Mino Y</p> <p>Psychiatric Clin Neurosci 2007 Oct; 61(5):515-21</p>	<p>médico-psiquiátricos de leito e tempo médio de internação</p>	<p>de saúde geral - versão de 12 itens.</p>	<p>O domínio físico da QV dos pacientes foi significativamente mais deteriorado em relação ao grupo SGR. O custo total psiquiátricos / médico do grupo SGR foi de aproximadamente um terço da do grupo hospitalar, enquanto o custo da SGR para tratar a comorbidade física era muito maior. Os resultados atuais indicam que o SGR tem vantagens para a função mental e social, mas não para a saúde física.</p>
<p>Symptom dimensions and needs of care among patients with schizophrenia in hospital and the community</p> <p>Nakanishi M, Setoya Y, Kodaka M, Makino H, Nishimura A, Yamauchi K, Mimura M, Sato H, Arata H, Yukumi H, Amagasa T, Ueno H, Miyamoto Y, Sugie T, Anzai N</p> <p>Psychiatry Clin Neurosci. 2007 Oct;61(5):495-501.</p>	<p>Examinar as dimensões de sintomas psiquiátricos relacionados às necessidades de cuidados de pacientes com esquizofrenia no hospital e na comunidade.</p>	<p>N= 217 paciente. 102 pacientes do hospital psiquiátrico (47,0%) e 115 pacientes ambulatoriais (53,0%) que vivem em suas casas ou instalações residenciais. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS);Escala desenvolvida pelo Comitê de Diretrizes do Processo de Gestão de Pessoas com Deficiência Mental no Japão. Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) auto-desempenho e dificuldades também foram medidos através de uma escala a partir do conjunto mínimo de dados-Home Care (MDS-HC). Análises de regressão múltipla foram aplicados, utilizando-se as dimensões de sintomas como variáveis dependentes e as necessidades de cuidados e grupo (hospital e comunidade) como variáveis independentes.</p>	<p>Os pacientes do hospital mostraram sintomas psiquiátricos mais severos e maiores necessidades de cuidados que os pacientes da comunidade. Análises de regressão múltipla mostraram que as necessidades totais de atendimento foram maiores entre as pacientes do sexo masculino (B = 0,142, P = 0,005), pacientes do hospital (B = 0,310, P <0,001), pacientes com baixa auto-desempenho de AIVDs (B= 0,217, P= 0,047), e doentes com sintomas negativos (B= 0,240, P=0,002; R(2)=0,515). Os resultados sugerem uma associação entre sintomas negativos e necessidades de cuidado na esquizofrenia. Os pacientes do hospital tinha maiores necessidades de cuidados, apesar de seus sintomas psiquiátricos estarem controlados.</p>
<p>A six-month outcome of long-stay inpatients resettled in a hostel</p> <p>Grinshpoon A, Naisberg Y, Weizman A</p> <p>Psychiatric Rehabil J. 2006 30(2):89-95</p>	<p>Avaliar o resultado após seis meses da saída de pacientes de um hospital psiquiátrico para programas baseados em Hostel desinstitucionalização.</p>	<p>Estudo prospectivo com 92 pacientes - DSM-IV psicóticos, de 18 a 65 anos, internados entre 10,6 e 16,7 anos. As avaliações foram feitas em duas semanas antes da reinstalação e após 6 meses de residência incluído a Escala de síndrome positiva e negativa, e Montgomery Asberg Depression Scale, Impressão Clínica Global, Avaliação de Funcionamento Global, Social Adaptive Functioning Evaluation and Social Behavior Schedule e Nurses' Observation Scale</p>	<p>Sintomas psicopatológicos diminuíram e aumentou a interação social. Programas de desinstitucionalização baseados em Hostel são uma alternativa promissora para pacientes psiquiátricos internados de longo prazo.</p>

<p>The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity</p> <p>Keefe RS, Poe M, Walker TM, Kang JW, Harvey PD</p> <p>Am J Psychiatric 2006 Mar;163(3):426-32</p>	<p>Descrever a confiabilidade e a validade da escala de avaliação da cognição na esquizofrenia (SCoRS)</p>	<p>N= 60 pacientes</p> <p>Desempenho cognitivo, medido pelo (BACS); funcionamento do mundo real, medida pelo Inventário de Habilidades de Vida Independente, e da capacidade funcional, medida pela (UPSA).</p>	<p>Os valores da SCoRS global foram significativamente correlacionados com os escores compostos do desempenho cognitivo e da capacidade funcional e com avaliações do funcionamento do mundo real.</p>
<p>Characteristics of schizophrenia residents and staff rejection in community mental health hostels.</p> <p>Levy E, Shefler G, Loewenthal U, Umansky R, Bar G, Heresco-Levy</p> <p>Isr J Psychiatric Relat Sci 2005;42(1):23-32</p>	<p>Avaliar características da relação equipe-paciente e características dos moradores de uma pousada de desinstitucionalização.</p>	<p>N= 56 moradores com esquizofrenia</p> <p>As medidas incluem a avaliação de pacientes com a Escala Positiva e Negativa da Síndrome (PANSS), as atitudes do pessoal com a Escala de rejeição do paciente (PRS), e habilidades de vida independente(ILSS) para os pacientes.</p>	<p>Os instrutores relativamente inexperiente representaram 60% do pessoal dos albergues.</p> <p>Sintomas de Moradores e os níveis de rejeição pessoal foram globalmente baixos. No entanto, a rejeição aumentou significativamente em relação aos pacientes que eram mais sintomáticos, como medido pelo escore total da PANSS positiva e habilidades diminuídas relacionadas ao trabalho e saúde de vida.</p> <p>Funcionários de maior idade e maior experiência profissional foram correlacionados com escores mais altos de rejeição.</p>
<p>Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia.</p> <p>Perivoliotis D, Granholm E, Patterson TL.</p> <p>Schizophr Res. 2004 Aug 1;69(2-3):307-16.</p>	<p>Examinar o funcionamento psicossocial em pacientes psicóticos através do Independent Living Skills Survey (ILSS)</p>	<p>A versão de auto-relato da ILSS foi aplicado em 57 pacientes ambulatoriais morando em comunidades, de meia-idade e idosos com esquizofrenia.</p>	<p>Funcionamento significativamente prejudicado na maioria das áreas funcionais avaliados pelo ILSS.</p> <p>Nenhuma relação consistente foi encontrada entre a severidade dos sintomas e funcionamento. A ILSS mostrou ser um indicador sensível do comprometimento funcional nesta amostra de idosos residentes na comunidade .</p>
<p>Supplementing clinic-based skills training with manual-</p>	<p>Este estudo avaliou um método comportamental orientado para o</p>	<p>N= 63 indivíduos com esquizofrenia foram randomizados para 60 semanas de treinamento</p>	<p>71% dos pacientes completaram o ensaio; 6 participantes experimentaram exacerbações psicóticas durante o estudo;</p>

<p>based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia.</p> <p>Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J.</p> <p>Am J Psychiatric 2002 May;159(5):829-37</p>	<p>treinamento de habilidades na comunidade com o objetivo de melhorar as oportunidades, encorajamento e reforço para os pacientes ambulatoriais no uso de suas habilidades em seu ambiente natural.</p>	<p>de competências de base clínica individual ou de clínica baseada em treinamento de habilidades complementado com sessões de generalização manual baseado na comunidade e uso aleatório de haloperidol ou risperidona. Fidelidade dos terapeutas aos manuais foi medido.</p> <p>Aquisição das competências do pré ao pós-treino foi avaliada.</p> <p>As medidas de desfecho primárias foram a Escala de Ajustamento Social-II ea Escala de Qualidade de Vida.</p>	<p>não houve nenhuma evidência de um efeito de medicação diferencial no funcionamento social; o aspecto social melhorou modestamente em ambas as condições psicossociais ao longo do tempo, os participantes que receberam treinamento de habilidades aumentada na comunidade mostrou significativamente maior e / ou melhorias mais rápidas.</p>
<p>Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation.</p> <p>Hobbs C, Newton L, Tennant C, Rosen A, Tribe K.</p> <p>Aust N Z J Psychiatry. 2002 Feb;36(1):60-6.</p>	<p>Avaliar a transição pacientes de um hospital psiquiátrico para serviços comunitários.</p>	<p>N= 47 pacientes</p> <p>Estudo clínico detalhado e etnográfico.</p> <p>A percepção dos moradores de seis anos de vida da comunidade foi explorado em termos qualitativos com entrevistas semi-estruturadas. Detalhes de acomodação, o nível de atendimento, readmissões, incidentes e medicamentos também foram documentados.</p>	<p>Em 6 anos de acompanhamento 7 moradores retornaram ao hospital para cuidados de longa duração, três moradores morreram por causas médicas e um morador necessitou de serviços de correção.</p> <p>Os 36 moradores que permaneceram na comunidade já não necessitam de supervisão intensiva de 24 horas. Vivem semi-independente 23 moradores com gestor de visitas diárias ou semanais.</p> <p>Clinicamente se mantiveram estáveis sem mudanças significativas nos sintomas psiquiátricos, depressão, habilidades de vida ou problemas de comportamento social e redução significativa nos níveis de medicação durante os 6 anos e uma melhor qualidade de vida e relataram sua clara preferência por viver em comunidade.</p>
<p>Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders.</p> <p>Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Maiment K, Saxena S</p>	<p>Avaliar a importância da disfunção social e qualidade de vida das pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Comparar um grupo de pessoas com TOC e esquizofrenia, pareados por idade e sexo.</p>	<p>31 pacientes com TOC participaram de um programa parcial de tratamento hospitalar e foram comparados com 68 pacientes esquizofrênicos, participando de um programa de reabilitação.</p> <p>O Independent Living Skills Survey (ILSS) e Lehman Quality of Life Scale (QV) foram utilizados antes e após o tratamento para ambos os grupos.</p>	<p>Escores de QV foram significativamente menores para os pacientes com TOC, antes e após o tratamento, mas melhorou significativamente durante o tratamento.</p> <p>Pacientes com TOC e esquizofrênicos tiveram resultados semelhantes em quase todos os domínios da ILSS no pré-tratamento.</p> <p>Os pacientes com TOC melhoraram significativamente em muitos dos domínios sociais e habilidades de vida independente, como resultado do tratamento e as competências adquiridas significativamente maior pós-tratamento do que os seus homólogos com esquizofrenia,</p>

Depress Anxiety. 2001;14(4):214-8.			entretanto, o desempenho de habilidades sociais e habilidades de vida independente de pacientes com TOC permaneceram abaixo do satisfatório, mesmo em domínios onde eles melhoraram. Nas áreas de competências profissionais e de lazer, houve interação significativa do grupo.
Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. Hintikka J, Saarinen P, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H. Aust N Z J Psychiatry. 1999 Apr;33(2):226-31.	Estudar as habilidades em atividades pessoais e domésticos, e suas associações com a Avaliação Global do Funcionamento (GAF) entre pacientes com esquizofrenia, e estudar o impacto do humor depressivo sobre a capacidade funcional na esquizofrenia.	302 pacientes ambulatoriais com esquizofrenia 13-item Depressão de Beck (BDI) e um questionário referente às suas características sócio-demográficas e das condições de trabalho. Os funcionários completaram a escala GAF e um questionário referente à história médica do paciente e do tratamento atual. Este questionário também incluiu avaliações do pessoal sobre as habilidades do paciente em seis atividades pessoais ou domésticas (de higiene pessoal, do lar, gestão de assuntos financeiros, compras, tomada de decisões, ficando aproximadamente).	56% dos homens e 33% das mulheres (p <0,001) com esquizofrenia não têm habilidades independente em pelo menos uma atividade pessoal ou doméstico, mas não houve diferença na média do escore GAF entre homens e mulheres. Nos homens, o índice de GAF foi independente e positivamente associado com todas as habilidades da vida de estudo e em mulheres com afazeres domésticos, gestão de assuntos financeiros, e tomada de decisão, respectivamente. Os escores do BDI não foram independentemente associados com o funcionamento em atividades pessoais e domésticas.
Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougall CJ, Price LH. Psychiatr Serv. 1998 Mar;49(3):379-81.	Comparar o funcionamento social, ocupacional e diário entre pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, depressão maior, e esquizofrenia.	Avaliação pelo registro de prontuários de 51 pacientes.	A Avaliação Global do Funcionamento (GAF) de pacientes com esquizofrenia foram significativamente inferiores aos dos pacientes com depressão e com transtorno obsessivo-compulsivo. No entanto, o desempenho profissional, habilidades da vida diária, e os escores GAF, dos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e as pessoas com esquizofrenia não diferiram significativamente, e ambos os grupos foram significativamente mais comprometidos do que os pacientes com depressão.
Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. Dobson DJ, McDougall G, Busheikin J, Aldous J	O estudo comparou os efeitos do treinamento de habilidades sociais e tratamento do meio social sobre os sintomas da esquizofrenia, particularmente sobre os sintomas negativos.	33 pacientes com idades entre 18 e 55 anos com diagnóstico de esquizofrenia foram randomizados para um programa de nove semanas de treinamento de habilidades sociais ou tratamento no meio social. Os pacientes foram avaliados em intervalos de três, seis e nove semanas durante o tratamento e no acompanhamento usando a Escala de	Quinze pacientes completaram o treinamento de habilidades sociais, e 13 completaram o tratamento meio social. A comparação dos escores da PANSS, mostrou que ambos os tratamentos foram eficazes na redução dos sintomas, mas o treinamento de habilidades sociais parecem ser mais eficazes na redução dos sintomas negativos. Não foram encontradas diferenças entre os tratamentos nas taxas de recaída ou de medidas de sintomas de três meses de

Psychiatr Serv. 1995 Apr;46(4):376-80		Síndrome Positiva e Negativa (PANSS), que mede os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia e psicopatologia em geral.	acompanhamento e aos 6 meses o grupo de treinamento de habilidades sociais tinha começado a declinar a melhora nos sintomas negativos.
Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. Arns PG, Linney JA. Psychiatr Serv. 1995 Mar;46(3):260-5.	Este estudo explorou a relação entre as competências funcionais dos clientes com transtorno mental grave e os benefícios para o cliente e sociedade como refletido pelo estatuto residencial e profissional, auto-eficácia, auto-estima e satisfação com a vida.	139 clientes de três programas de reabilitação psicossocial para adultos com transtornos mentais graves foram analisados usando técnicas de correlação. O desfecho: nível de independência dos clientes em suas configurações residencial e profissional e os seus níveis de auto-estima, auto-eficácia e satisfação com a vida.	Avaliações de habilidades funcionais correlacionadas positivamente com os níveis de clientes residenciais e de independência profissional e com a auto-eficácia, mas não estava ligada à auto-estima e satisfação com a vida. Idade, trabalho, educação e história de internação, diagnóstico psiquiátrico, e tempo de adesão ao programa também foram relacionados a estas medidas de resultados. Nível de habilidade permanecia um forte preditor do status residencial e profissional após fatores demográficos e diagnósticos foram controladas.
Assessment of independent living skills for psychotic patients. Further validity and reliability. Cyr M, Toupin J, Lesage AD, Valiquette CA. J Nerv Ment Dis. 1994 Feb;182(2):91-7.	O estudo avaliou as propriedades psicométricas da versão francesa do "Independent Living Skills Survey (ILSS),	A versão francesa foi administrado a 145 pacientes com diagnóstico de psicose que estavam vivendo na comunidade	Todas as escalas tiveram muito boas qualidades psicométricas, com exceção da escala de manutenção de emprego. A confiabilidade teste-reteste variou 0,48-0,85, e os coeficientes alpha foram bons para sete das nove escalas. Vários aspectos da validade de construto foram exploradas. As escalas de discriminação entre pacientes em função de seus subgrupos, sexo e diagnóstico. Validade concorrente confirmou a especificidade das dimensões ILSS. A análise fatorial revelou dois fatores, um de competências básicas e habilidades que representa uma ordem superior. Recomendações para o desenvolvimento futuro da ILSS foram propostos.
Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. Brekke JS, Levin S, Wolkon GH, Sobel E, Slade E. SchizophreniaBull. 1995;21(3):405-10.	Analisar a relação entre o funcionamento psicossocial e a experiência subjetiva em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, de acordo com o Research Diagnostic Criteria.	N= 193 indivíduos com esquizofrenia O funcionamento psicossocial foi medido como o funcionamento do trabalho, do funcionamento social, que vivem situação, sintomatologia e aspectos intrapsíquicos da síndrome do déficit. A experiência subjetiva consistiu em medidas de auto-estima, satisfação com a vida e sofrimento subjetivo.	O modelo de funcionamento psicossocial, consiste de dois fatores: variáveis relacionadas com o transtorno (sintomatologia e déficits intrapsíquico) e as variáveis de estado funcional (trabalho, social, situação e de vida). E um modelo de duas camadas da relação entre o funcionamento psicossocial e a experiência subjetiva. O modelo sugere uma relação primária e difundida entre as variáveis relacionadas com a desordem e a experiência subjetiva e de uma relação secundária e menos pronunciada entre as variáveis de estado funcional e experiência subjetiva.
A follow-up study of clients	Avaliar o nível do funcionamento	N= 61	A situação conjugal e tipo de arranjo residencial foram as

<p>discharged from a day hospital aftercare program.</p> <p>Heinemann SH, Yudin LW, Perlmutter F.</p> <p>Hosp Community Psychiatry. 1975 Nov;26(11):752-4.</p>	<p>social e individual de ex-pacientes de um programa de internação-dia.</p>		<p>únicas variáveis demográficas que poderiam estar correlacionadas com o nível de funcionamento.</p> <p>Clientes casados funcionaram melhor do que aqueles que não eram casados e residentes do lar de albergue foram significativamente mais prejudicado do que em outras situações de vida.</p>
<p>The assessment of social breakdown in newly-admitted psychiatric patients.</p> <p>Clemmey R, Kennard D, Mandelbrote B.</p> <p>Br J Psychiatry. 1975 Nov;127:417-31.</p>	<p>Estudar funcionamento social e doméstico anterior a admissão em hospital psiquiátrico</p>	<p>Avaliação quantitativa de "ruptura social" nas áreas de trabalho, desempenho doméstico e atividade de grupo social, com base em relatórios do paciente e de outro membro do agregado familiar. 28 mulheres e 17 homens.</p>	<p>O nível habitual de funcionamento e seu grau de degradação estão relacionados ao diagnóstico psiquiátrico na admissão, a posição do paciente na família e com a classe social da família.</p>
<p>Evolution of the social autonomy scale (EAS) in schizophrenic patients depending on their management</p> <p>Leguay D; Rouillon F; Azorin JM; Gasquet I; Loze JY; Arnaud R; Dillenschneider A</p> <p>Encephale;36(5):397-407, 2010 Oct.</p>	<p>A pesquisa ESPASS foi criada para acompanhar uma coorte de 6.000 pacientes esquizofrênicos em um cenário naturalista, e foi conduzido ao longo de seis meses, por 1.170 psiquiatras com o objetivo de avaliar o grau de autonomia social e as variáveis que a influenciam entre pacientes esquizofrênicos.</p>	<p>N= 6000 pacientes</p> <p>Os dados coletados incluíram características dos pacientes sócio-demográficas, tipos de tratamento (farmacológico e não farmacológico), características da doença (como determinado pelos critérios do DSM-IV TR), grau de autonomia social (EAS), eficácia (IAQ escala), severidade da doença (CGI - S escala) e satisfação do paciente com o tratamento médico (PASAP questionário)</p>	<p>Foi verificado que a amostra de psiquiatras incluídos neste levantamento, bem como o portador de esquizofrenia em fase de avaliação, foram consideradas representativas ao tratamento psiquiátrico destes pacientes. A pesquisa permitiu avaliar objetivamente os serviços de saúde disponíveis na França.</p>
<p>A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia.</p>	<p>Comparar o tratamento usual com a combinação de tratamento de costume, mais treinamento cognitivo-comportamental de habilidades sociais.</p>	<p>Estudo randomizado que incluiu 76 pacientes de meia-idade e idosos com esquizofrenia crônica, que foram designados para tratamento como o tratamento usual e combinados.</p> <p>Treinamento de habilidades sociais foi realizado ao longo de 24 sessões semanais do grupo. Foram avaliados sintomas de funcionamento</p>	<p>Os pacientes que receberam tratamento combinado realizaram atividades sociais funcionamento significativamente mais frequentemente do que os doentes em tratamento de costume, embora a habilidade geral em atividades de funcionamento social não diferem significativamente.</p> <p>Os pacientes que receberam treinamento de habilidades sociais cognitivo-comportamental apresentaram maior insight</p>

