

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

VANESSA VIEIRA FRANÇA

DEMANDAS DE CUIDADOS DOS MORADORES DE SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

RECIFE-PE
2016

VANESSA VIEIRA FRANÇA



DEMANDAS DE CUIDADOS DOS MORADORES DE SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar

Grupo de Pesquisa: Saúde mental e qualidade de vida no ciclo vital

Orientador: Dra. Iracema da Silva Frazão

Coorientadora: Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

RECIFE
2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

F814d França, Vanessa Vieira.
Demandas de cuidados dos moradores de serviços residenciais
terapêuticos / Vanessa Vieira França. – 2016.
140 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Iracema da Silva Frazão.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Moradias assistidas. 2. Serviços de assistência domiciliar. 3.
Serviços de saúde mental. 4. Transtornos mentais. 5.
Desinstitucionalização. I. Frazão, Iracema da Silva (Orientadora). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-169)

VANESSA VIEIRA FRANÇA

DEMANDAS DE CUIDADOS DOS MORADORES DE SERVIÇOS
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Dissertação aprovada em 25 de fevereiro de 2016

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Presidente) - UFPE

Profa. Dra. Fernanda Jorge Guimarães - UFPE

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal - UFPE

Profa. Dra. Tatiane Gomes Guedes - UFPE

RECIFE

2016

Dedico este fruto aos meus avós e a minha tia Sonia que, por meio do processo de cuidar e ser cuidada, me ensinaram as bases do atendimento domiciliar e inspiraram também a construção desse trabalho.

Dedico ainda a cada um dos moradores de Residências Terapêuticas: ao abrir as portas das suas casas e das suas histórias me deram tanto amor e confiança que a cada dia me fizeram entender e me apaixonar pela essência da reforma: a integralidade do cuidado.

AGRADECIMENTO

"As pessoas que acreditam em nossas capacidades fazem mais do que apenas incentivar. Elas criam para nós uma atmosfera que favorece nosso sucesso" (John Spalding)

O momento mais sonhado de uma dissertação é aquele onde você conclui seus escritos, recebe a glória de ter passado por uma árdua batalha e enxerga nos olhos daqueles que você ama a admiração. O que a platéia não imagina é que para chegar ao momento de glória foram necessários diversos tropeços, sem eles a maturidade não existiria, sem as lágrimas do passado talvez hoje eu não estivesse sorrindo. Diante de todas essas fraquezas, sempre tive quem me agarrasse o braço e me colocasse no rumo certo. São à essas pessoas que preciso demonstrar em palavras a minha gratidão hoje:

À Deus, por ter sido tão generoso comigo e ter me presenteado com diversas conquistas tão precocemente na vida mas, ao mesmo tempo, por ter me testado e mostrado que tudo tem seu tempo certo para acontecer. A necessidade de realizar um estudo em Serviços Residenciais Terapêuticos apareceu em minha vida em um momento turbulento e nunca foi considerado uma tarefa fácil para ser realizada, mas Ele esteve presente em cada fase, mostrando um jeito de resolver as dificuldades e fazer acontecer o que foi sonhado por Ele antes de ser sonhado por mim.

Agradeço aos meus pais, Sonia e Jonas, e ao meu irmão Jonathan pelas grandes lições de persistência, por todo esforço para criar e educar os filhos para ofertar a melhor oportunidade que podiam dar, pelas orações, pelo amor e pelo pensamento constante na minha luta. À meus tios e primos, em especial à minha tia Sonia por ter me acolhido como uma filha numa cidade diferente para uma vida diferente, onde meus sonhos poderiam se tornar realidade. Aos meus avós que sempre foram uma fonte inesgotável de experiências de vida e de amor, espero estar à altura de germinar as sementes que vocês plantaram em mim durante a minha criação.

À professora Iracema Frazão, que foi muito além de mestre e amiga, nesses cinco anos de trabalho em conjunto a senhora se tornou a minha mentora nos tortuosos caminhos da enfermagem, da saúde mental e da vida. Parafraseando Padre Fábio, agradeço por ter me olhado devagar em um mundo onde todo mundo julga rápido demais e por ter acreditado no meu potencial (hora me incentivando à pensar maior, hora me deixando solta para que eu pudesse extrapolar minhas limitações e fazer melhor do que eu imaginava ser possível). A

senhora é uma referência de docente, pessoa, esposa e enfermeira que me inspira a ser melhor a cada dia. Muito obrigada, de verdade.