<p>Granholm E; McQuaid JR; McClure FS; Auslander LA; Perivoliotis D; Pedrelli P; Patterson T; Jeste DV</p> <p>Am J Psychiatry;162(3):520-9, 2005 Mar.</p>		<p>social, psicóticos e depressivos, percepção cognitiva, e treinamento de habilidades.</p>	<p>cognitivo, indicando uma maior objetividade no domínio de habilidades.</p> <p>O efeito global do grupo não foi significativa para os sintomas, mas o maior aumento na percepção cognitiva com o tratamento combinado foi correlacionada significativamente com maior redução nos sintomas positivos.</p> <p>Os idosos com esquizofrenia crônica aprenderam habilidades de enfrentamento, avaliando experiências com mais objetividade (conseguido maior percepção cognitiva), e funcionamento social</p>
<p>Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia.</p> <p>Liberman RP; Wallace CJ; Blackwell G; Kopelowicz A; Vaccaro JV; Mintz J</p> <p>Am J Psychiatry;155(8):1087-91, 1998 Aug</p>	<p>Comparar o comportamento de pacientes com formas persistentes de esquizofrenia que vivem em serviços comunitários, após o tratamento com terapia ocupacional psicossocial ou treinamento de habilidades sociais.</p>	<p>Oito pacientes com formas persistentes da esquizofrenia foram randomizados para receber terapia psicossocial e treinamento de habilidades por 12 horas semanais em seis meses, seguidos por 18 meses de follow-up com gerenciamento de casos na comunidade.</p>	<p>Pacientes que receberam treinamento de habilidades mostraram significativamente maiores habilidades de vida independente durante os 2 anos de follow-up na comunidade. Skills formação pode ser efetivamente realizada por profissionais associados, com durabilidade e generalização das competências mais do que a alcançada por terapeutas ocupacionais que prestam os seus pacientes com terapia ocupacional psicossocial.</p>
<p>The closure of a mental hospital in Sweden: characteristics of patients in long-term care facing relocation into the community.</p> <p>Dencker K; Gottfries CG</p> <p>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci;240(6):325-30, 1991.</p>	<p>Caracterizar e medir os níveis de funcionamento de pacientes de um Hospital Psiquiátrico em processo de substituição por serviços de base comunitária (Suécia).</p>	<p>Estudo transversal. N=</p>	<p>91% dos pacientes tinham 65 anos ou mais; mais da metade estavam organicamente dementes; 20% eram esquizofrênicos crônicos; todos os pacientes tinham problemas cognitivos e 80% também foram prejudicadas em seu funcionamento; correlação entre a duração da estadia no hospital e funcionamento foi encontrado no grupo organicamente demente, mas não no grupo de pacientes crônicos psiquiatricamente doentes. 39% da população estavam comprometidos em funcionamento ADL e precisavam de cuidados de enfermagem, 34% precisavam de ajuda e apoio intermitente; 27% não foram prejudicadas em todos os níveis e poderão ser transferidos para algum tipo de serviço de apartamento.</p>
<p>Functional assessment in rehabilitation.</p>	<p>Revisar os instrumentos que avaliam as habilidades da vida funcional dos indivíduos</p>	<p>Revisão de instrumento de medidas de avaliação de reabilitação</p>	<p>Revisados em detalhes instrumentos de medidas de avaliação de reabilitação quanto ao conteúdo, formato, características psicométricas, vantagens e desvantagens de cada</p>

Wallace CJ Schizophr Bull;12(4):604-30, 1986.	cronicamente doentes mentais.		instrumento.
---	-------------------------------	--	--------------

6 Metodologia

6.1 Tipo de estudo/delineamento

Este estudo caracteriza-se como quantitativo, de caráter transversal. Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL), cujo resumo está no anexo A e utilização dos dados foi autorizada pela coordenação da pesquisa (ANEXO B).

6.2 População e amostra

Para a definição da amostra assumiu-se como marcador de rede de serviços em saúde mental a existência de serviço residencial terapêutico. Assim foram identificados cinco municípios do Rio Grande do Sul (Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre e Viamão).

Foram entrevistados os usuários dos CAPS e os moradores dos SRT dos municípios selecionados. Para o cálculo de amostra foi utilizado um valor de alfa igual a 5% e um poder de 80% e realizou-se o cálculo no software Epi-info 6.04 através de diferentes medidas e indicadores de variabilidade, encontrados na literatura (REDESUL, 2011).

Considerando os subgrupos e as possíveis perdas foram acrescidas 20% ao maior valor de amostra calculado, totalizando 450 usuários, entretanto participaram deste estudo 392 usuários na etapa quantitativa. Nos cinco municípios foi entrevistado o universo de usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos e nos

CAPS aqueles em tratamento intensivo (máximo de 45 usuários em cada CAPSII) e em tratamento semi-intensivo (máximo de 75 usuários em cada CAPSII). Não estavam incluídos na amostra os CAPS infantis e álcool e drogas, dado suas especificidades (REDESUL, 2011).

6.3 Desfecho e sua medida (o Instrumento)

Os instrumentos foram construídos a partir das orientações preconizadas pelos princípios da reforma psiquiátrica e modelo de atenção psicossocial.

O instrumento construído para o usuário teve o objetivo de avaliar a autonomia dos usuários, e foi baseado a partir de indicações da legislação específica de atenção à saúde mental. Ainda foram aplicadas duas escalas aos trabalhadores para avaliar autonomia (ILSS) e comportamento social do usuário (SBS), bem como o questionário de suporte social (SSQ) aplicado aos usuários. Juntamente foi construído formulário para o exame do plano municipal de saúde, projeto terapêutico do serviço, plano terapêutico individual do usuário, sistema de referencia e contra-referencia e registro de atendimentos em prontuários. Os instrumentos foram previamente testados em serviços que não integraram a amostra estudada. Todos os entrevistadores foram previamente treinados e acompanhados por pesquisadores da equipe do projeto.

Os dados serão analisados no software Stata, inicialmente com análise univariada. Essa análise fornece a descrição das variáveis quantitativas através de medidas de tendência central e de dispersão e no caso de variáveis categóricas oferecem medidas de proporção com intervalo de confiança.

A identificação de associação será realizada através da análise bivariada entre os desfechos de interesse e cada variável independente, conforme modelo hierárquico. Utilizou-se um ponto de corte de 0.2 para a seleção de variáveis a serem incorporadas na análise multivariada. Com vistas ao controle dos fatores de confusão o mesmo ponto de corte foi considerado para a manutenção das variáveis no modelo (valor-p=0.2). Para os desfechos dicotômicos foi utilizada a regressão logística.

No presente trabalho utilizarei os dados do instrumento dos usuários (apêndice A) o qual é constituído por 138 questões referentes às questões

demográficas, socioeconômicas, necessidades de saúde, morbidade e eventos estressantes, suporte familiar e social, acesso aos serviços de saúde, características e satisfação com o cuidado ofertado pelo serviço e da escala ILSS (apêndice B) que foi aplicada ao trabalhador técnico de referencia do usuário avaliado.

O Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) é um instrumento de medida, que foi criado para medir as habilidades de vida independente dos pacientes com doença mental grave e persistente, em diversas áreas do seu funcionamento na vida cotidiana. O instrumento de medida original Independent Living Skills Survey foi elaborado por Wallace, Kochanowicz em 1985, sendo relatado em 1986, a adaptação da escala no Brasil foi realizada por Lima, Bandeira e Gonçalves, e respeitou os procedimentos recomendados pela OMS (1996) e por Vallerand (1989). Esta escala possui duas versões uma para ser aplicada diretamente aos próprios pacientes e outra para ser aplicada a um cuidador, seja um membro da equipe de saúde mental, seja a um familiar responsável (LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2002).

A escala original contém 112 itens, e a primeira versão da escala brasileira ficou com 108 itens, pois alguns itens não se encaixavam a nossa realidade sócio-cultural. Antes da validação do instrumento no Brasil, foi realizado um estudo piloto com essa escala adaptada, e a partir do estudo piloto foram realizadas modificações na subescala relativa às atividades domésticas e a lazer, ficando em 106 questões. Os resultados desse estudo piloto foram validados através da análise do coeficiente alfa de Cronbach, sendo necessário eliminar os itens que obtiveram excesso de respostas em branco e os que apresentaram correlações abaixo do critério mínimo requerido ($r=0,2$), pois estes não estavam contribuindo para a medida de habilidades de vida independente daquela subescala (LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2003).

O resultado do estudo piloto demonstrou que as nove subescalas para avaliar os aspectos na vida cotidiana são relevantes para o contexto brasileiro e que contribuem para avaliar as habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos e que, por conseguinte os itens eliminados referiam-se a situações que não estavam ligadas a realidade cotidiana dos avaliados, ao contexto brasileiro ou as condições de vida do meio onde viviam. O estudo da validação da versão brasileira da escala apontou qualidades psicométricas de validade e de confiabilidade satisfatórias no que se refere à consistência interna das subescalas,

estabilidade temporal teste/reteste, assim como validade discriminante e validade de construto.(LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2003).

A avaliação dos pacientes nas nove áreas de habilidades de vida cotidiana independente se dá através do cálculo do escore médio das respostas, que pode variar de zero a quatro indicando nível mais elevado quando estiver mais próximo do valor máximo 4. A escala ILSS-BR ficou estabelecida em 84 itens, realizando a medida das habilidades básicas para funcionar de forma independente na vida cotidiana nas seguintes áreas: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento de alimentos, saúde, lazer, administração do dinheiro, transporte e emprego. (LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2003).

A importância deste instrumento se dá por ser um instrumento de medida importante para o planejamento e a avaliação de programas e serviços relacionados à reinserção social de portadores de transtorno mental, uma vez que o desenvolvimento das habilidades de vida independente pode demonstrar a adaptação aos novos modelos de atenção psicossocial.

6.4 Variáveis independentes

As variáveis listadas incluem dados oriundos dos estudos descritivos de estrutura e processo na medida em que tais categorias foram incorporadas ao modelo teórico de investigação do desfecho de interesse do estudo transversal de resultados.

Tabela 1 – Variáveis demográficas

Variável	Definição	Escala
Sexo	Dicotômica	Feminino /feminino
Idade	Discreta	Em anos
Cor da pele	Nominal	Branco, preto, pardo
Estado civil	Nominal	Casado, solteiro, c/ ou s/ companheiro, viúvo, separado ou divorciado

Tabela 2 – Variáveis sócio-econômicas

Variável	Definição	Escala
Fonte de renda	Variável nominal	Emprego formal Informal LOAS
Escolaridade	Variável discreta Anos completos de estudo do sujeito de estudo	Anos aprovados

Condição de moradia	Variável nominal	SRT, madeira, outros materiais	Alvenaria, mista,
---------------------	------------------	--------------------------------	-------------------

Tabela 3 – Variáveis referentes a necessidades em saúde, morbidade e eventos estressantes

Variável	Definição	Escala
Morbidade não psiquiátrica	Nominal	Lista / CID 10
Percepção da condição de saúde	Discreta	Escala
Diagnostico	Nominal	CID – 10
Tempo de diagnostico	Discreta	Anos
Medicação	Dicotômica	Sim / Não

Tabela 4 – Variáveis referentes a suporte familiar / social e satisfação

Variável	Definição	Escala
Composição familiar		
Número	Discreta	Número
Posição na família	Nominal – relação com chefe da família	Descrição
Suporte	Disponibilidade de cuidado familiar	Sim ou não

Tabela 5 – Variáveis referentes ao acesso e seguimento nos serviços de saúde

Variável	Definição	Escala
Acesso à serviço – padrão		
Característica do serviço usual	Nominal	Público, privado, convênio
Numero de consultas não psiquiátricas no ultimo ano	Discreta	Número

Tabela 6 – Variáveis referentes as características do cuidado em saúde mental e satisfação com o serviço

Variável	Definição	Escala
Visita domiciliar	Dicotômica Discreta	Sim / não Numero de vezes no ultimo ano
Crise	Dicotômica Discreta	Sim (especificar)/não Numero no ultimo ano
Medicação	Dicotômica Discreta	Sim / não Reais / mês
Dificuldade em marcar atendimentos	Percepção do usuário	Escala

6.5 Princípios éticos

Os direitos éticos foram assegurados conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, através do Capítulo III3, artigos 89, 90 e 91, os quais expõem aspectos sobre as responsabilidades e deveres, e artigos 94 e 98 os quais tratam das proibições; e também de acordo com a Resolução nº 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas - UFPel sob parecer nº 073/2009.

6.6 Análise dos dados

As análises serão realizadas de forma seqüencial. Em primeiro lugar será realizada a análise descritiva identificando as prevalências para as diferentes variáveis. As variáveis categóricas serão apresentadas em forma de proporções com os respectivos intervalos de confiança; as quantitativas discretas com medianas e percentis; as variáveis quantitativas contínuas serão apresentadas como médias e seus respectivos desvios padrões. A identificação de associação, inicialmente deverá ocorrer através da análise bivariada entre o desfecho de interesse que será tratado como variável dicotômica (nunca e algumas vezes X com freqüência, na maioria das vezes e sempre) e cada variável independente, conforme modelo hierárquico. Utilizando-se um ponto de corte de 0.2 para a seleção de variáveis a serem incorporadas na análise multivariada conforme o modelo hierárquico. Com vistas ao controle dos fatores de confusão o mesmo ponto de corte será considerado para a manutenção das variáveis no modelo (valor-p=0.2).

As categorias analíticas entre as quais serão estudadas as associações são as categorias socioeconômicas, demográficas, suporte social e familiar, satisfação, processo de trabalho, necessidades de saúde, características do cuidado em saúde mental, relacionados com as habilidades de vida independente.

7 Recursos Humanos e Materiais

7.1 Recursos Humanos

- Professor de Português
- Professor de Inglês

7.2 Recursos Materiais e Planos de despesas

Material	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Papel ofício	5000	R\$ 0,05	R\$ 250,00
Impressão	1000	R\$ 0,20	R\$ 200,00
Revisão de Português	2	R\$ 150,00	R\$ 300,00
Encadernação	6	R\$ 4,00	R\$ 24,00
Capa Brochura	7	R\$ 20,00	R\$ 140,00
CDs	7	R\$ 3,00	R\$ 21,00
Despesa de deslocamento para encontro com os membros da banca	2	R\$ 45,00	R\$ 90,00
Total			R\$ 1.025,00

OBS.: Os recursos materiais utilizados para a realização desta pesquisa serão custeados pela autora.

8 Cronograma

Tempo / Atividade	1º semestre 2010	2º semestre 2010	1º semestre 2011	2º semestre 2011	1º semestre de 2012
Definição do tema		X			
Elaboração do projeto da Dissertação		X			
Encontros com o Orientador	X	X	X	X	
Revisão de Literatura		X	X	X	
Qualificação			X		
Análise dos dados			X	X	
Elaboração de artigos		X	X	X	X
Defesa da dissertação					X

Referências

ABELHA,L.;MUÑOZ,M.D.;GONÇALVES,S.;FAGUNDES,P.;BARBOSA,D.R.;LEGAY, L.F.;LOVIST,G. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients **Revista de Psiquiatria Clínica** vol.33, n.1,p.10-17 2006.

AGUIAR, L.B. **Serviços de residências terapêuticas : entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...** 2009 124f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia

ALVERGA, A.; DIMENSTEIN, M.; A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface- Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136p.

AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

AMARANTE P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p.

AMORIM, AK.; DIMENSTEIN,M.; Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do Serviço Residencial Terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva** v.14, n.1, p.195-204, 2009.

BABINSKI, T.; HIRDES, A.; Reabilitação Psicossocial: a Perspectiva de Profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto e Contexto Enfermagem.** v.13, n.4, p.568-76, 2004.

BARRETO,M.S.; BÜCHELLE,F.; COELHO,E.B.S. O cuidado com o sofredor psíquico institucionalizado. **Cogitare Enfermagem** v.13, n.4 p.607-611 out./nov. 2008.

BARROS,S.; OLIVEIRA, MA.; ARANHA e SILVA, AL.; Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP.** v.41, p.815-9, 2007.

BASAGLIA, F **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Graal, Rio de Janeiro, 1985.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M.; Os CAPS e o trabalho em rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, ciência e profissão.** v.28, n.3, p.632-45, 2008.

BORGES, C. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BRASIL, Lei nº 9716 - de 7 de agosto de 1992 - Rio Grande do Sul, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde **Guia da saúde mental.** Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2001. 146p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.340 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de gestão 2007-2010. Brasília, DF, jan. 2011.

COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007**, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

COSTA-ROSA, A.; O Modo Psicossocial: Um Paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995 p.141-168

COSTA-ROSA, A.; Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo. 1987. Dissertação (Instituto de Psicologia) Universidade de São Paulo, São Paulo.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIAS, M. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental : uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro.** 2007. 292f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, Porto Alegre.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.; Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e o trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental.** v.1, n.1, 2009.

ESCUDEIRO, C.; SOUZA, M.; Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mudança do Modelo de Atenção na Região de Lins-SP. **Saúde e Sociedade**. v.18, n.1, 2009.

FACCHINI, LA **Trabalho Materno e Ganho de Peso Infantil**. Pelotas: Editora Universitária. 1995, 190p.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá. 1994.

GONÇALVES, S.; FAGUNDES, P.; LOVISI, G.; LIMA, L.A. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência **Ciência e saúde coletiva** v.6, n.1, p.105-113, 2001.

GUEDES, A. C. **Tratamento em liberdade**: pontos de tensionamento e de avanço no trabalho dentro do CAPS. 2008 76f. Projeto Monográfico (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. 'Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, vol. VIII, n.2, p.357-74, 2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.1, 2009.

HIRDES, A. autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.1, p.165-171, 2009.

HIRDES, A; KANTORSKI, L. P. Sistematização do cuidado em enfermagem psiquiátrica. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 94-105, 2000.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista de Enfermagem**. UERJ, 2004.

HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. **Br. J. Psychiatry**, v. 182, p. 289-90, 2003.

JARDIM, V.; CARTANA, M.; KANTORSKI, L.; QUEVEDO, A.; Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n.2, p.241-8, abr./jun.,2009.

JORGE, M.; RANDEMARK, N.; QUEIROZ, M.; RUIZ, E.; Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm** v.59, n.6, p. 734-9, 2006.

KANTORSKI, L. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.43, supl.1, p.29-35, 2009.

KANTORSKI, L. P. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. **SMAD:Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas**, v.3, n.1, 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Soc.** (São Paulo, SP), v.17, n.1, p.95-106, 2008.

LIBERMAN,R.P.,WALLACE,C.J. Social skills training for schizophenenic individuals at risk of relapse. **Jornal Psychiatry** vol.143, p.523-526, 1986.

LIMA,L.A; BANDEIRA,M.;GONÇALVES,S. Validação transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** vol.52, n.2, p.143-158, 2003.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; JUNIOR, A. P. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto- organização. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v.14, n.3, p.448-56, 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T., O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T., Redes sociais e construção **Rev. Ter. Ocup. São Paulo**, v.18, n.2, p.54-62, maio/ago, 2007.

MÂNGIA, E.,; ROSA, C.; Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v.13, n.2, p.71-7, maio/ago. 2002.

MARTINS, Paulo Henrique.; FONTES, B., **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. 2 ed. Recife: Ed. Universitária da UPFE, 2008. 159p.

OMS, **Relatório Mundial Da Saúde** Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 25p., 2001.

PELISOLI, CL., MOREIRA, AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.27, n.3, p.270-277, 2005.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária; São Paulo: ABRASCO, 2009.

PINTO, A.; FERREIRA, A.; Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: A Genealogia da Reabilitação Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, v.15, n.1, p.27-34, jan./mar., 2010.

PITTA, A. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. P.19-26.

REDESUL- Redes que reabilitam- avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. Projeto aprovado pelo edital MCT-CNPq/CT-Saúde/ MS-SCTIE-DECIT / 33/2008; Coordenação Luciane Prado Kantorski – Pelotas, 2008.

ROTELLI, F A instituição inventada 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SALLES, M.M.; BARROS,S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental **Acta Paulista de Enfermagem** vol.22, n.1, p.11-6, 2009.

SARACENO, B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 20, p.10-15, 1997.

SARACENO, B.; **Libertando identidades.** Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte; Rio de Janeiro, 2 ed., 2001. 178p.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial:** Uma estratégia para a Passagem do Milênio. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.13-16.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial:** Uma Prática à Espera de Teoria. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.150-154.

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SILVEIRA, C. G. S. **Rede social dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e o desenvolvimento de sua autonomia-** Pelotas, 2010. 71f. Projeto Monográfico (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):25-59, jan.-abr. 2002.

TEST, M. A.; STEIN, L. I. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 36, n.1, p.47-60, 2000.

TYCANORI,R.; Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.55-59.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO,E.C.D.M.;BANDEIRA,M.B. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Revista Psiquiatria RS** vol.29, n.3, p.294-304, 2007.

VIDAL, C.; GONTIJO,E.C.D.M.; BANDEIRA, M.B. Reforma Psiquiátrica e os Serviços Residenciais Terapeúticos. **J Bras Psiquiatria.** v.57, n.1, p.70-79, 2008.

- VIDAL, C.E.L. **Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados.** 2007. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C.; O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: Desafios e Potencialidades no Processo de Reforma Psiquiátrica. V.18, n.2, p.277-93, 2008.
- ZENHA, R.; Clínica e Reabilitação Psicossocial: práticas feitas por muitos. **Red de revistas científicas de América Latina y El Caribe, Espanha e Portugal.** v.3, n.5, 2005.
- WETZEL, C., KANTORSKI, L. P. Avaliação de Serviços em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem** v.13 n.4 p. 593-8. Out-Dez, 2004.
- WILLRICH, J. Q., KANTORSKI, L. P. **CAPS Castelo: um pouco da história da loucura em Pelotas.** Pelotas: EDUFPEL, 2008. 220p.
- WHO. **Atlas de salud mental em el mundo 2001.** Determinantes de la Salud Mental y Poblaciones Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1987.
- WHO. **Atlas de salud mental em el mundo 2001.** Determinantes de la Salud Mental y Poblaciones Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.

Apêndices

Apêndice A

Projeto REDESUL Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial

O projeto REDESUL, foi aprovado pelo edital MCT-CNPq/CT-Saúde/ MS-SCTIE-DECIT / 33/2008, e é coordenado pela Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski tem por objetivo avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial.

O presente projeto constituiu-se de um estudo quantitativo e qualitativo, de modo a ampliar os eixos de avaliação e possibilitar uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando esses serviços. A etapa quantitativa se deu através de uma abordagem epidemiológica de delineamento descritivo (caracterizar a estrutura e processo de estruturação das redes de atenção em saúde mental); e transversal (avaliar a autonomia dos usuários das redes de serviços em saúde mental), realizou-se em cinco municípios do estado do Rio Grande do Sul, a saber: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Viamão e Porto Alegre. O critério de seleção dos locais desta fase da pesquisa se deu pela presença do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em sua rede de atenção em saúde mental. Os dados foram coletados no período de setembro e dezembro de 2009.

O cálculo da amostra foi efetuado por meio de um valor de alfa igual a 5% e um poder de 80% no *software* Epi Info 6.04 como mostra a figura 2. Ao maior valor calculado foram acrescidos 20% para controle de fator de confusão e perdas. Desta forma, considerando os subgrupos e as possíveis perdas foram acrescidas 20% ao maior valor de amostra calculado, totalizando 450 usuários. No entanto, os questionários foram aplicados a 392 usuários, 209 trabalhadores, 14 coordenadores, além da aplicação de escalas aos trabalhadores para avaliação da autonomia (ILSS) e comportamento social do usuário (SBS), bem como o questionário de suporte social (SSQ) aplicado juntamente ao instrumento dos usuários. Nos cinco municípios foram entrevistados o universo de usuários dos serviços residências terapêuticas e nos CAPS aqueles em tratamento intensivo (máximo de 45 usuários em cada CAPSII) e em tratamento semi-intensivo (máximo de 75 usuários em cada CAPSII). Não estavam incluídos na amostra os CAPS infantis e álcool e drogas, dado suas

especificidades. Além disso, utilizou-se também como meio de coleta as informações contidas nos prontuários de coleta de informações nos prontuários. O controle de qualidade foi realizado por meio de checagem de cada entrevistador ao final da entrevista, revisão no recebimento do questionário pelos supervisores e replicação de 5% das entrevistas realizadas.

Os questionários aplicados compuseram o banco de dados no software Epi Info 6.04 com dupla digitação independente para correção dos erros de amplitude e consistência.

Esses dados pré-analisados na etapa quantitativa indicaram dois municípios com características inovadoras na estrutura da rede de atenção psicossocial, a saber: Alegrete e Caxias do Sul, onde foi realizada a fase qualitativa do estudo. Nesta etapa do estudo buscou-se apreender a partir do Serviço Residencial Terapêutico aspectos importantes da estruturação da rede de atenção em saúde mental, comunicação, interação e fluxos entre os diferentes serviços, bem como sobre a rede social do usuário, rede de cuidados e de sociabilidade, utilizou-se instrumentos de pesquisa como a observação participante e entrevistas com usuários/moradores dos SRT I e II, trabalhadores/cuidadores e gestores/coordenadores da rede de atenção em saúde mental, estes instrumentos foram orientados pelo referencial teórico metodológico da Avaliação de Quarta Geração, construtivista e responsiva de Egon Guba e Yvona Lincoln (1985, 1988, 1989) adaptada por Wetzel (2005) e da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES) de Paulo Henrique Martins (2009).

A coleta dos dados da etapa qualitativa deu-se no mês de maio de 2010, totalizando 300 horas de trabalho de campo, distribuídas entre três semanas. Foram utilizadas como estratégias de coleta de dados as entrevistas, a observação participante, dados dos prontuários e os mapas da pessoa e o trabalho de campo foi realizado por dois grupos com quatro enfermeiros, sendo deste total, três mestrandos e um professor coordenador de campo em cada uma das cidades eleitas.

Carta de autorização do coordenador da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Pelotas, 25 de abril de 2010.

Declaração

Declaro para os devidos fins que **Cândida Garcia Sinott Silveira Rodrigues**, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas esta autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial - REDESUL, para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada "Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul". Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna esta ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.



Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do Projeto de Pesquisa

Anexos

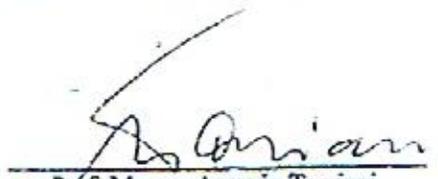
Anexo 01
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PELOTAS, 14 de janeiro de 2009.

PARECER N° 073/2009

O projeto de pesquisa intitulado: "REDES QUE REABILITAM- AVALIANDO EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE COMPOSIÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(REDESUL)", está constituído de forma adequada, cumprindo, nas suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente recebendo, portanto, PARECER FAVORÁVEL à sua execução.


Prof. Marcos Antonio Torriani
Coordenador do CEP/FO/UFPel

Prof. Marcos A. Torriani
Coordenador
Comitê de Ética e Pesquisa

	 <p>Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional</p>	
<p><i>Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)</i></p>		
<p>Inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR)</p>		
<p>Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses, como por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente.</p> <p>Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência de ocorrência deste comportamento, em particular durante o último mês.</p> <p>Cada item escolhido será marcado no questionário pelo entrevistador.</p>		
<p>Identificação:</p> <p>Nome da pessoa que esta sendo avaliada _____</p> <p>Numero de identificação: _ _ _ _ _</p> <p>Nome da pessoa entrevistada _____</p> <p>Relação entre o entrevistado e a pessoa que esta sendo avaliada _____</p> <p>Data _ _ / _ _ / _ _ _ _ .</p>		<p>nide _ _ _ _ _</p> <p>_</p>
<p style="text-align: center;">Escala: frequência da ocorrência do comportamento</p> <p>Para cada item deste questionário, por favor, registre na coluna à direita do questionário a frequência da ocorrência de cada comportamento durante o ultimo mês, segundo a escala abaixo. Se não houver oportunidade para o individuo se comportar de determinada forma (por exemplo, utilizar o ônibus quando não houve disponibilidade desse serviço), registre NA (não se aplica). Se não houve necessidade de que o individuo se comportasse desta forma (isto é, o parente ou encarregado das instalações, por exemplo, realiza as tarefas domésticas), também registre NA.</p> <p style="text-align: center;"> 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 nunca algumas vezes com frequência na maioria das vezes sempre </p>		

I. Alimentação

	Frequência do comportamento no último mês					
	0	1	2	3	4	
1. Alimenta-se asseadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e11 _
2. Usa utensílios adequados para se alimentar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e12 _
3. Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir as pressas nem demorar demais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e13 _
4. Mastiga com a boca fechada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e14 _
5. Tira comida dos pratos de outras pessoas sem permissão	0	1	2	3	4	e15 _
6. Come a quantidade de alimento apropriada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e16 _
7. Demonstra ter bons hábitos nutricionais (isto é, tem uma dieta bem equilibrada- não vive de doces e refrigerantes)	0	1	2	3	4	e17 _
8. Come comida que foi descartada (por exemplo, do chão ou do lixo)	0	1	2	3	4	e18 _

II. Cuidados pessoais

1. Toma banho usando sabonete todos os dias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e21 _
2. Lava os cabelos pelo menos uma vez na semana (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e22 _
3. Usa sabonete diariamente (sem supervisão)	0	1	2	3	4	e23 _
4. Escova ou penteia os cabelos diariamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e24 _
5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada (sem supervisão)	0	1	2	3	4	e25 _
6. Providencia o corte ou penteado dos cabelos quando necessário (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e26 _
7. Escova os dentes ou dentadura ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e27 _
8. Despe-se em horas e locais apropriados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e28 _
9. Veste-se em horas e locais apropriados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e29 _
10. Conserva-se limpo(a) e arrumado(a) o dia todo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e210 _
11. Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e211 _
12. Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e212 _
13. Quebra a etiqueta social em geral (por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar)	0	1	2	3	4	e213 _

III. Atividades domésticas

1. Arruma sua cama diariamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e31 _
2. Mantém o quarto ou espaço individual limpo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e32 _
3. Troca a roupa de cama sempre que necessário (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e33 _
4. Recolhe objetos que caem no chão (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e34 _
5. Limpa líquidos derramados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e35 _
6. Ocupa-se da arrumação de sua moradia quando necessário (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e36 _
7. Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e37 _
8. Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e38 _
9. Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e39 _
10. Coloca as roupas para secar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e310 _
11. Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e311 _
12. Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e312 _

IV. Preparo e armazenamento dos alimentos

1. Prepara refeições simples que não precisem ser misturadas ou cozidas (por exemplo, sanduíches, saladas ou cereal com leite)	0	1	2	3	4	e41 _
2. Prepara e cozinha refeições simples (por exemplo, ovos fritos, macarrão, etc.) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e42 _
3. Guarda os alimentos apropriadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e43 _
4. Pode identificar e jogar fora alimentos estragados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e44 _
5. Limpa a mesa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e45 _
6. Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha (caneca, prato, etc.) ou usa máquina de lavar louça (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e46 _
7. Guarda os utensílios de cozinha (caneca, prato, etc.) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e47 _

V. Saúde

1. Relata apropriadamente seus problemas físicos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e51 _
2. Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma apropriada	0	1	2	3	4	e52 _
3. Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiros, policia, vigilância ou outros recursos), assistência social, médico, dentista, família, quando necessário	0	1	2	3	4	e53 _
4. Segue a orientação dos serviços acima citados	0	1	2	3	4	e54 _
5. Fuma respeitando as regras de segurança	0	1	2	3	4	e55 _
6. Aceita tomar a medicação que lhe é administrada	0	1	2	3	4	e56 _
7. Toma seu remédio sem supervisão (horários e dosagem)	0	1	2	3	4	e57 _
8. Contata serviços públicos (Por exemplo, policia, bombeiros, instituições para desabrigados) para fazer queixas ou pedidos impróprios (por exemplo, entra na delegacia para pedir uma carona para casa, telefona diariamente para instituições para desabrigados para relatar variados problemas sem importância)	0	1	2	3	4	e58 _

VI. Administração do dinheiro

1. Compra a quantidade adequada de mercadorias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e61 _
2. Compra suas próprias roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e62 _
3. Compra objetos de uso pessoal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e63 _
4. Providencia o conserto de roupas e objetos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e64 _
5. Paga contas (inclusive aluguel, alimentos, roupas, transporte, atividades de lazer e bens pessoais) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e65 _
6. Administra adequadamente seu orçamento (isto é, planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros)	0	1	2	3	4	e66 _
7. Procura ajuda ou informação, quando necessário, para planificação de seu orçamento (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e67 _
8. Compreende os termos tutela ou curadoria (se for aplicável ao caso)	0	1	2	3	4	e68 _
9. Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e69 _
10. Utiliza o relógio para organizar sua programação diária	0	1	2	3	4	e610 _
11. Devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e611 _
12. Confere troco em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e612 _

VII. Transporte

1. Anda de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e71 _
2. Lê itinerários de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e72 _
3. Vai a pé a locais da vizinhança (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e73 _
4. Respeita as normas para pedestres (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e74 _
5. Informa-se e segue as indicações de um trajeto (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e75 _
6. Faz viagens de longa distância (de ônibus, trem ou avião) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e76 _
7. Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e77 _

VIII. Lazer

1. Ocupa-se regularmente com um passatempo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e81 _
2. Passeia fora de seu local de residência (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e82 _
3. Cuida do jardim ou quintal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e83 _
4. Ouve radio ou vê televisão (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e84 _
5. Escreve cartas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e85 _
6. Assiste a atividades esportivas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e86 _
7. Joga cartas ou outros jogos de mesa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e87 _
8. Lê jornais habitualmente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e88 _
9. Vai a reuniões de organizações cívicas ou outras (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e89 _

IX. Emprego

1. Procura emprego através de anúncios classificados	0	1	2	3	4	e91 _
2. Contata empregadores em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e92 _
3. Contata amigos/outros pacientes/assistente social/agencia para indicações de empregos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e93 _
4. Participa de entrevistas de seleção para obter emprego (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e94 _
5. Tem aspirações realísticas de emprego	0	1	2	3	4	e95 _
6. Sai na hora certa para os compromissos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e96 _
7. Sai na hora certa para o emprego (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e97 _
8. Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4	e98 _

	--
18. Qual a sua renda familiar no último mês? _ _ . _ _ _ , _ _	urfum _ _ . _ _ _ _ _ _
19. Qual o número de membros/ pessoas na família? _ _	umemfa _ _
20. O Sr. (a) se sente apoiado / auxiliado por sua família? (0) não (1) sim (2) Não identifico ninguém como família Se sim , De que maneira? a. apoio financeiro (0) não (1) sim (8) não é necessário b. Cuidados da vida diária (banco, contas, compras) (0) não (1) sim (8) não é necessário c. Cuidados de higiene (0) não (1) sim (8) não é necessário d. Cuidados de saúde (medicação, ir ao médico) (0) não (1) sim (8) não é necessário e. apoio afetivo (0) não (1) sim (8) não é necessário f. outro (0) não (1) sim (8) não é necessário Se sim, qual? ----- -----	uaxfa _ uafi _ ucvd _ uch _ ucs _ uaf _ uo _ uoq _
21. Com quem o(a) Sr. (a) vive atualmente? (01) sozinho (a) (05) amigo, fora do CAPS/SRT (02) cônjuge/ companheiro (a) (06) SRT (03) com filho (a) (07) mãe, pai (04) outro membro da família (08) outro, qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	uvive _ _
22. Com quem o(a) Sr. (a) gostaria de viver atualmente? (01) sozinho (a) (05) amigo, fora do CAPS/SRT (02) cônjuge/ companheiro (a) (06) SRT (03) com filho (a) (07) mãe, pai (04) outro membro da família (08) outro, qual? _ _ _ _ _ _ _ _	ugvive _ _
23. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente? (01) casa / apartamento próprio (02) casa / apartamento alugado por você mesmo (03) casa dos pais ou outros familiares (04) casa de amigos (05) pensão (alimentação e moradia)	umorad _ _

(06) abrigo de emergência (07) rua (08) SRT (09) outro, qual? _____	
24. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico? (0) não (1) sim	usdiag _
Se Não, passar para questão 27	
25. Se Sim , qual é o diagnóstico? (Múltipla escolha) (01) Esquizofrenia (02) Transtorno Depressivo maior (04) Álcool ou drogas (03) Transtorno Bipolar (05) Síndrome do Pânico (06) outro, qual? _____	udiag1 __ udiag2 __
26. Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando soube que era portador de sofrimento psíquico? __ anos	uidpor __
27. O(a) Sr.(a) já teve alguma internação psiquiátrica? (0) não (1) sim Se Não, passe para a questão 29.	uintps _
28. Se sim , quantas e em que local? Hospital Geral (0) não (1) sim Quantas? _____ Hospital psiquiátrico (0) não (1) sim Quantas? _____	uhoger _ uquan __ uhopsi _ uquant __
29. O(a) Sr. (a) faz uso de algum psicofármaco? (0) não (1) sim Se Não, passe para a questão 34.	upsf _
30. Quais os psicofármacos que o(a) Sr. (a) está usando atualmente? _____ _____ _____ _____	upsic1 __ upsic2 __ upsic3 __ upsic4 __ upsic5 __
31. Como o(a) Sr. (a) consegue os psicofármacos na maioria das vezes? (1) No CAPS (2) No SRT (3) Na Secretaria Municipal de Saúde/ Farmácia Municipal (4) Tem que comprar (5) Outro: _____	ucomed __
32. Em algumas situações o(a) Sr. (a) precisa comprar os psicofármacos? (0) Não (1) Sim	ucopsi _
Se Não, passar para questão 34	
33. Se Sim , quanto o(a) Sr.(a) gastou no último mês para esta compra? R\$ _____. _____. ____	ugacom ____. _____. ____