À minha coorientadora Ana Márcia Tenório e à todos os docentes que passaram em minha vida escolar e acadêmica que construíram em mim a sede pelo conhecimento e a curiosidade necessária para buscar as minhas respostas. Ao Programa de pós-graduação em Enfermagem da UFPE, seu corpo docente e seus funcionários por todo o cuidado e rigor na formação de mestres em Enfermagem de excelência. Hoje, quase-mestre, espero poder ter a capacidade de despertar esses mesmos sentimentos nos meus alunos e fazer a enfermagem brasileira crescer. À CAPES pelo fomento de bolsa de mestrado durante a minha trajetória.

Ao meu parceiro de jornada, Daniel Moura. Estar vivendo todos estes anos ao teu lado dividindo risadas, histórias, alegrias e tristezas, medos e certezas é um dos presentes mais incríveis que Deus me deu. Obrigada, por acreditar muito mais em mim do que eu mesma consigo enxergar, mostrando pra mim que tudo é possível desde que a gente acredite. Eu admiro tanto você, espero continuar aprendendo contigo durante muitos e muitos anos. Minhas palavras são superficiais demais para agradecer essa nossa ligação. Mas em especial, quero te agradecer pelo apoio para a realização desse estudo, em cada etapazinha você esteve envolvido. Por isso, hoje você também se torna um pouquinho mestre em enfermagem, parabéns! (risos)

Às alunas Camila Lima, Vanúbia Oliveira, Rayanne Lima, à Professora Cândida e à mestranda Marília Pereira que dedicaram diversas tardes e horários livres com a coleta de dados. Sem vocês nada teria dado tão certo. Desejo de coração que este ato generoso retorne para vocês com grandes realizações na vida.

Aos amigos da época de escola, de faculdade e de grupo de pesquisa em especial à Daylane e Raysla, Priscila e Rafael, Ana Luzia, Isabela, Bruna, Marília e Poliana, obrigada por me ouvir e entender esta fase tortuosa que passei, as amizades de verdade podem até resistir ao tempo e às ausências mas nunca à falta de gratidão e amor. Vocês foram fundamentais no meu processo de formação enquanto enfermeira, mestre e cidadã. Serei eternamente grata por todas as palavras de incentivo e pela ajuda na conclusão dessa etapa na minha vida.

Aos amigos da minha turma de mestrado, somos os nove bravos guerreiros que nunca deixamos de nos apoiar e de sermos unidos para o bem de todos, hoje vendo a conclusão de tanta 'braveza' só consigo pensar no tanto de orgulho que tenho de onde chegamos: "nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar num sonho que se tem (...) quem acredita (e corre atrás para fazer acontecer) sempre alcança". Amanda, Nayara, Naélia, Tiago, Natália,

Iris, Luana e Ester, muito obrigada pelo privilégio de conhecer vocês e as suas histórias. O que vivemos juntos não será esquecido.

À prefeitura do Recife, à coordenação de Saúde Mental e à dos Serviços Residenciais Terapêuticos que confiaram ao nosso grupo de pesquisa a missão de contribuir com a saúde desses moradores para melhorar o atendimento que lhes é prestado hoje. Agradeço de forma especial à Germana, Renata Leitão, Andrea Pinto, Adriana, coordenadoras dos SRT, aos Técnicos de Referência, cuidadores e coordenadoras dos CAPS de Recife que pessoalmente dedicaram tempo e atenção à essa pesquisa e tanto contribuíram para que hoje essa etapa do estudo estivesse realizada. Tenho muita alegria em dizer que em cada CAPS, distrito ou residência que entrei fui recebida de forma ímpar e a presença desse time enorme motivado em fazer a diferença na vida desses moradores, me motivou também à dar o meu melhor a cada entrevista.