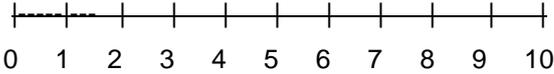
	–
34. O (a) Sr. (a) fuma? (0) Não (1) Sim (2) Ex-fumante	ufuma _
Se Não, passar para questão 37	
35. Há quanto tempo fuma? __ anos	utpfu __
36. Quantos cigarros o (a) Sr. (a) fuma por dia? ____	uqcig ____
37. O (a) Sr. (a) consumiu bebida alcoólica nas 4 últimas semanas ? (0) Não (1) Sim	ubbalc _
Se Não, passar para questão 43	
38. Com que frequência durante o último ano o(a) Sr. (a) sentiu culpa ou remorso por beber? (0) Nunca (1) Menos que 1 vez ao mês (3) Uma vez por semana (2) Uma vez ao mês (4) Todos os dias ou quase todos	ufrebe _
39. Com que frequência durante o último ano , o Sr. (a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? (0) Nunca (1) Menos que 1 vez ao mês (3) Uma vez por semana (2) Uma vez ao mês (4) Todos os dias ou quase todos	ulemb _
40. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o(a) Sr. (a) ter bebido? (0) Não (2) Sim, durante o último ano (1) Sim, mas não no último ano	ucupbb _
41. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr. (a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber? (0) Não (2) Sim, durante o último ano (1) Sim, mas não no último ano	ubbco _
42. O que o(a) Sr. (a) acha do seu consumo de bebida alcoólica? (1) É um grande problema (4) Ajuda-lhe um pouco (2) É um problema pequeno (5) Ajuda-lhe muito (3) Não é problema (6) Ajuda-lhe, mas é um problema	ubebvc _
43. O(a) Sr. (a) fez uso de alguma droga ilegal nas últimas 4 semanas ? (0) Não (1) Sim	udil _
Se Não, passar para questão 45	
44. Se Sim, quantos dias o(a) Sr. (a) fez uso destas drogas? a. Cocaína: __ dias b. Maconha: __ dias c. Heroína: __ dias d. Ácido: __ dias	ucoca __ umaco __ uhero __ uacid __

e. Crack: __ dias	ucrak __
f. Benzina: __ dias	ubenz __
g. Outras drogas ilegais: __ dias Especificar _____ —	uodil __
45. O (a) Sr. (a) tem algum outro problema de saúde? (0) Não (1) Sim	uoutpr _
Se Não, passar para questão 51	
46. Se Sim, qual? Hipertensão arterial (0) Não (1) Sim Diabetes (0) Não (1) Sim Obesidade (0) Não (1) Sim Problemas oncológicos (0) Não (1) Sim DST/ AIDS (0) Não (1) Sim Outro: _____ _____ _____	uhip _ udia _ uobe _ upron _ udsta _ uotps1 __ uotps2 __ uotps3 __
47. Atualmente, o(a) Sr. (a) usa medicação para este problema? (0) Não (1) Sim	umdots _
Se Não, passar para questão 49	
48. Se sim, qual? _____ _____ _____ _____	umeop1 __ umeop2 __ umeop3 __
49. Onde o(a) Sr. (a) é atendido para estes outros problemas? UBS/ Posto de Saúde (0) Não (1) Sim Pronto – atendimento (0) Não (1) Sim Pronto – socorro (0) Não (1) Sim Ambulatório de especialidades (0) Não (1) Sim Outro: _____ ____	uubs _ upa _ ups _ uamb _ uoul _
50. Este serviço é: (1) Público (2) Privado (3) Convênio	userv _
51. O (a) Sr.(a) já teve alguma internação não-psiquiátrica ? (0) Não (1) Sim Se sim, Qual foi o motivo da última internação não-psiquiátrica? _____ _____	uinp _ umuinp __
52. Quantas consultas não psiquiátricas realizou no ultimo ano? _____	ucnp __
53. O (a) Sr. (a) possui plano de saúde particular? (0) Não (1) Sim	uplasa _
54. O (a) Sr. (a) já consultou na UBS? (0) Não (1) Sim Se sim, Como faz para conseguir consultar nesse serviço:	ucubs _

(1) vai para fila e retira ficha (2) agendamento pelo SRT/ CAPS (3) você agenda sua consulta (4) Outro: _____	ucubsc _
55. O (a) Sr. (a) participa de alguma atividade promovida pela UBS? (0) Não (1) Sim Se sim, Qual? (1) Consulta (0) Não (1) Sim (8) NSA (2) Grupos (0) Não (1) Sim (8) NSA (3) Oficinas (0) Não (1) Sim (8) NSA (4) Atividades físicas (0) Não (1) Sim (8) NSA (5) Campanhas (0) Não (1) Sim (8) NSA (6) Outras: _____	uaubs _ uaubs1 _ uaubs2 _ uaubs3 _ uaubs4 _ uaubs5 _ uaubs6 _
56. O (a) Sr. (a) recebe visitas domiciliares da equipe da UBS? (0) Não (1) Sim Se sim, Quem já visitou? (1) Enfermeiro (0) Não (1) Sim (8) NSA (2) Médico (0) Não (1) Sim (8) NSA (3) Agente Comunitário de Saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA (4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (0) Não (1) Sim (8) NSA (5) Outras: _____	uvdub _ uvdub1 _ uvdub2 _ uvdub3 _ uvdub4 _ uvdub5 _
57. Como o(a) Sr. (a) descreveria a sua saúde física nas últimas 4 semanas ? (1) Ruim (3) Boa (2) Regular (4) Muito boa (5) Excelente	usaufi _
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o SRT / CAPS	
58. O (a) Sr. (a) tem profissional/ técnico de referência dentro do SRT / CAPS? (0) Não (1) Sim	uprore_
Se Não, passar para questão 60	
59. Se Sim, quem é este profissional? (01) Enfermeiro (05) Prof. Educação física (02) Psiquiatra (06) Prof. de Artes (03) Assistente social (07) Técnico de enfermagem (04) Psicólogo (08) outro: _____ --	uprofis __
60. Você vai ao CAPS ? (0) Não (1) Sim Se sim, Quais atividades / atendimentos o(a) Sr. (a) participou no CAPS no último mês? Grupos de conversação (0) Não (1) Sim (8) NSA Oficinas (0) Não (1) Sim (8) NSA Atendimento individual (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros (0) Não (1) Sim (8) NSA	ucpcap _ ucpgr _ ucptof _ ucpaid _ ucpat1 __

Se sim, quais? _____	ucpat2 __
61. Quais atividades / atendimentos o(a) Sr. (a) participou no SRT no último mês? Grupos de conversação (0) Não (1) Sim (8) NSA Oficinas (0) Não (1) Sim (8) NSA Atendimento individual (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros (0) Não (1) Sim (8) NSA Se sim, quais? _____	uspgr _ usptof _ uspaid _ uspat1 __ uspat2 __
62. O(a) Sr. (a) já recebeu visita domiciliar dos profissionais do CAPS? (0) Não (1) Sim (8) NSA	uvdse _
Se Não, passar para questão 64	
63. Se sim, em que situação ocorreu a última visita? _____ _____ _____ _____	usivd __
64. O(a) Sr. (a) já participou de alguma atividade de geração de renda? (0) não (1) sim	upgr _
Se Não, passar para questão 66	
65. Se sim , qual atividade? _____ _____	uatgr __
66. Como o (a) Sr. (a) classificaria, as instalações do serviço (p.ex.: banheiro, cozinha, refeitório, o próprio prédio, etc.)? (1) Péssimas (2) Ruins (4) Boas (3) Regulares (5) Excelentes	uinsun _
67. Como o (a) Sr. (a) classificaria a possibilidade de ter privacidade no serviço? (1) Péssima (2) Ruim (4) Boa (3) Regular (5) Excelente	upopri _
68. Como o (a) Sr. (a) classificaria a possibilidade de ter/ guardar objetos pessoais no serviço? (1) Péssima (2) Ruim (4) Boa (3) Regular (5) Excelente	upogob _
69. Como o (a) Sr. (a) classificaria os recursos humanos do serviço (equipe ou trabalhadores)? (1) Péssimos (2) Ruins (4) Bons (3) Regulares (5) Excelentes	urhser _

<p>70. Como o (a) Sr. (a) classificaria o atendimento no serviço?</p> <p>(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular</p> <p>(4) Bom (5) Excelente</p>	uatser _
<p>Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como o (a) Sr. (a) se sente em relação a alguns aspectos de sua vida e você pode responder utilizando as seguintes possibilidades:</p>	
<p>71. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a maneira com que gasta seu tempo?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito (3) um pouco satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito (6) muito insatisfeito</p>	ugstp _
<p>72. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a sua moradia?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito (3) um pouco satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito (6) muito insatisfeito</p>	usemo _
<p>73. Como o(a)Sr.(a) se sente em relação à vizinhança do lugar onde o(a) Sr. (a) mora?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito (3) um pouco satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito (6) muito insatisfeito</p>	useviz _
<p>74. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação ao CAPS que freqüenta?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito (3) um pouco satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito (6) muito insatisfeito</p>	usesc _
<p>75. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação ao SRT em que reside?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito (3) um pouco satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito (6) muito insatisfeito</p>	usess _
<p>76. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação a quantidade de amigos que o(a) Sr.(a) tem?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito (3) um pouco satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito (6) muito insatisfeito</p>	uqtag _
<p>77. Como o (a) Sr. (a) se sente em relação ao seu relacionamento com sua família?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito (3) um pouco satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito (6) muito insatisfeito</p>	usrfa _
<p>78. Como o (a) Sr. (a) se sente em relação às pessoas com quem o(a) Sr. (a) mora?</p> <p>(1) muito satisfeito (2) razoavelmente satisfeito</p> <p>(4) um pouco insatisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p>	usrpm _

(3) um pouco satisfeito	(6) muito insatisfeito	
79. Quantas pessoas o(a) Sr. (a) considera como amigas? ___ amigos		uqami ___
80. Quais destas atividades o(a) Sr. (a) realizou nas últimas 4 semanas ?		
Passear	(0) Não (1) Sim	upass _
Participou de grupo com amigos	(0) Não (1) Sim	uprgru _
Foi ao cinema ou a um jogo	(0) Não (1) Sim	ucinjg _
Leu jornal ou revista	(0) Não (1) Sim	uleu _
Assistiu à TV	(0) Não (1) Sim	uasitv _
Foi à igreja/ culto/ prática religiosa	(0) Não (1) Sim	uigrej _
Jogou cartas/ outros jogos	(0) Não (1) Sim	ucart _
Ouviu rádio	(0) Não (1) Sim	uradi _
Fez esporte	(0) Não (1) Sim	uespr _
Foi à biblioteca	(0) Não (1) Sim	ubibio _
Veio ao CAPS sozinho	(0) Não (1) Sim (8) NSA	uvcps _
Administrou / cuidou do seu dinheiro	(0) Não (1) Sim	ucdin _
81. Marque na escala abaixo como o(a) Sr. (a) se sentiu a respeito da sua qualidade de vida nas últimas 4 semanas .		uqalvi ___
 <p>0 = ausência 10 = <i>qualificada</i></p>		
82. O (a) Sr. (a) já passou por alguma situação de crise psiquiátrica: (0) Não (1) Sim Se Não, passe para a questão 84 Se SIM , Quantas no último ano? _____ (88) NSA Onde foi atendido? _____ (88) NSA		uasc _ uasct ___ uascoa ___
83. No ultimo atendimento a crise, quanto tempo o (a) Sr. (a) esperou para ser atendido? _____ horas		uacqte _ _ _
84. O (a) Sr. (a) vê alguma dificuldade em marcar atendimentos na Saúde Mental? (1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre (2) Raramente (4) Quase sempre		udmat _
As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.		
85. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo, companheiro ou filhos nessa resposta.) (0) Nenhum Quantos? _____		upfqtd ___
86. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo, companheiro e outros parentes.) (0) Nenhum Quantos? _____		uafqtd ___
87. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo		

(futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? (0) Não (1) Sim	uaeag _
Se Não, passe para a questão 89	
88. Se SIM , com que frequência? (0) Mais de uma vez por semana (3) Algumas vezes no ano (1) 1 vez por semana (4) Uma vez por ano (2) 2 a 3 vezes por mês (8) NSA	uaeagf _
89. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? (0) Não (1) Sim	upra _
Se NÃO, passe para a questão 91	
90. Se SIM , com que frequência? (0) Mais de uma vez por semana (3) Algumas vezes no ano (1) 1 vez por semana (4) Uma vez por ano (2) 2 a 3 vezes por mês (8) NSA	upraf _
91. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? (0) Não (1) Sim	uptv _
Se Não, passe para a questão 93	
92. Se SIM , com que frequência? (0) Mais de uma vez por semana (3) Algumas vezes no ano (1) 1 vez por semana (4) Uma vez por ano (2) 2 a 3 vezes por mês (8) NSA	uptvf _
A seguir, apresentamos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras, em busca de companhia, apoio ou ajuda.	
93. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama? (1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre (2) Raramente (4) Quase sempre	ufccaj _
94. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando precisa falar? (1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre (2) Raramente (4) Quase sempre	ufccou _
95. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? (1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre (2) Raramente (4) Quase sempre	ufccco _

<p>96. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para levá-lo (a) ao médico?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccme _
<p>97. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccam _
<p>98. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	Ufccdi _
<p>99. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccai _
<p>100. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccpr _
<p>101. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para lhe dar um abraço?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccab _
<p>102. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccre _
<p>103. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccrf _
<p>104. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccvc _
<p>105. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?</p> <p>(1) Nunca (3) Às vezes (5) Sempre</p> <p>(2) Raramente (4) Quase sempre</p>	ufccdc _
<p>106. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas</p>	

<p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	
<p>114. Você acha que é importante da vida de quais pessoas?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u3fsvp _ _</p> <p>ugfsvp _</p>
<p>115. Quem você acha que poderia ajudar se você fosse casado(a) e tivesse acabado de se separar?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u4fscs _ _</p> <p>ugfscs _</p>
<p>116. Com quem você poderia realmente contar para ajudá-lo(a) a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u5fsaf _ _</p> <p>ugfsaf _</p>
<p>117. Com quem você pode conversar francamente sem ter que se preocupar o que diz?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u6fscf _ _</p> <p>ugfscf _</p>

<p>118. Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u7fsap _ _</p> <p>ugfsap _</p>
<p>119. Com quem você pode realmente contar para distraí-lo(a) de suas preocupações quando você se sente estressado(a)?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u8fsdp _ _</p> <p>ugfsdp _</p>
<p>120. Com quem você pode realmente contar quando você precisa de ajuda?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u9fspa _ _</p> <p>ugfspa _</p>
<p>121. Com quem você poderia realmente contar para ajudar você caso fosse despedido(a) do emprego ou expulso(a) da escola?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u10sde _ _</p> <p>ugfsde _</p>
<p>122. Com quem você pode ser totalmente você mesmo(a)?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p>	<p>u11svm _ _</p> <p>ugfsvm _</p>

<p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	
<p>123. Quem você acha que realmente aprecia você como pessoa?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u12sav _ _</p> <p>ugfsav _</p>
<p>124. Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u13ssu _ _</p> <p>ugfssu _</p>
<p>125. Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem criticar você?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u14ssi _ _</p> <p>ugfssi _</p>
<p>126. Quem vai confortar e abraçar você quando você precisa disso?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u15sca _ _</p> <p>ugfsca _</p>
<p>127. Quem você acha que ajudaria você se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?</p> <p>(00) Ninguém _____</p>	

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u16sac _ _</p> <p>ugfsac _</p>
<p>128. Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo(a) a ficar mais relaxado(a) quando você está sob pressão ou tenso(a)?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u17spt _ _</p> <p>ugfspt _</p>
<p>129. Quem você acha que poderia ajudar se morresse um parente seu, muito próximo?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u18smp _ _</p> <p>ugfsmp _</p>
<p>130. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e pior?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	<p>u19smp _ _</p> <p>ugfsmp _</p>
<p>131. Com quem você pode contar para preocupar-se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p>	<p>u20sin _ _</p> <p>ugfsin _</p>

(3) um pouco satisfeito	(6) muito insatisfeito	
<p>132. Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando está muito bravo(a) com alguém?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>		<p>u21sob __</p> <p>ugfsob _</p>
<p>133. Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que você precisa melhorar em alguma coisa?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>		<p>u22sdm __</p> <p>ugfsdm _</p>
<p>134. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo(a) a sentir-se melhor quando você está deprimido(a)?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>		<p>u23sdd __</p> <p>ugfsdd _</p>
<p>135. Quem você sente que gosta de você verdadeira e profundamente?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>		<p>u24spr __</p> <p>ugfspr _</p>
<p>136. Com quem você pode realmente contar para consolá-lo(a) quando está muito contrariado(a)?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>u25scc __</p>

<p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	ugfsc _
<p>137. Com quem você pode realmente contar para apoiá-lo(a) em decisões importantes que você toma?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	u26sdi _ _ ugfsdi _
<p>138. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo(a) a se sentir melhor quando você está muito irritado(a) e pronto(a) para ficar bravo(a) com qualquer coisa?</p> <p>(00) Ninguém _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Em que grau você fica satisfeito (a)?</p> <p>(1) muito satisfeito (4) um pouco insatisfeito</p> <p>(2) razoavelmente satisfeito (5) razoavelmente insatisfeito</p> <p>(3) um pouco satisfeito (6) muito insatisfeito</p>	u27sib _ _ ugfsib _

Agradeça ao usuário

II Relatório de Campo

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Relatório do Trabalho de Campo

Pelotas, 2012

1 Introdução

O presente trabalho foi elaborado como requisito integrante para a obtenção do título de Mestre pelo curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O mestrado teve início no mês de março do ano 2010, com uma duração máxima prevista de 24 meses.

O projeto de mestrado intitulado “Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul” trata de um recorte da pesquisa “REDESUL: Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras na composição de redes de atenção psicossocial”, financiado pelo CNPq através do edital MCT-CNPq 33/2008, o qual tem a autorização da coordenadora da pesquisa Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski (anexo A).

O mestrado iniciou-se em março de 2010 e desde então, a abordagem quantitativa do Projeto REDESUL já estava definida. No referido projeto a presente autora participou da construção dos instrumentos de pesquisa, coleta de dados, digitação de dados no software Epi Info 6.4, limpeza dos dados e construção do relatório quantitativo da pesquisa.

O objetivo deste projeto foi avaliar os fatores associados às habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial, identificar a prevalência de habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial, relacionar as habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial às variáveis: sócio-demográficas, suporte familiar e social, necessidades em saúde, características do cuidado em saúde mental.

A partir da construção destes objetivos, foi construído o modelo teórico que

contribuiu para o delineamento deste estudo.

A amostra da pesquisa envolveu 392 usuários de CAPS e SRT da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul, em cinco municípios do Rio Grande do Sul, a saber: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre e Viamão. O critério de identificação de rede foi ter o Serviço Residencial Terapêutico na composição dos serviços em saúde mental.

Após a definição do assunto para a realização desta dissertação, foi construído o projeto de pesquisa que orientou este estudo, aprovado no exame de qualificação no dia 25 de abril de 2011. O cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa foi contemplado na íntegra.

Após o exame de qualificação, foram incorporadas ao projeto as sugestões da banca examinadora e deu-se início a análise dos dados.

Para a análise dos dados procedeu-se da seguinte maneira: realizou-se revisão do banco de dados quantitativo referente ao questionário de usuários e do ILSS-BR, a limpeza dos dados e se construiu um banco para entrada das informações no programa Excel. A análise estatística foi realizada com o uso do software Stata 9.0, com construção de tabelas para caracterizar as variáveis que interferiam no desfecho positivo das habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico. Para tanto foi realizada análise descritiva, univariada com distribuição de proporções, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão).

Ainda como medida de auxílio na análise dos dados, deu-se início a construção do artigo de revisão sistematizada como forma de identificação das produções referentes a Habilidades de Vida Independente de sujeitos em sofrimento psíquico e identificação dos métodos de análise de dados dos domínios medidos pelo ILSS-BR.

Elaborou-se também um artigo descritivo das Habilidades de Vida Independente de sujeitos em sofrimento psíquico identificando as médias em cada domínio do ILSS-BR, bem como o escore global.

Para a construção do artigo de defesa, proposto no modelo teórico do projeto de pesquisa realizou-se a avaliação das variáveis socioeconômicas, demográficas, necessidades em saúde, suporte social e familiar, acesso aos serviços de saúde, características do cuidado em saúde mental e sua relação com o desfecho das

habilidades de vida independente. A caracterização dos desfechos foi construída em uma tabela com as proporções das variáveis.

Durante o curso de mestrado a pesquisadora participou de capacitações e reuniões organizadas pelo Grupo de Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem – UFPel, o qual é membro desde 2006. Divulgou dados preliminares deste estudo em eventos científicos da área de saúde mental: IX Congresso Catarinense de Saúde Mental (agosto de 2011) e no 3º Congresso Internacional da ABRAMD Interfaces no uso de Drogas – Cultura, Educação e Saúde”(outubro de 2011).

Participou na construção do banco de dados e análise estatística do projeto de pesquisa “REDESUL: avaliando experiências inovadoras na composição de redes de atenção psicossocial”, na construção do Relatório de Pesquisa do referido projeto, bem como das reuniões realizadas Grupo de Pesquisa de Saúde Mental e Saúde Coletiva do qual é membro desde 2006.

Ainda participou da coleta de dados na etapa quantitativa do CAPSUL II (Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil) e ministrou oficina de sensibilização para entrevistadores da referida pesquisa.

Por fim, como forma de divulgar os achados da investigação, os resultados e discussões propostas no projeto de pesquisa apresentado acima, foram construídos três artigos:

Artigo I: Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul, que será submetido à Revista de Saúde Pública.

Artigo II: Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul: estudo descritivo dos domínios e escore global, que será submetido aos Cadernos de Saúde Pública.

Artigo III: Habilidades de Vida Independente: Revisão sistemática, que será submetido à Revista de Enfermagem da UFPE – REUOL.

III Artigo I

Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul

Cândida Garcia Sinott Silveira Rodrigues – Universidade Federal de Pelotas. Autor Correspondente – Rua Rafael Pinto Bandeira, 789 Bloco 5 apt. 119
Vanda Maria da Rosa Jardim – Universidade Federal de Pelotas

Silveira-Rodrigues, CGS. Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul [Dissertação] Universidade Federal de Pelotas, 2012.

Resumo

Objetivos: Avaliar fatores associados ao funcionamento social de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo transversal de abordagem epidemiológica em serviço de saúde, com amostra de 392 usuários da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. Foram analisadas as associações de dificuldades no desempenho do funcionamento social medidos por ILSS-BR em relação às características sociodemográficas, necessidades em saúde, suporte social e familiar e características do cuidado em saúde mental. As análises foram realizadas no STATA e forneceram dados sobre a prevalência do desfecho e odds ratio bruto e ajustado.

Resultados: Dificuldades no funcionamento social foram associadas às variáveis: sexo masculino, sem companheiro, ausência de suporte familiar e social, frequência inferior a um ano no serviço de saúde mental, dificuldades em marcar atendimento na saúde mental, presença de crises psiquiátricas no último ano.

Conclusões: Identificação de variáveis que dificultam o funcionamento social de sujeitos em sofrimento psíquico é relevante para pensarmos em estratégias de intervenções na medida em que os resultados apontam para o efeito positivo da inserção social e do acesso ao serviço de saúde mental no território.

Descritores: Saúde Mental, atividades cotidianas, reabilitação, escalas de graduação psiquiátrica, ILSS.

Abstract

Objectives: To evaluate factors associated with social functioning of users and Therapeutic Residential Services Psychosocial Care Centers of Rio Grande do Sul

Methods: A cross-sectional epidemiological approach, with a sample of 392 users of the Network of Psychosocial Care of Rio Grande do Sul were analyzed associations of performance difficulties in social functioning measured by the ILSS-BR sociodemographic characteristics, health needs, social support and family characteristics of mental health care. Analyses were performed in STATA and reported the outcome prevalence and crude and adjusted odds ratios.

Results: Difficulties in social variables were associated with being male, being single, no family support, often for less than one year in service, a hard time scoring in mental health care, presence of psychiatric crises in the last year.

Conclusions: Identification of variables that hinder the social functioning of individuals in psychological distress is relevant to think of intervention strategies in the life of individuals, but not reductionist interventions, but interventions that consider the subjectivity of each subject and incorporate care accountability in order to weave new possibilities and potential for life of the subjects.

Keywords: Mental Health, everyday activities, rehabilitation, psychiatric rating scales, ILSS

Introdução:

A crítica radical à psiquiatria tradicional, efetuada desde os anos 70, produziu uma mudança na concepção de objeto, alterando do foco na doença, para uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, indivíduo/social e desta forma constituiu um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. O conceito de clinica se transformou, pois o olhar que observava e buscava a doença, transforma-se em uma clinica do encontro, da invenção e da produção de sentidos (YASSUI, 2010).

Para Kantorski (2006) essa transformação das práticas psiquiátricas na reabilitação psicossocial redefine-se como um saber fazer que nos permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito, ou seja, um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família e que é portador de um transtorno severo e persistente que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida.

A reabilitação psicossocial se insere neste contexto visando facilitar a vida das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes na medida em que proporciona oportunidades de recuperação e minimiza efeitos desabilitantes da cronificação através do desenvolvimento de estratégias que promovem a reinserção social e o resgate de habilidades perdidas, na busca da promoção de uma vida independente (BARRETO, BÜCHELLE, COELHO, 2008).

As atividades de reabilitação também objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas às atividades comuns da vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer (TEST E STEIN, 2000; DRAKE ET AL, 2003).

Os serviços substitutivos ao modelo asilar tem por objetivo oferecer aos sujeitos em sofrimento psíquico um tratamento que alia o acompanhamento clínico a estratégias de reinserção social destes sujeitos através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, bem como pela construção ou reconstrução dos laços comunitários e familiares (BRASIL, 2004).

A necessidade de reinserção e de reabilitação psicossocial de sujeitos em sofrimento psíquico, bem como a organização por estes sujeitos de uma vida cotidiana capaz de assimilar e participar do cotidiano são pontos chaves da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, é apontada a necessidade da avaliação das intervenções de reabilitação, da efetividade dos serviços substitutivos no que se refere aos efeitos sobre a condição de vida dos sujeitos (LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2003; DIAS, 2007).

Sendo assim, este artigo objetiva avaliar as habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial através do ILSS-BR, identificando a prevalência destas habilidades e relacionando o seu desfecho às variáveis sócio demográficas, características do cuidado em saúde mental, suporte familiar e social, necessidades em saúde e estrutura da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul.

Metodologia

O estudo de funcionamento social de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul tem uma abordagem epidemiológica, de caráter transversal. Trata-se de um recorte do projeto Redes que Reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL), aprovado e financiado pelo MCT-CNPq/CT-Saúde/ MS-SCTIE-DECIT / 33/2008 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Universidade Federal de Pelotas) pelo parecer 073/2009 estando em concordância com os procedimentos éticos exigidos para pesquisa com seres humanos, atendendo o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A etapa quantitativa realizou-se em cinco municípios do estado do Rio Grande do Sul, identificados a partir da existência de Serviço Residencial Terapêutico (SRT), como marcador de rede de atenção psicossocial, a saber: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Viamão e Porto Alegre. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2009 por 20 entrevistadores previamente treinados.

Para o delineamento da amostra foi efetuado um cálculo por meio de um valor de alfa igual a 5% e um poder de 80% no software Epi Info 6.04.

Nos cinco municípios foi entrevistado o universo de cento e quarenta e três (n= 143) moradores de Serviço Residencial Terapêutico e duzentos e quarenta e nove (n= 249) usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que estavam em tratamento intensivo e semi-intensivo.

O instrumento de medida utilizado neste estudo foi o ILSS-BR, aplicada ao técnico de referencia, o qual avalia as habilidades de vida independente de sujeitos com doença mental grave e persistente, em diversas áreas do seu funcionamento na vida cotidiana: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento de alimentos, saúde, lazer, administração de dinheiro, transporte e emprego. Este instrumento foi validado no Brasil por Lima, Bandeira, Gonçalves (2003) e elaborado por Wallace (1986).

Trata-se de uma escala do tipo Likert de 5 pontos (nunca = 0, algumas vezes = 1, com freqüência = 2, na maioria das vezes = 3 e sempre = 4) e a medida se dá através do cálculo do escore médio das respostas, indicando melhor desempenho quando estiver mais próximo do valor máximo 4. No entanto, um ponto de corte foi selecionado na resposta de cinco itens do ILSS- BR e o resultado foi dicotomizado em apresentar bom desempenho e não apresentar bom desempenho de habilidades de vida independente, de acordo com a metodologia de outros estudos (WAGNER et al, 2006; ABELHA et al, 2006).

O desfecho nas habilidades de vida independente foi relacionado às características sócio-demográficas, necessidades em saúde, suporte familiar e social e características do cuidado em saúde mental.

Para a análise estruturou-se um modelo teórico e que apresenta em um primeiro nível as variáveis sócio-demográficas, incluindo sexo, idade (até 39 anos; 40 ou mais), estado civil (com companheiro/sem companheiro), cor da pele (branca, preta, parda ou outros), escolaridade (0-8 anos, 9 anos ou mais), fonte de renda (Emprego formal/informal, Renda familiar e previdência; Auxílios formais e informais) e condição de moradia (Casa própria ou alugada, Pensões, SRT).

As variáveis em um segundo nível incluem necessidades em saúde, medidas por diagnóstico psiquiátrico (Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Outros transtornos), presença ou não de morbidade não-psiquiátrica, percepção da condição de saúde (Ruim, Regular, Boa, Muito Boa/ Excelente), tempo de diagnóstico (0-5 anos, 6-20 anos, 21-65 anos).

Em um terceiro nível as variáveis referentes ao suporte social e familiar incluindo as variáveis composição familiar avaliada por número de pessoas na família (Nenhuma, 1 pessoa na família, 2 a 4 pessoas na família 5 ou mais pessoas na família), quantidade de amigos (Inexistente, 1 a 5 amigos, 6 a 10 amigos, 11 ou

mais amigos), quantidade de parentes com quem pode conversar sobre qualquer assunto (Inexistente, 1 a 5 parentes, 6 a mais parentes).

No nível proximal articularam-se as variáveis referentes a características do cuidado em saúde mental, tipo de serviço: SRT ou CAPS, neste a modalidade de atendimento (intensivo/ semi-intensivo) e o tempo de frequência nestes serviços (menos de um ano, de 1 a 47 meses, 4 anos ou mais), dificuldade no acesso na saúde mental (nunca, raramente/as vezes, quase sempre e sempre) e presença ou não de crises psiquiátricas no último ano, para avaliar os indicadores de características do cuidado em saúde mental.

Para a seleção dos dados que seriam utilizados no modelo final de análise utilizou-se 20% como ponto de corte.

As análises foram realizadas no STATA e forneceram dados sobre a prevalência do desfecho e odds ratio bruto e ajustado, conforme o modelo de análise, ou seja, as variáveis foram ajustadas para aquelas de mesmo nível e nível superior, através de razão de verossimilhança, teste de Wald e de seleção para trás, em cada nível.

Ao final da análise foi realizado um diagnóstico do modelo, que incluiu a avaliação da qualidade do ajuste, com um lfit, assim como foram realizados os gráficos de resíduo e de influência. Este diagnóstico apontou um pequeno número de pontos influentes, entretanto, ao serem retirados não promoveram mudanças significativas no modelo.

Resultados

A amostra deste estudo foi de 392 sujeitos, distribuídos em SRT (n= 119) e em CAPS nas modalidades intensiva (n= 133) e semi-intensiva (n=131). A maioria destes sujeitos é do sexo masculino (n=202), com 40 anos ou mais (n=217), cor da pele branca por autodeclaração (n= 208) e sem companheiros (n= 301).

Em relação às variáveis sócio-demográficas (tabela 1), a análise bivariada mostrou que os homens têm mais dificuldades no desempenho das habilidades de vida independente do que as mulheres (OR = 1.50, p = 0.07), viver em pensões e SRT também demonstraram maior probabilidade de dificuldades no desempenho do

funcionamento social (OR = 2.02, $p= 0.002$) do que viver em casa própria ou alugada.

Sujeitos sem companheiro e com escolaridade de zero a oito anos são mais propensos a ter dificuldades no seu funcionamento social (OR= 2.36, $p= 0.003$; OR=0.37, $p= 0.0007$).

Além desses marcadores, outras variáveis mostraram-se relacionadas às dificuldades no funcionamento social como: ser mais jovem (OR=0.53) e ser previdenciário (2.63).

Nos marcadores necessidades em saúde (tabela 2), houve associação com o diagnóstico, e obtiveram-se os seguintes resultados na regressão logística: transtorno bipolar como fator de proteção para desempenho do funcionamento social e diagnóstico de esquizofrenia, outros transtornos e desconhecer o diagnóstico (OR= 3.6, 4.5, 6.07 respectivamente, $p<0.0001$), com maiores chances de dificuldades no funcionamento social.

Variáveis no tempo de diagnóstico uso de psicofármaco e presença de morbidades não-psiquiátricas também se relacionam com dificuldades no desenvolvimento das habilidades de vida independente.

A prevalência obtida na regressão logística para os marcadores de suporte social e familiar (tabela 2) demonstraram que não ter nenhuma pessoa na família leva a prevalência de 64, 29% dos sujeitos em terem dificuldade no funcionamento social, bem como não ter amigos e parentes leva a prevalência de 47.95% e 37.88% respectivamente.

Tabela 1 – Prevalência e odds ratio de dificuldade no funcionamento social medido por ILSS-BR conforme variáveis sócio-demográficas entre usuários de SRT e CAPS do Rio Grande do Sul, 2009

Variável	N	Prevalência %	OR bruto e Intervalo de confiança (95%)	p-valor
Sexo				
Feminino	181	26.52	1	0.07
Masculino	202	35.15	1.50(0.97 – 2.33)	
Idade				
Até 39	134	37.31	1	0.007
40 ou mais	217	23.96	0.53(0.33 – 0.85)	
Cor da pele				
Branca	208	29,81	1	0.38
Parda	65	24,62	0,77 (0.41 – 1.45)	
Preta	41	31,71	1,09 (0.53 - 2.25)	
Outros	65	38,46	1.47 (0.82 - 2.63)	
Estado Civil				
Com companheiro	82	18.29	1	0.003
Sem companheiro	301	34.55	2.36 (1.28 – 4.33)	
Escolaridade				
0-8 anos	280	34.29	1	0.0007
9 anos ou mais	92	16.30	0.37 (0.20– 0.68)	
Fonte de Renda				
Emprego	33	18.18	1	0.12
Renda familiar/	50	24.00	1.42 (0.47-4.26)	
Previdência social	111	36.94	2.63 (1.00-6.91)	
Auxílios	174	30.46	1.97(0.77-5.05)	
Condição de Moradia				
Casa própria/alugada	255	25.88	1	0.002
Pensões, SRT	128	41.41	2.02 (1.29-3.17)	

Tabela 2 – Prevalência e odds ratio de dificuldade no funcionamento social medido por ILSS-BR conforme necessidade em saúde e suporte social entre usuários de SRT e CAPS do Rio Grande do Sul, 2009

Variável	N	Prevalência %	OR bruto e IC (95%)	p-valor
Tipo de diagnóstico				

Transtorno Bipolar	100	10.00	1	< 0.0001
Esquizofrenia	70	28.57	3,6 (1.56-8.29)	
Outros transtornos	33	33.33	4.5 (1.70-11.93)	
Desconhece	165	43.64	6.97 (3.38-14.34)	
Tempo de diagnóstico				
0-5 anos	58	25.86	1	
6-20 anos	84	19.05	0.67 (0.30-1.50)	0.18
21-65 anos	56	12.50	0.40 (0.15-1.10)	
Uso de Psicofármaco				
Não	27	48.15	1	
Sim	355	29.86	0.46 (0.21-1.00)	0.05
Morbidade não psiquiátrica				
Não	194	35.05	1	
Sim	188	26.60	0.67(0.43 – 1.04)	0.07
Percepção da Condição de saúde				
Ruim	56	19.64	1	
Regular	100	26.00	1.43 (0.64-3.18)	0.006
Boa	152	30.92	1.83 (0.87-3.85)	
Muito Boa/ Excelente	71	46.48	3.55(1.58-7.97)	
Pessoas na família				
Nenhuma	14	64.29	1	
1 pessoa	57	40.35	0.37 (0.11-1.27)	0.0003
2 a 4 pessoas	180	20.56	0.14 (0.04-0.45)	
5 ou mais pessoas	113	33.63	0.28 (0.09-0.90)	
Quantidade de amigos				
Nenhum	37	45.95	1	
1 a 5 amigos	203	27.09		0.05
6 a 10 amigos	65	30.77		
11 ou mais amigos	43	18.60	1	
			0.64 (0.40-1.02)	
			0.38 (0.14-0.98)	
Parentes para falar				
Nenhum	132	37.88		
1 a 5 parentes	209	28.23		0.05
6 a mais parentes	32	18.75		

Os últimos marcadores referem-se a características do cuidado em saúde mental (tabela 3) e através da regressão logística obtiveram-se os seguintes resultados: moram em SRT aumenta a probabilidade de desempenho satisfatório no funcionamento social (OR=1.75, p= 0.01), assim como menos tempo de frequência nos serviços (OR de 0.50-0.76, p= 0.04).

Tabela 3 – Prevalência e odds ratio de dificuldade no funcionamento social medido por ILSS-BR conforme características da atenção em saúde mental entre usuários de SRT e CAPS do Rio Grande do Sul, 2009

Variável	N	Prevalência %	OR bruto e Intervalo de confiança (95%)	p-valor
Tipo de serviço				
CAPS	244	26.64	1	0.01
SRT	139	38.85	1.75 (1.12-2.73)	
Tempo serviço				
Menos 1 anos	150	37.33	1	0.04
1-47 meses	112	31.25	0.76 (0.45 – 1.28)	
4 ou mais	121	23.14	0.50 (0.29 – 0.86)	
Modalidade				
Apenas SRT	119	40.34	1	0.007
CAPS/ intensiva	133	31.58	0.68 (0.41-1.14)	
CAPS/ semi intensiva	131	22.14	0.42 (0.24-0.73)	
Dificuldade de acesso na saúde mental				
Nunca				
Raramente/As vezes	215	26.98	1	0.11
Quase sempre	87	37.93	1.65 (0.98-2.80)	
Sempre	23	26.09	0.95 (0.36-2.54)	
	46	41.30	1.90(0.98-3.68)	
Crises psiquiátricas no último ano				
Nenhuma	221	29.41	1	0.49
1 ou mais	134	32.84	1.17 (0.74-1.86)	

Tabela 4 – Regressão logística de modelo hierarquizado para dificuldade no funcionamento social medido por ILSS-BR entre usuários de SRT e CAPS do Rio Grande do Sul. 2009

Variável	OR ajustado e intervalo de confiança (95%)	p-valor
Idade		
Até 39	1	0.007
40 ou mais	0.51 (0.31 – 0.83)	
Estado Civil		
Com companheiro	1	0.01
Sem companheiro	2.28 (1.16 – 4.46)	
Escolaridade		
0-8 anos	1	0.005
9 anos ou mais	0.42 (0.22 – 0.79)	
Condição de Moradia		
Casa própria/alugada	1	0.05
Pensões, SRT	1.69 (1.01 – 2.83)	
Tipo de diagnóstico		
Transtorno Bipolar	1	0.04
Esquizofrenia	1.96 (0.71 – 5.39)	
Outros transtornos	5.31 (1.65 – 17.04)	
Desconhece	3.66 9 0.16 – 82.490	
Tempo de diagnóstico		
0-5 anos	1	0.06
6-20 anos	0.46 (0.18 – 1.20)	
21-65 anos	0.24 (0.07 – 0.85)	
Morbidade não psiquiátrica		
Não	1	0.07
Sim	0.45 (0.18 – 1.10)	
Tipo de serviço		
CAPS	1	0.19
SRT	0.16 (0.02 – 1.39)	
Modalidade		
Apenas SRT	1	0.15
CAPS/ intensiva	0.29 (0.02 – 3.92)	
CAPS/ semi intensiva	0.15 (0.01 – 2.02)	

A regressão logística para as variáveis: modalidade de atendimento nos serviços, dificuldades em marcar atendimento na saúde mental e número de crises psiquiátricas no último ano, demonstrou que moradores de SRT, encontrar sempre dificuldades em marcar atendimento na saúde mental, ter tido de uma a mais crises psiquiátricas associam-se a dificuldades no desempenho das habilidades de vida independente dos sujeitos estudados ($p= 0.007, 0.11, 0.49$ respectivamente).

Discussão

A prevalência de dificuldades no funcionamento social dos sujeitos deste estudo foi de 31.07%, e comparado ao estudo de Dias (2007) no qual foi encontrada uma prevalência de 70% no comprometimento do funcionamento social, o resultado obtido neste estudo foi satisfatório e pode estar associado à amostra ser composta por sujeitos de CAPS e SRT e não de sujeitos em recente transição da instituição asilar para SRT's.

Os resultados deste estudo corroboram com os de outros estudos, mostrando que mulheres têm menos dificuldade no funcionamento social do que os homens e também suporta dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (2001) em seus estudos ao referir que mulheres com transtornos mentais severos e persistentes têm melhor prognóstico e mais autonomia do que os homens. No entanto, o maior número de sujeitos do sexo masculino, diferenciou-se, nos estudos de Abelha et al (2005) e Fleck et al (2007) e aproximou-se ao encontrado por Vidal (2007).

Neste estudo, sujeitos mais jovens apresentaram maior dificuldade no funcionamento social, o que diferencia-se de alguns estudos: Abelha et al (2005), Wagner et al (2006), Vidal, Gontijo, Bandeira (2007).

Algumas variáveis modificadas ao longo do cuidado no modelo psicossocial desempenham um desfecho positivo nas habilidades de vida independente, tais como: não ter dificuldade em marcar atendimentos na saúde mental, tempo de tratamento no serviço e não ter crise psiquiátrica no último ano.

A característica do cuidado em saúde mental tem uma representação importante no modelo psicossocial, pois esta se baseia no rompimento de práticas manicomialistas, sendo que estas práticas são abolidas no momento em que a vida cotidiana e os laços sociais são valorizados e retomados e quando um novo olhar

para o cuidado é compreendido como um marco conceitual da reabilitação psicossocial

Isto se comprova, na medida em que não possuir vínculos familiares e afetivos com amigos e parentes levou ao desfecho negativo do funcionamento social, dado este que precisa ser problematizado, pois o empobrecimento da rede social se configura em desabilitação dificultando o resgate da cidadania pelos sujeitos.

Esse marcador se aproximou do resultado obtido no estudo de Huxley e Thornicroft (2003) que verificou que pessoas com transtornos mentais severos e persistentes são quatro vezes mais propensos que a média da população a não terem um amigo mais próximo e que mais de um terço destas pessoas não tem a quem recorrer quando necessitam. E ainda aproximou-se da associação feita por Wagner (2006) que demonstra que a ausência de rede social e familiar prejudica os sujeitos no desempenho de sua autonomia e funcionamento social.

Os CAPS têm representado um dos avanços significativos da Reforma Psiquiátrica e seus preceitos de um tratamento centrado no sujeito e não na doença pode estar relacionado à associação feita neste estudo de que estar em modalidade de atendimento semi-intensiva e intensiva leva os sujeitos a terem uma prevalência menor de dificuldades no funcionamento social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos representam uma possibilidade de reconstrução de vida cotidiana e um dispositivo chave na restauração de possibilidades de vida diária de seus moradores. No entanto, por constituir-se em uma modalidade substitutiva a internação prolongada o resgate de habilidades perdidas é uma reconstrução mais lenta, e a este fato atribui-se a prevalência na dificuldade do funcionamento social em moradores de SRT deste estudo.

Segundo Dias (2007) moradores de SRT, são uma população comprometida do ponto de vista da autonomia e o desempenho desta por sujeitos em sofrimento psíquico em vários aspectos da vida diária é fundamental para o processo de desinstitucionalização. A autora acredita que os longos anos de internação e o conseqüente afastamento da sociedade, assim como a gravidade maior ou menor dos sintomas psiquiátricos fez com que esses indivíduos desenvolvessem deficiências em lidar com questões que dependessem de iniciativa e independência.

Yasui (2010) refere que é no cotidiano que a Reforma Psiquiátrica inventa permanentemente suas ações, que são produzidos os encontros com o drama do existir, que são construídas estratégias de cuidado e que se organizam modos de habitar o mundo.

A reabilitação psicossocial cumpre um importante papel nas transformações ocorridas na assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico, pois visa novas possibilidades de vida a estes sujeitos e desta forma identificar variáveis que dificultam o desempenho das habilidades de vida independente é relevante para pensarmos em estratégias de intervenções na vida dos sujeitos, mas não de intervenções reducionistas, e sim de intervenções que considerem a subjetividade de cada sujeito e que incorporem ao cuidado responsabilização no sentido de tecer novas possibilidades e potencialidades para a vida dos sujeitos.

Referencias

ABELHA,L.;MUÑOZ,M.D.;GONÇALVES,S.;FAGUNDES,P.;BARBOSA,D.R.;LEGAY, L.F.;LOVIST,G. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients **Revista de Psiquiatria Clinica** vol.33, n.1,p.10-17 2006.

BARRETO,M.S.; BÜCHELLE,F.; COELHO,E.B.S. O cuidado com o sofrimento psíquico institucionalizado. **Cogitare Enfermagem** v.13, n.4 p.607-611 out./nov. 2008.

DIAS MTG, **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental : uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. 292f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, Porto Alegre.

HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. **Br. J. Psychiatry**, v. 182, p. 289-90, 2003.

KANTORSKI, LP O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. **SMAD:Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas**, v.3, n.1, 2006.

LIMA L.A; BANDEIRA M.;GONÇALVES,S. Validação transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** vol.52, n.2, p.143-158, 2003.

PINTO, A.; FERREIRA, A.; Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: A Genealogia da Reabilitação Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, v.15, n.1, p.27-34, jan./mar., 2010.

REDESUL Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL): relatório final / Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; Coordenação Geral de Luciane Prado Kantorski. Pelotas, 2011. 418p.

SARACENO, B.; **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte; Rio de Janeiro, 2 ed., 2001. 178p.

TEST, M. A.; STEIN, L. I. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 36, n.1, p.47-60, 2000.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO,E.C.D.M.;BANDEIRA,M.B. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Revista Psiquiatria RS** vol.29, n.3, p.294-304, 2007.

VIDAL, C.; GONTIJO,E.C.D.M.; BANDEIRA, M.B. Reforma Psiquiátrica e os Serviços Residenciais Terapêuticos. **J Bras Psiquiatria**. v.57, n.1, p.70-79, 2008.

VIDAL,C.E.L. **Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados**. 2007. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

WAGNER, LC FLECK, MPA WAGNER, M DIAS, MTG Autonomy of long-stay psychiatric inpatients **Revista de Saúde Pública** v. 40, n.4, p. 699-705, 2006.

YASUI, S **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192p.

IV Artigo II

Artigo II

Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul: estudo descritivo dos domínios e escore global **Independent living skills of users of the psychosocial attention network in Rio Grande do Sul: a descriptive study of domains and global score**

Cândida Garcia Sinott Silveira Rodrigues – Universidade Federal de Pelotas. Autor Correspondente – Rua Rafael Pinto Bandeira, 789 Bloco 5 apt. 119
Vanda Maria da Rosa Jardim – Universidade Federal de Pelotas

Silveira-Rodrigues, CGS. Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul [Dissertação] Universidade Federal de Pelotas, 2012.

RESUMO: Este estudo tem por objetivo descrever as habilidades de vida independente dos usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. Trata-se de um recorte do Projeto de Pesquisa Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial – REDESUL e se constitui em um estudo descritivo das habilidades de vida independente dos usuários de SRT e CAPS do Rio Grande do Sul, que utilizou a escala ILSS em 390 usuários, de setembro a dezembro de 2009, em cinco municípios, a saber: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre e Viamão. Os dados demonstraram que quanto ao grau de habilidades cotidianas, os sujeitos da amostra demonstraram um desempenho razoável a bom, apontando a necessidade de acompanhamento e estímulo contínuo pelos profissionais dos serviços substitutivos a valorizarem as atividades de vida cotidiana.

Abstract: This study aims to describe the independent living skills of users of the psychosocial attention network in Rio Grande do Sul. It is a clipping from the Research Project Networks that rehabilitate – assessing innovative experiences of composition of psychosocial attention networks – REDESUL, and it consists of a descriptive study of the independent living skills of users of SRT and CAPS from Rio Grande do Sul, which used the ILSS scale in 390 users, from September to December of 2009, in five boroughs: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre

and Viamão. Data showed that referring to the degree of skills, the sample subjects showed a performance from reasonable to good, pointing to the need to be accompanied and to the need for constant stimulation by the professionals from the substitutive services to value the small tasks of the everyday life.

Introdução:

O modelo psiquiátrico tradicional, construído historicamente a partir do século XVIII, tem como objeto central de seu domínio e de sua intervenção a doença mental. Neste entendimento, há um distúrbio que se localiza no corpo e que se manifesta em alterações nas formas de ser e de existir do sujeito, fugindo de um padrão de normalidade, e para tanto esse distúrbio pode ser reduzido, em sua determinação, a fatores localizáveis no organismo (YASUI, 2010).

A Reforma Psiquiátrica e a atenção psicossocial propõem outra maneira de compreensão da doença mental, Amarante (1996) faz uma colocação, inspirado em Basaglia que é exemplar nesta transição: “se a doença é colocada em parêntese, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do sujeito”.

Hoje a Reforma Psiquiátrica faz parte das políticas públicas de saúde no Brasil e já teve avanços significativos como à consolidação de serviços substitutivos e expansão da rede de atenção psicossocial. Porém com esses serviços consolidados o desafio agora está na efetividade das ações em saúde mental, na construção da reabilitação psicossocial dos usuários e na desmistificação da loucura na sociedade.

Os modelos de atenção psicossocial de base comunitária dentro da Reforma Psiquiátrica visam acompanhar os usuários na comunidade, oferecer estruturas de suporte social, e promover a reabilitação permanente, já que há dificuldade desses usuários na realização das atividades cotidianas, na reconstrução de seus laços afetivos e sociais e na reinserção na sociedade.

Neste sentido, a Reabilitação Psicossocial é colocada como balizadora no processo de desinstitucionalização e conforme a Organização Mundial de Saúde (1987) inclui um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronicidade das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Para isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem proposto desde 2002, avaliação dos serviços e programas de saúde mental, principalmente no que diz respeito à satisfação com o serviço, qualidade de vida, grau de autonomia, comportamento social e impacto dos programas de reabilitação psicossocial na vida dos sujeitos com sofrimento psíquico.

No sentido de contribuir para práticas reabilitadoras no cotidiano dos serviços de saúde mental e para futuros estudos, este artigo tem por objetivo descrever as habilidades de vida independente dos usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul.

Metodologia:

Este estudo é um recorte do Projeto de Pesquisa Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial - REDESUL. O referido projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) pelo parecer nº 073/2009 e financiado pelo CNPq conforme o edital MCT-CNPq/CT-Saúde/ MS-SCTIE-DECIT / 33/2008.

O Estudo de Avaliação Quantitativa de abordagem epidemiológica pretendeu avaliar a composição e qualidade das redes de atenção psicossocial da Região Sul do Brasil/RS através de um estudo descritivo para caracterizar a estrutura e processo de estruturação das redes de atenção em saúde mental; e de um estudo transversal para avaliar a autonomia dos usuários das redes de serviços em saúde mental. Englobou cinco municípios Rio Grande do Sul (Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre, Viamão), 39 serviços (6 CAPS e 33 SRT), 14 coordenadores de CAPS (6) e SRT (8), 209 cuidadores/trabalhadores e 392 usuários de SRT e CAPS. Para a definição da amostra assumiu-se como marcador de rede de serviços em saúde mental a existência de serviço residencial terapêutico. Os dados foram colhidos de setembro a dezembro de 2009.

Instrumentos de medidas validados e fidedignos são uma das possibilidades para avaliar o impacto dos serviços substitutivos de saúde mental na vida diária dos sujeitos e autonomia destes sujeitos. Dentre estes instrumentos, destaca-se o Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS- BR). Este instrumento descrito por Wallace (1986), validado no Brasil por Lima, Bandeira, Gonçalves

(2003) visa avaliar o grau de habilidades de vida cotidiana de sujeitos em sofrimento psíquico, foi aplicado ao técnico/cuidador de referência do usuário entrevistado.

O ILSS é um instrumento de medida, que foi criado para medir as habilidades de vida independente dos pacientes com doença mental grave e persistente, em nove áreas do seu funcionamento na vida cotidiana, a saber: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento de alimentos, saúde, lazer, transporte e emprego, através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos (nunca, algumas vezes, com frequência, na maioria das vezes e sempre) para identificar com que frequência o sujeito realizou as referidas atividades no último mês (LIMA et al, 2003).

O nível de habilidades de vida independente é avaliado através dos escores médios obtidos em cada domínio do ILSS-BR e do escore médio global. A média dos domínios e da escala global varia 0 a 4, indicando um nível mais elevado de habilidades de vida independente quanto mais próxima estiver do valor máximo 4.

Apresentação e análise dos resultados

Os dados apresentados a seguir são correspondentes às médias das habilidades de vida independente de usuários de CAPS e SRT distribuídos entre os cinco municípios do Rio Grande do Sul.

Os sujeitos do estudo (n=392) se caracterizam em sua maioria como do sexo masculino (52,3%), com média de idade entre 36 e 46 anos (30,3%), de cor branca por auto- declaração (55%) e solteiros (64%). Quanto à distribuição de usuários por cidade e tipo de serviço, o número de entrevistados nos CAPS foi mais significativo, correspondendo a 63,5% dos sujeitos (n=249), enquanto que em SRT compuseram a amostra 36,5% dos entrevistados (n= 143). A cidade de Porto Alegre possui a maior amostra (n=133), sendo que esta apresenta um número maior de SRT (REDESUL,2010).

Na tabela 1, pode-se visualizar os resultados obtidos nas nove subáreas que avaliam as habilidades de vida independente no cotidiano dos usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul.

Os resultados encontrados entre 143 usuários de SRT e 249 usuários de CAPS dos municípios estudados apresentou um escore global de 2,44, o que indica a média que estes usuários apresentaram as habilidades de vida independente.

O resultado do escore global foi maior do que o encontrado em outros estudos, 1,70 e 2,29 na primeira e segunda fase respectivamente do estudo de Vidal (2007); 1,51 no estudo de validação do ILSS-BR por Lima, Bandeira, Gonçalves (2003); 1,68 e 1,69 no teste e reteste do ILSS versão brasileira (Bandeira, Lima, Gonçalves, 2003); 2,0 no estudo de Fleck et al (2007) e 1,13 no estudo de Wagner et al 2006.

Cabe considerar que os estudos citados acima foram realizados com sujeitos em sofrimento psíquico internados em instituições psiquiátricas, com exceção do estudo de Vidal (2007) que aplicou o ILSS-BR num primeiro momento em sujeitos hospitalizados e em um segundo momento nestes sujeitos dois anos após sua transferência para SRT. Nenhum destes estudos aplicou o ILSS-BR em usuários de CAPS.

Neste sentido a média global encontrada neste estudo pode estar relacionada ao tempo de Reforma Psiquiátrica e dos serviços substitutivos de saúde mental e na diferença de vivência e oportunidade de realização de atividades cotidianas de sujeitos que estavam institucionalizados para sujeitos que estão inseridos no território, pois conforme o relatado por Delgado (1999) o território não é apenas o bairro de domicilio do sujeito, mas o conjunto de referencia socioculturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano e de sua inserção no mundo.

Ainda pode-se considerar que serviços substitutivos como os CAPS e os SRT objetivam a reabilitação psicossocial, e esta se insere no momento que visa facilitar a vida das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes proporcionando oportunidades de recuperação e minimizando efeitos desabilitantes da cronificação através do desenvolvimento de estratégias que promovam a reinserção social e o resgate de habilidades perdidas, na busca da promoção de uma vida independente (BARRETO, BÜCHELLE, COELHO, 2008).

Tabela 1 – Média e desvio padrão dos domínios e do escore global do ILSS-BR entre usuários de SRT e CAPS em municípios com rede de atenção psicossocial do RS. Rio Grande do Sul, Brasil, 2009.

Subscala	Média X	Desvio Padrão	N
Alimentação	3,29	0,71	386
Cuidados Pessoais	3,08	0,92	338
Atividades domésticas	2,50	1,37	386
Preparo e Armazenamento de Alimentos	2,55	1,39	388
Saúde	2,68	0,92	390
Administração de Dinheiro	2,06	1,41	390
Transporte	2,74	1,15	390
Lazer	1,94	1,03	390
Emprego	1,00	1,19	390
Escore global	2,44	0,90	383

*A variação do n é decorrente da variação de ignorados em cada grupo de questões por domínio.

O primeiro domínio avaliado refere-se à alimentação, no qual se avalia em oito subitens quanto: alimentar-se asseadamente, usar utensílios adequados, apresentar comportamento adequado durante as refeições e ter bons hábitos nutricionais sem necessidade de orientação. Neste domínio a média encontrada foi de 3,29 e este resultado comparado a achados de outros estudos 2,05 e 3,09 respectivamente (WAGNER et al, 2006; LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2003) mostrou-se de forma positiva.

O funcionamento social é avaliado pela capacidade satisfatória que uma pessoa tem de cuidar de si mesma e de seus interesses, desta forma um bom desempenho neste domínio nos demonstra a capacidade destes sujeitos, visto que a alimentação é uma das nossas necessidades básicas de sobrevivência.

Nos domínios cuidados pessoais e atividades domésticas, obteve-se uma pontuação que traduz uma boa freqüência de demonstração das habilidades, sendo 3,08 para o primeiro domínio citado e 2,50 para o segundo. O desempenho positivo destes subitens nos remete a acreditar na efetividade dos serviços substitutivos e no aumento da qualidade de vida destas pessoas no momento em que elas apresentam um funcionamento independente nas tarefas de seu cotidiano, pois estes itens

avaliam tarefas que não dependiam de suas escolhas durante a institucionalização como: tomar banho, lavar os cabelos, arrumar sua cama, trocar roupa de cama, entre outros.

No domínio relativo ao preparo e armazenamento dos alimentos obteve-se uma média de 2,55, resultado este satisfatório comparado ao de outros estudos 0,88 (Wagner et al, 2007) e 1,29 (Lima, Bandeira, Gonçalves, 2003) Este domínio apresenta-se como um dado importante, pois seus sub-itens dizem respeito a capacidade de preparo de alimentos e refeições simples sem necessidade de orientação, capacidade de identificar e jogar fora alimentos estragados sem necessidade de orientação, além de manter os utensílios limpos e guardados em locais adequados sem necessidade de orientação. Desta forma o desempenho satisfatório neste domínio, demonstra mudanças significativas no cotidiano e na apropriação de realizar tarefas básicas de vida diária, visto que estas pessoas não tinham a oportunidade de realizar estas tarefas em instituições psiquiátricas.

Em relação ao domínio saúde, que trata desses usuários relatarem e reconhecerem seus problemas de saúde, contatar os serviços necessários para resolver esses problemas e a aceitação de tomar medicação e tomá-la sem supervisão, ou seja, cuidados com a saúde em geral, obteve-se uma média 2,68, nos demonstrando que os usuários conseguem reconhecer seus problemas de saúde quando comparamos seu resultado a outros estudos 2,07 (LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2003), 1,51 (WAGNER et al 2006), 0,87 e 1,37 (VIDAL et al, 2007).

A avaliação referente à habilidade no domínio Transporte apresentou uma média de 2,74, que comparado a média 1,13 encontrada no estudo da validação do ILSS-BR por Lima, Bandeira, Gonçalves (2003) nos mostra um desempenho satisfatório e nos remete a valorizar a autonomia do usuário, visto que este item diz respeito à capacidade dos usuários em irem aos locais da vizinhança sem necessidade de acompanhamento, assim como realizarem viagens e circularem pela cidade sem necessidade de orientação. Esse dado também nos demonstrou um desempenho satisfatório ao ser comparado com outros estudos que obtiveram médias que variaram entre 0,92 e 1,25 (WAGNER et al, 2006; VIDAL, GONTIJO, BANDEIRA, 2007)

Outro domínio que apresentou uma média elevada, considerando a média dos outros estudos 1,16 no de Lima, Bandeira e Gonçalves (2003) e 0,56 no de Wagner et al (2006) foi o domínio Administração do Dinheiro. Neste estudo foi obtida uma média de 2,06 e avaliou-se se os usuários administram seu orçamento comprando objetos de sua necessidade, pagando contas essenciais, providenciando aquisição de roupas e bens quando necessário e dando prioridades aos seus gastos sem a necessidade de orientação.

A importância da avaliação neste domínio é muito relevante, pois ter recursos financeiros próprios é uma oportunidade de se reconhecer enquanto sujeito, pois além de proporcionar que estes usuários adquiram objetos pessoais, contratem serviços, entre outros, oportuniza que eles escolham a partir de seus interesses e gostos, o que favorece sua inserção nas trocas sociais.

Por fim, nos domínios Lazer e Emprego obteve-se a pontuação mais baixa comparado aos outros domínios (média =1,94 e 1,0 respectivamente) e ao escore global, no entanto ao ser comparado a achados de outros estudos 0,67 e 0,29 (Lima, Bandeira, Gonçalves, 2003), 0,87 e 0,66 (Wagner et al, 2006), os resultados encontrados apresentam-se satisfatórios.

O domínio Lazer mede uma variedade de entretenimento, com passatempos realizados com regularidade e externos ao local de residência, como passeios, atividades esportivas e participação em reuniões comunitárias, bem como aqueles realizados na rotina diária da casa, como assistir televisão e ouvir rádio. O desempenho neste domínio nos demonstra que os usuários não vivenciam muito oportunidades de lazer e, portanto esse resultado precisa ser problematizado, pois a vivência do lazer por esses usuários lhes proporciona oportunidade de distração e socialização, atividades que são importantes no cotidiano, tanto para sua qualidade de vida, tanto para a reintegração destes sujeitos na sociedade.

O domínio Emprego corresponde às ações de procurá-lo através de anúncios classificados ou através de contatos com pessoas ou serviços, participar de entrevistas de seleção, ter aspirações realísticas de emprego, e habilidade de cumprir os horários correspondentes aos compromissos.

O resultado obtido nesse domínio (média= 1,0) demonstra que é preciso encontrar maneiras de incentivar os sujeitos a produzirem sua autonomia e desconstruir a relação de tutela, levando-os a novas possibilidades de vida, pois

através da possibilidade de trabalhar e ganhar pelo trabalho, a pessoa é reconhecida, como relatado por Saraceno (2001), sujeito de direito e se reconhece como sujeito de desejo, melhorando sua auto-estima e seu reconhecimento como capaz de produzir e realizar trocas.

No entanto, cabe ressaltar que embora o trabalho possua importância fundamental no processo terapêutico, já que promove autonomia dos usuários, e rompe com os sentimentos de impotência vividos por eles, muitos usuários já dispõem de remuneração mensal, bem como muitos se apresentam em faixa etária que não corresponde a exigida pelo mercado de trabalho necessitando desta forma encontrar outras possibilidades de reconhecimento enquanto sujeito.

Os dados mostram que quanto ao grau de habilidades cotidianas, os sujeitos da amostra demonstraram um desempenho entre razoável e bom, apontando a necessidade de acompanhamento, estímulo contínuo pelos profissionais dos serviços substitutivos no sentido de valorizarem as pequenas atividades de vida cotidiana, pois através destas os sujeitos desenvolvem autonomia o que os auxilia na reinserção social

Através da descrição das habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul, pode-se perceber que estes sujeitos ainda carregam consigo reflexos da institucionalização, os resultados da avaliação da escala mostra que esses indivíduos apresentam limitações em lidar com questões que dependam da sua iniciativa e autonomia.

Desta forma, avaliar habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico como medida para repensar práticas reabilitadoras em saúde mental, nos impõe a necessidade de romper cada vez mais com o paradigma psiquiátrico e com a racionalidade médica, ou seja, de tomar a existência humana em sua complexidade, e nela o sofrimento psíquico. Pois como ainda relata Yassui (2010) se a proposta é entender o sofrer e a vida em sua complexidade, somente podemos pensar em estratégias de cuidado que produzam e promovam a autonomia considerando a singularização do sujeito.

Considerações finais:

Através deste estudo, verificou-se que o Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) é sensível para descrever as habilidades de vida de sujeitos em sofrimento psíquico, bem como relevante para contribuir no planejamento e avaliação de programas e serviços relacionados à reinserção social de portadores de transtorno mental, uma vez que o desenvolvimento das habilidades de vida independente pode demonstrar a adaptação aos novos modelos de atenção psicossocial.

No entanto, torna-se relevante que nas práticas dos serviços substitutivos seja reforçada a inclusão de um planejamento terapêutico individualizado comprometido com uma nova forma de cuidar e acolher o sofrimento psíquico e que cada serviço procure identificar práticas inovadoras que auxiliem no resgate da autonomia dos sujeitos, entendendo autonomia como a capacidade do indivíduo de gerenciar sua vida e não estando presa a modelos estabelecidos.

Por fim, acredita-se que para que haja superação nas práticas reabilitadoras, é necessário romper com o conceito de Reabilitação, proposto pelo modelo psiquiátrico tradicional, que se restringe a remissão dos sintomas, a normalidade social e que não considera o sujeito além de seu quadro clínico. Ao contrário precisa-se entender a reabilitação, no modo psicossocial, ou seja, com práticas que efetivem transformações nas condições de vida dos sujeitos, respeitando seu momento e sua singularidade.

Referências:

ABELHA,L.;MUÑOZ,M.D.;GONÇALVES,S.;FAGUNDES,P.;BARBOSA,D.R.;LEGAY, L.F.;LOVIST,G. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients **Revista de Psiquiatria Clínica** vol.33, n.1,p.10-17 2006.

BARRETO,M.S.; BÜCHELLE,F.; COELHO,E.B.S. O cuidado com o sofredor psíquico institucionalizado. **Cogitare Enfermagem** v.13, n.4 p.607-611 out./nov. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

DELGADO, P. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB**, n. 14, p. 113-121, 1999.

DIAS MTG, **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental : uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. 292f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, Porto Alegre.

HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. **Br. J. Psychiatry**, v. 182, p. 289-90, 2003.

LIMA L.A; BANDEIRA M.;GONÇALVES,S. Validação transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** vol.52, n.2, p.143-158, 2003.

OMS, **Relatório Mundial Da Saúde** Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 25p., 2001.

REDESUL Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL): relatório final / Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; Coordenação Geral de Luciane Prado Kantorski. Pelotas, 2011. 418p.

SARACENO, B.; **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte; Rio de Janeiro, 2 ed., 2001. 178p.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO,E.C.D.M.;BANDEIRA,M.B. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Revista Psiquiatria RS** vol.29, n.3, p.294-304, 2007.

VIDAL, C.; GONTIJO,E.C.D.M.; BANDEIRA, M.B. Reforma Psiquiátrica e os Serviços Residenciais Terapêuticos. **J Bras Psiquiatria**. v.57, n.1, p.70-79, 2008.

VIDAL,C.E.L. **Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados**. 2007. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

WAGNER, LC FLECK, MPA WAGNER, M DIAS, MTG Autonomy of long-stay psychiatric inpatients **Revista de Saúde Pública** v. 40, n.4, p. 699-705, 2006.

YASUI, S Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192p.

V Artigo III

Habilidades de Vida Independente: Revisão sistemática

Independent living skills: systematic review

Cândida Garcia Sinott Silveira Rodrigues – Universidade Federal de Pelotas. Autor Correspondente – Rua Rafael Pinto Bandeira, 789 Bloco 5 apt. 119

Vanda Maria da Rosa Jardim – Universidade Federal de Pelotas

Silveira-Rodrigues, CGS. Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul [Dissertação] Universidade Federal de Pelotas, 2012.

Resumo: A reabilitação psicossocial destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do sofrimento psíquico. Neste contexto de reinserção social e dos objetivos da Reabilitação Psicossocial está o desempenho em habilidades sociais que resultam em maior grau de autonomia na vida cotidiana do usuário do serviço de saúde mental, tais como: atividades ocupacionais, lazer, saúde, finanças, autocuidado, acesso ao trabalho e ao direito de cidadania. Este artigo objetiva apresentar uma revisão sistematizada e integrativa de literatura realizada a fim de identificar e analisar a produção científica das habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa de literatura utilizando os descritores: atividades de vida cotidiana, reabilitação, ajustamento social, escalas de graduação psiquiátrica, somada as palavras: ILSS e habilidades de vida independente Foi realizada a busca nas bases de dados PubMed e BIREME. No primeiro momento foram encontradas vinte e sete publicações que atenderam aos critérios de inclusão, todas escritas em inglês, sendo todos artigos publicados em periódicos, após refinar-se a busca foram encontrados 13 artigos, 7 na literatura internacional e cinco na literatura nacional. Através da leitura na íntegra dos artigos desta revisão, por similaridade de conteúdos, agruparam-se estes em duas temáticas, a saber: Construção do Instrumento de Habilidades de Vida Independente e Habilidades de Vida Independente de Sujeitos em Sofrimento Psíquico. Durante a análise dos artigos, pode-se visualizar como foi construído o Instrumento de Habilidades de Vida Independente (ILSS) e como foi realizada sua validação no

Brasil (ILSS-BR). Ainda pode-se identificar de maneira ampla o que vem sendo produzido no meio científico referente ao funcionamento social e habilidades de vida independente de sujeitos com sofrimento psíquico.

Descritores: Saúde mental; Reabilitação; Atividades de vida cotidiana, Escalas de graduação psiquiátrica

Abstract: The psychosocial rehabilitation intends to increase the person's skills, decreasing the disabilities and the damages resulting from the experience of mental disorder. In this context of social reinsertion and of the aims of psychosocial rehabilitation, it is the social skills training which results in a higher degree of autonomy in the everyday life for the users of mental health service, such as occupational activities, leisure, health, finances, self-care, accessing to work and to the citizenship rights. This article aims to present an integrative review of literature to identify and analyze scientific production of independent living skill of subjects in psychic suffering. The methodology used was an integrative of literature, using the descriptors: everyday tasks, rehabilitation and social adjustment, psychiatric gradation scales, adding these words: ILSS and independent living skills. The search was carried out from the database PubMed and Bireme. In a first moment, twenty seven publications were found, which corresponded to the criteria of inclusion, all written in English and consisting of articles published in periodicals. And then, in a deeper search, thirteen articles were found, seven in international literature and five in national literature. Through the reading of the complete articles of this review, and by similarity of contents, they were grouped in two themes: The building of the Instrument of Independent Living Skills and Independent Living Skills of Subjects in Psychic Suffering. During the analysis of the articles, it was possible to visualize the Building of the Independent Living Skills Instrument and its assessment in Brazil. It was also possible to identify, in a wide way, what has been produced in the scientific field referring to social skills of subjects in psychic suffering.

Descriptors: Mental health; Rehabilitation; Everyday tasks; Psychiatric gradation scales.

Introdução

A Reforma psiquiátrica propõe um modelo assistencial substitutivo ao internamento em manicômios, com a ampliação do enfoque exclusivamente organicista e biológico para uma abordagem multicausal do transtorno mental.

Este modelo proposto tem como eixos fundamentais a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, que segundo Pitta (1996) consiste numa ética de solidariedade que facilite os sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistente, assim como o aumento da contrualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível de autonomia para a vida cotidiana.

Os modelos clássicos da Reabilitação Psicossocial acreditam que ela se dá, após a remissão de sintomas, porém as experiências brasileiras de empoderamento da clínica ampliada, entendida como o trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade nos dispositivos substitutivos de cuidados em atenção psicossocial, tem garantido chances de sobrevida através do “bom cuidado” as pessoas em sofrimento psíquico (SARACENO, 2001).

Várias escalas de graduação psiquiátrica já foram validadas no Brasil a fim de identificar potencialidades e fragilidades nos serviços substitutivos em saúde mental e no cotidiano de portadores de sofrimento psíquico, entre elas destaca-se a ILSS-BR - Inventário de Habilidade de Vida Independente (LIMA,BANDEIRA, GONÇALVES,2003).

Segundo Lima, Bandeira e Gonçalves (2003) a ILSS avalia a autonomia de pacientes crônicos em diversas áreas do funcionamento social e é um instrumento de medida importante para o planejamento e avaliação de programas relacionados à reabilitação psicossocial de indivíduos com sofrimento psíquico.

Sendo assim, o presente artigo teve como objetivo apresentar uma revisão integrativa de literatura realizada a fim de identificar e analisar a produção científica das habilidades de vida independente de pessoas em sofrimento psíquico.

Metodologia

A fim de responder o objetivo proposto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura tendo em vista que esta é uma alternativa de pesquisa que se propõe buscar e analisar o conhecimento publicado referente a determinado tema, de maneira profunda. Esta disponibiliza aos profissionais das mais variadas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados que são considerados mais relevantes e que desta forma fundamentam a tomada de decisão ou as condutas, proporcionando um saber crítico (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Foi realizada a busca em duas bases de dados: PubMed e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) pretendendo identificar estudos que contribuíssem para caracterizar e identificar fatores relacionados ao funcionamento social das habilidades de vida independente.

Como critério de inclusão da amostra, realizou-se a busca nas bases antes citadas com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: atividades cotidianas, reabilitação, ajustamento social e escalas de graduação psiquiátrica. Como critério de exclusão, optou-se por não analisar publicações relacionadas à clínica em saúde mental e descrição de psicopatologias específicas. Foram considerados como documentos de análise os artigos publicados em periódicos.

Os limites determinados foram: adultos, com resumos, estudos em humanos e nos seguintes idiomas: espanhol, inglês, italiano e português. Definiram-se estas bases de dados por serem as principais fontes de publicações da área da saúde.

A revisão nas bases de dados realizada em março de 2010 e atualizada em janeiro de 2012 resultou em cento e sessenta e três publicações, sendo que quarenta e cinco artigos foram encontrados em duas bases de dados distintas. Após a leitura dos resumos destes estudos e tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, cento e trinta e seis publicações foram excluídas do estudo. Portanto foram analisadas vinte e sete publicações na íntegra.

Ao término da leitura dos 27 (vinte e oito) artigos na íntegra, verificou-se que em apenas 8 (oito) haviam resultados que respondiam ao objetivo deste artigo. Novamente refinou-se a busca, e tomou-se como estratégia incluir as palavras ILSS e habilidades de vida independente em todos os campos, somada aos descritores citados acima. Desta forma, encontrou-se mais 5 (cinco) artigos condizentes a proposta deste artigo e partiu-se para a análise dos dados.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas: primeiramente identificaram-se os assuntos contidos no resumo de cada artigo, os quais foram agrupados em um instrumento construído para essa finalidade, contendo a localização da publicação, ano, país, tipo de estudo, objetivos, metodologia e resultados. E na segunda etapa, realizou-se a leitura exaustiva dos artigos na íntegra a fim de extrair os dados para construção do artigo em questão.

Apresentação e discussão dos resultados

A seguir estão relacionados os dados encontrados, primeiramente organizados no Quadro 1, no qual se pode visualizar as publicações referentes à temática proposta.

Quadro 1: Publicações científicas encontradas na base de dados PUBMED e BIREME sobre produção científica referente aos fatores que interferem nas habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial, segundo a caracterização do título, revista, ano, país e fonte.

Título	Autor	Revista	Ano	País	Fonte
Functional significance of preserved affect recognition in schizophrenia	FISZDON, JM; JOHANNESSEN, JK	Psychiatric Res.	2010	EUA	PUBMED
Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia	AUBIN, G GÉLINAS, I RAINVILLE, C CHAPPARO, C	Schizophrenia Research	2009	Canadá	PUBMED
Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de	VIDAL, CEL; GONTIJO, ECDM; BANDEIRA, MB	Revista Psiquiatria RS	2007	Brasil	BIREME

pacientes psiquiátricos desospitalizados					
Long-stay patients in a psychiatric hospital in southern Brazil	FLECK, MPA; WAGNER, L; WAGNER, M; DIAS, M	Revista de Saúde Pública	2007	Brasil	Bireme
Autonomy of long-stay psychiatric inpatients	WAGNER, LC; FLECK, MPA; WAGNER, M.; DIAS, MG	Revista de Saúde pública	2006	Brasil	BIREME
Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients	ABELHA, L; MUNOZ, MD; GONÇALVES,S;FAGUNDES, P; BASRBOSA, DR; LEGAY, LF; GIOVANNI, L	Revista Psiquiatria Clinica	2006	Brasil	BIREME
Characteristics of schizophrenia residents and staff rejection in community mental health hostels.	LEVY E, SHEFLER G, LOEWENTHAL U, UMANSKY R, BAR G, H.L	Isr J Psychiatric Relat Sci	2005	Israel	PUBMED
Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia	PERIVOLIOTIS D, GRANHOLM E, PATTERSON TL	Schizophr Res.	2004	EUA	PUBMED
Validação Transcultural do inventário de Habilidades de Vida	LIMA, LA, BANDEIRA, M; GONÇALVES, S.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	2003	Brasil	BIREME

Independente para pacientes psiquiátricos					
Qualidades psicométricas no papel da Escala de habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos	BANDEIRA, M; LIMA, LA; GONÇALVES, S	Revista Psiquiatria Clinica	2003	Brasil	BIREME
Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders.	BYSTRITSKY A, LIBERMAN RP, HWANG S, WALLACE CJ, VAPNIK T, MAINDMENT K, SAXENA S	Depression and Anxiety.	2001	EUA	PUBMED/ BIREME
The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally 111 Individuals	WALLACE,CJ;; LIBERMAN,RP;TAUBER, R; WALLACE, J	Schizophrenia Bulletin,	2000	EUA	PUBMED

Assessment of independent living skills for psychotic patients. Further validity and reliability.	CYR M; TOUPIN J, LESAGE AD; VALIQUETTE CA.	J Nerv Ment Dis.	1994	EUA	PUBMED/ BIREME
Functional assessment in rehabilitation	WALLACE, CJ	Schizophr Bull	1986	EUA	PUBMED

Todos os títulos são artigos científicos publicados em periódicos, encontrados em bases nacionais e internacionais.

Destas publicações foi encontrada na base de dados PUBMED, seis delas, na base de dados BIREME quatro delas e as outras três publicações restantes foram encontradas em ambas as bases. Vale ressaltar que todas elas são de abordagem metodológica quantitativa.

Os resultados encontrados entre os estudos nacionais e internacionais indicam prioritariamente a realização de estudos de validação da escala em diferentes locais e estudos de utilização do ILSS tanto para avaliar através de estudos transversais como de estudos de acompanhamento, principalmente entre população que viveram processo de exclusão através do modelo asilar e que em outro momento vivem processos de inserção ou reinserção.

Através da leitura na íntegra dos artigos desta revisão, por similaridade de conteúdos, agruparam-se estes em duas temáticas, a saber: **Construção do Instrumento de Habilidades de Vida independente e Habilidades de Vida Independente de Sujeitos em Sofrimento Psíquico.**

Construção do Instrumento de Habilidades de Vida independente

Em 1986 Wallace realizou uma busca a respeito dos instrumentos que avaliavam a vida funcional de indivíduos mentalmente doentes. Cinco instrumentos foram revistos, quanto as suas principais características: áreas de avaliação e métodos de avaliação.

Após esta análise o autor verificou que nenhum dos instrumentos avaliados tinha uma aplicabilidade adequada no que tange as competências de vida funcional, e que os instrumentos avaliados apresentavam uma quantidade limitada de dados para avaliar práticas reabilitadoras, pois cada um destes instrumentos avaliava uma área específica da vida cotidiana.

Porém, conforme Wallace (1986) estes instrumentos mostraram-se úteis para descrever características dos sujeitos e avaliar tratamentos, mas ainda seriam relevantes instrumentos que avaliassem diferentes áreas na vida diária como contribuição aos programas de reabilitação.

Neste artigo Wallace (1986) cita o ILSS desenvolvido por (Wallace Kochanowicz e Wallace 1985), instrumento este que fornece uma análise detalhada da vida em comunidade de doentes mentais crônicos, avaliando nove áreas: hábitos alimentares, higiene, atividades domésticas, preparo de alimentos, manutenção da saúde, capacidades econômicas, uso de transporte público, atividades de lazer e habilidades na procura de emprego, definidos em 112 itens, e medidos em que grau cada comportamento é um problema (nunca é um problema, às vezes é um problema, freqüentemente é um problema, e sempre é um problema). Avaliou-se a consistência interna e confiabilidade deste instrumento e este foi validado em 1986.

Em 2000 Wallace et al, testou o Inventário de habilidades de vida independente (ILSS) em duas versões, a aplicada a um informante e a auto-aplicável. Estas versões, apresentaram características satisfatórias quanto a consistência interna, estabilidade, confiabilidade, sensibilidade aos efeitos das habilidades e validade no teste e reteste.

Esta escala também teve uma versão francesa, que foi aplicada a 145 pacientes (n=145) psicóticos que estavam vivendo na comunidade, e com exceção do domínio emprego, todos os domínios apresentaram boas qualidades psicométricas (WALLACE et al, 2000).

No Brasil este instrumento foi validado por Lima, Bandeira, Gonçalves em 2003 devido a escassez de instrumentos de medida validados no Brasil para avaliar a autonomia de pacientes psiquiátricos.

Na versão brasileira estes instrumento trata-se de uma escala do tipo Likert de 5 pontos (nunca, algumas vezes, com frequencia, na maioria das vezes e

sempre) para identificar com que frequencia o sujeito realizou as atividades cotidianas necessárias ao seu funcionamento independente na comunidade em nove áreas, a saber: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento dos alimentos, saúde, lazer, transporte e emprego.

No ILSS – BR alguns itens foram suprimidos por não se ajustarem a nossa realidade, ainda foi verificada a validade de construto, discriminante e consistencia interna do instrumento.

O Inventário de Habilidades de Vida Independente mostrou-se com qualidades psicométricas de validade e fidedignidade satisfatórias, e correlação significativa entre os escores do teste e reteste, além de estabilidade temporal, podendo desta forma avaliar as habilidades de vida independente nas mesmas áreas de atividades cotidianas da versão original (LIMA, BANDEIRA, GONÇALVES, 2003).

As autoras citadas acima ainda identificaram a ILSS-BR como um importante instrumento de medida para o planejamento e avaliação de programas relacionados a reinserção social de pessoas em sofrimento psiquico, bem como método de fornecer informações pertinentes à avaliação dos serviços de saúde mental.

Habilidades de Vida Independente de Sujeitos em Sofrimento Psíquico

Os estudos internacionais que avaliaram o funcionamento social através de escalas, principalmente ILSS foram utilizados em sua maioria entre sujeitos em sofrimento psiquico relacionados a esquizofrenia, e atribuíram os resultados obtidos no desempenho das habilidades de vida independente ao desempenho realizado por testes neurocognitivos.

No estudo realizado por Fiszdon e Johannesen (2010) a amostra foi de 104 portadores de esquizofrenia (n=104), sendo 48 pacientes com comprometimento afetivo e 56 individuos com grau menor de comprometimento no reconhecimento afetivo, que estabeleceram os seguintes critérios de inclusão: portador de diagnóstico psiquiátrico, entre 18 e 65 anos, sem nenhuma deficiência auditiva ou visual e/ou retardo mental.

Aubin et al (2009) usou o ILSS para medir atividades diárias, cognição e funcionamento na comunidade de pessoas com esquizofrenia, tratou-se de um

estudo transversal com oitenta e dois (n=82) indivíduos e teve como principal objetivo testar a hipótese de que limitações no desempenho das atividades de vida diária afetam negativamente o funcionamento social destes sujeitos.

A prevalência nas habilidades de vida independente dos sujeitos foi apresentada nos resultados e através destes dados conclui-se que intervenções de reabilitação devem considerar possibilidades de auxílio destas pessoas no seu funcionamento social objetivando diminuir as dificuldades encontradas por essas pessoas no viver na comunidade (AUBIN et al, 2009)

Outro estudo encontrado na literatura internacional, foi o realizado por Keffe et al (2006). A amostra deste estudo foi composta por 60 pacientes esquizofrênicos (n=60) diagnosticados conforme DSM-IV. Destes 47% eram homens e estavam em uso de medicações antipsicóticas, e a maioria destes sujeitos (n=55) foram internados em um Centro de Reabilitação. Além da avaliação da escala ILSS, os sujeitos passaram por testes neurocognitivos.

Os resultados encontrados na ILSS foram comparados aos escores globais de outros instrumentos (UPSA – Avaliação de funcionamento social, BACS – Medidas de Cognição) e demonstraram através do Inventário de habilidades independente um bom desempenho, comparado ao escore global, no funcionamento de vida diária.

Ainda, há o estudo realizado por Levy et al (2005), onde três albergues do Sul de Israel que objetivam a reabilitação psiquiátrica foram pesquisados. Os residentes destes albergues (n=63) tratavam-se de portadores de transtornos mentais graves, e preencheram os seguintes critérios de inclusão: portadores de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, com duração da doença há pelo menos cinco anos, vivendo no albergue a pelo menos seis meses e que disponibilizassem a participação no estudo através da assinatura do consentimento livre e esclarecido.

As principais características destes sujeitos, assinaladas neste estudo foram: residentes com nível baixo de escolaridade, idade média de 41 anos, passaram 20% de sua vida internados em instituições psiquiátricas e faziam uso de antipsicótico atípico. Quanto as habilidades de vida independente, os achados deste estudo foram: desempenho abaixo do escore global nos domínios: atividades domésticas, procura de emprego e saúde e estes desempenhos foram relacionados aos indivíduos com mais idade (LEVY et al, 2005).

Perivoliotis, Granholm, Patterson (2004) realizaram sua pesquisa para avaliar o funcionamento independente de pacientes idosos psicóticos utilizando o Inventário de Habilidades de Vida Independente com a versão auto-aplicável. A amostra consistiu em 57 idosos com esquizofrenia (n=57) e 40 idosos sem transtornos psiquiátricos (n=40).

O IISS neste estudo mostrou-se sensível para indicar comprometimento funcional em idosos, bem como em avaliar programas de reabilitação. Quanto as habilidades de vida independente o coeficiente para cada área funcional foi comparado aos escores globais relatados por Wallace et al (2000), tendo os seguintes achados: 0,79 higiene, 0,52 cuidados pessoais, 0,56 preparo de alimentos, 0,49 saúde, 0,56 administração de dinheiro, 0,71 transporte, 0,48 lazer e 0,66 emprego. Desta forma comparado aos escores globais da versão original do instrumento, todos resultados encontrados demonstraram-se significativamente piores.

Alguns subitens não puderam ser avaliados nos domínios preparo de alimentos e cuidados pessoais pois os sujeitos não tiveram a oportunidade de realizá-lo, visto que a funcionários e cuidadores que realizam as tarefas. Ainda neste estudo, relacionou-se as características dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia com o mau desempenho nas habilidades, mas nenhuma correlação consistente foi encontrada (PERIVOLIOTIS, GRANHOLM, PATTERSON, 2004)).

Entre os estudos encontrados na literatura internacional, destaca-se ainda o estudo de Bystritsky et al (2001), no qual o funcionamento social e a qualidade de vida foi comparada entre sujeitos com transtornos distintos: esquizofrenia (n= 68) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (n=31). Os autores deste estudo tinham como pressuposto que os transtornos citados acima levam a déficits no funcionamento social, interferindo na qualidade de vida e no sofrimento psíquico.

O escore obtido no IISS do estudo acima descrito, foi semelhante para os dois grupos estudados no pré-tratamento, e durante o tratamento os sujeitos diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo apresentaram desempenho nas habilidades de vida independente significativamente maior do que os diagnosticados com esquizofrenia.

Bystritsky et al (2001) além da IISS utilizou outras escalas para identificar aspectos que influenciam no comportamento e no funcionamento social destes

sujeitos como MRA (Medidas de Reconhecimento do Afeto), MMAA (Medidas Proxy de funcionamento), SSPA (Avaliação de desempenho de habilidades sociais) e além disto foram realizados testes neurocognitivos. Os principais resultados encontrados foram que há relações nas médias obtidas nas escalas com as variáveis idade, educação, gênero, porém não há relação com cor da pele e estado civil e que quanto menor o déficit cognitivo e reconhecimento do afeto há maior desempenho nas habilidades de vida independente, no funcionamento e no desempenho das habilidades sociais.

O estudo apresentado acima, ainda apresenta as médias encontradas em cada domínio do ILSS entre pessoas diagnosticadas com TOC e com esquizofrenia respectivamente, a saber: transporte (3.05, 2.79), saúde (3.12, 2.79), atividades domésticas (2.77, 2.85), emprego (1.89, 1.46), alimentação (3.5, 3.28), preparo de alimentos (3.4, 3.3), lazer (1.93, 1.89), administração do dinheiro (3.18, 2.79), escore global (3.70).

Neste estudo pode-se visualizar as médias encontradas em cada domínio do ILSS, demonstrando que os sujeitos estudados apresentaram um desempenho de regular a muito bom no desempenho das habilidades de vida independente.

Nos estudos nacionais, Vidal, Gontijo e Bandeira (2007) avaliaram as habilidades de vida independente e o comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. Este estudo teve uma amostra de 75 pacientes crônicos (n=75) do Sanatório Barbacena e do CHPB (Belo Horizonte – MG – Brasil) que estavam em processo de desospitalização.

Foram utilizadas duas escalas neste estudo: Escala de avaliação do comportamento social (SBS) e Inventário de habilidades de Vida Independente (ILSS). Os principais resultados encontrados foram: predomínio de homens (58,7%), idade variando de 31 a 88 anos, tempo médio de internação de 2 a 64 anos, entre os diagnósticos destacou-se o de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (54,6%). Quanto as habilidades de vida independente os indivíduos apresentaram limitações nos desempenhos antes da desospitalização, apresentando melhoras significativas na maioria das subescalas após dois anos vivendo na comunidade. O domínio emprego não foi avaliado devido a ausência de desempenho neste domínio.

Ainda no Brasil, foi encontrado o estudo de Fleck et al (2007) realizado em Porto Alegre com 586 pacientes (n=586) hospitalizados de longa duração. Além do

ILSS outros quatro instrumentos foram utilizados: WHOQOLBref (questionário sobre qualidade de vida, utilizado para avaliar quatro domínios, a saber: psicológico, psíquico, social, relacional), Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS), questionário para avaliar o nível de dependência física (LPD) e Escala de Comportamento Social (SBS).

Os resultados referentes as habilidades de vida independente demonstraram que nos domínios relacionados ao lazer, dinheiro, emprego, transporte, atividades domésticas e preparo de alimentos demonstraram que mais de 70% dos sujeitos apresentaram dificuldades nos referidos desempenhos de moderada a grave (FLECK et al 2007).

Wagner et al (2006) realizaram um estudo transversal como parte de um projeto de avaliação do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil em um Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre (Sul do Brasil). Compuseram a amostra 584 (n= 584) internos há mais de um ano no referido Hospital. O Inventário de habilidades de vida independente (ILSS - BR) foi aplicado para avaliar a frequência e o desempenho das atividades de vida diária necessárias ao funcionamento independente na comunidade.

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos indivíduos tinha bastante dificuldade na autonomia, e no que refere-se as habilidades de vida independente as médias insatisfatórias foi relacionada aos domínios: lazer, emprego e administração de dinheiro, e médias satisfatórias nos domínios saúde, alimentação e cuidados pessoais (WAGNER et al, 2006).

Através destes resultados, pode-se verificar que os estudos nacionais, apresentam de forma mais detalhada as habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico e que estes estudos foram realizados em indivíduos em processo de desinstitucionalização muito com o sentido de avaliar o impacto dos serviços substitutivos na vida de sujeitos em sofrimento psíquico.

Na literatura internacional, o Inventário de Habilidades de Vida Independente foi utilizado como medida de associação entre o funcionamento social e outros padrões de medida como cognitivos, caracterização de sintomas e transtornos específicos, e além disso como medida de avaliação de autonomia de pessoas vivendo especificamente na comunidade.

Considerações Finais

Durante a análise dos artigos participantes dessa revisão integrativa de literatura, pode-se visualizar de maneira ampla o que vem sendo produzido referente às habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico, bem como identificar como instrumentos de medidas são construídos e validados.

Por meio da busca nas bases de dados, através dos artigos encontrados, observou-se que nas literaturas internacionais há uma relativa distribuição de publicações nos EUA e na literatura nacional, evidenciam-se estudos realizados na região sul do Brasil.

Sendo assim, através da análise dos dados neste estudo, seus resultados são expostos e poderão ser utilizados como fonte de informação para se refletir sobre a relevância da utilização do ILSS como meio de medida para avaliação das habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico, bem como para reflexão acerca do olhar dispensado a condição de vida destes sujeitos.

Ainda cabe considerar que cada sociedade compreende diferentemente a loucura e o ser louco, e que o olhar promovido ao louco pela Reforma Psiquiátrica ainda precisa romper com muitas barreiras propostas pelo modelo psiquiátrico tradicional baseado na remissão de sintomas e no treinamento cognitivo comportamental.

Referências

ABELHA, L MUNOZ, MD GONÇALVES,S FAGUNDES,P BARBOSA, DR, LEGAY, LF, GIOVANNI, L Evaluation of social disablement psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients **Revista de Psiquiatria Clínica** v.33, n.1, p.10-17, 2006.

AUBIN, G STIP, E GÉLINAS, I RAINVILLE, C CHAPPARO, C Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia **Schizophrenia Research** v. n. p. , 2009

BANDEIRA M, LIMA LA, GONÇALVES S. Qualidades psicométricas no papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 30, n.4, p.121-125, 2003.

- BYSTRITSKY, A LIBERMAN, RP HWANG, S WALLACE, CJ VAPNIK, T MAINDMENT, K SAXENA, S Social Functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders v.14 p. 214-218, 2001.
- FISZDON JM, JOHANNESSEN JK Functional significance of preserved affect recognition in schizophrenia **Psychiatric Research** v. 176, p.120-125, 2010.
- FLECK, MPA WAGNER, L WAGNER, M DIAS, MTG Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil **Revista de Saúde Pública** v. 41, n.1 p. 124-30, 2007.
- LEVY E, SHEFLER G, LOEWENTHAI u, UMANSKY R, BAR G Characteristics of schizophrenia residents and staff rejection in community mental health hostels **Isr J Psychiatric Relat Sci** v.42, n.1, p.23-32, 2005.
- LIMA L.A; BANDEIRA,M.;GONÇALVES,S. Validação transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** vol.52, n.2, p.143-158, 2003.
- MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**,; v.17 n.4 p.758-64. 2008.
- PERIVOLIOTIS, D GRANHOLM, E PATTERSON, TL Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia **Schizophrenia Research** v.69 n.2-3, p. 307-16, 2004
- PITTA, A. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. P.19-26.
- SARACENO, B.; **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte; Rio de Janeiro, 2 ed., 2001. 178p.
- VIDAL, C.E.L.; GONTIJO,E.C.D.M.;BANDEIRA,M.B. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Revista Psiquiatria RS** vol.29, n.3, p.294-304, 2007.
- WAGNER, LC FLECK, MPA WAGNER, M DIAS,MTG Autonomy of long-stay psychiatric inpatients *Revista de Saúde Pública* v. 40, n.4, p. 699-705, 2006.
- WALLACE, JC Functional Assessment in Rehabilitation. **Schizophrenia Bulletin** v.12 n.4 p.604-24, 1986.

WALLACE, JC LIBERMAN, RP TAUBER, R WALLACE, J The Independent Living Skills Survey: a comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally 111 individuals **Schizophrenia Bulletin** v. 26, n.3, p. 631-658, 2000.