Por fim, mas nem de longe menos importantes, agradeço aos protagonistas deste estudo, os moradores das residências terapêuticas. É incrível como tem coisas que chegam e transformam totalmente o que você pensava e sentia sobre a vida, vocês fizeram isso na minha. Nas minhas vivências nesta pesquisas colecionei muitas histórias para contar, dentre elas a felicidade em poder dizer que escolhe uma roupa sozinho, que todo mundo da sua comunidade o conhece e o chamam pelo nome, o prazer em ter um cartão magnético com seu nome e ir ao banco e a certeza de que não importa o quão perdido se esteja alguém, o procura. Obrigada a cada uma das 190 vidas que singularmente cruzaram o meu caminho, vocês são a prova viva da existência da resiliência humana.

Agradeço, por fim, à todos que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente, para o sucesso dessa pesquisa. Muito obrigada.

Vanessa Vieira França

“E são tantas marcas que já
fazem parte do que eu sou
agora, mas ainda sei me virar”

(Hebert Vianna – 1989)

RESUMO

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são casas inseridas na comunidade e que recebem portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e com laços familiares ausentes ou fragilizados. Hoje os SRT vivenciam diversos desafios como: a rede de saúde deficitária e pouco articulada, o envelhecimento da população, dificuldade da equipe de cuidadores com a convivência e manejo mínimo das comorbidades crônicas e psiquiátricas. O objetivo geral dessa dissertação foi analisar as demandas de cuidado dos moradores dos SRT. Para alcançar este objetivo, foram elaborados um artigo de Revisão Integrativa (RI) e três artigos originais: O artigo de RI teve o objetivo de identificar as estratégias utilizadas no processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em diversos países do mundo. A busca foi realizada nas bases Scopus, Cinahl e Lilacs. Foram incluídos artigos originais publicados entre 2009 e 2014, em inglês, português ou espanhol. Os artigos originais emergiram de um estudo transversal de amostra censitária realizado com 190 moradores de ambos os sexos de 31 SRT de Recife-PE. Foram excluídos moradores em internamento hospitalar ou fora da cidade; impossibilitados de participar do estudo por questões de saúde física ou mental; e que não possuíam curador legal disponível. A coleta de dados foi realizada entre janeiro e julho/2015 no próprio SRT ou nos Centros de Atenção Psicossocial de referência. Foram analisadas as variáveis de perfil socioeconômico, familiar e psiquiátrico, aplicado o Índice de Katz e a escala de Lawton. Para análise foram utilizados o teste de qui-quadrado e a regressão de Poisson com variância robusta. Os resultados da revisão integrativa emergiram da análise de 14 experiências de desinstitucionalização no mundo e evidenciaram as particularidades vivenciadas por diferentes países para realizar a reforma psiquiátrica. Os artigos originais evidenciaram que essa população em sua maioria é composta por homens, solteiros, não escolarizados, com renda entre 1 e 2 salários mínimos e idosos. Para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) a maioria dos moradores é independente. A análise multivariada identificou associações entre o estado geral comprometido, mobilidade reduzida e acuidade visual preservada com estados de dependência para as ABVD. Para as Atividades Instrumentais de Vida Diária a maioria foi classificada como dependente este estado esteve mais associada à ausência de renda, tempo do último internamento psiquiátrico superior a 10 anos, estado geral comprometido, acuidade visual preservada e não possuir esquizofrenia

paranóide. As demandas de cuidado prioritárias são: inatividade física, edentulismo sem uso de prótese, sobrepeso e obesidade, esquizofrenia residual e o tabagismo. Conclui-se, que o perfil desse morador ainda assemelha-se com o que é encontrado nos hospitais psiquiátricos brasileiros e que suas demandas de cuidado envolvem questões associadas aos longos períodos de internamento psiquiátrico pregresso, afetando negativamente na capacidade funcional deste grupo. É necessária a integração do morador, comunidade, rede de assistência, e em especial da Estratégia Saúde da Família, com o intuito de prevenir agravos e intervir nestas demandas identificadas a fim de prevenir a evolução dos quadros de dependência com o envelhecimento da população.

Descritores: Moradias assistidas. Serviços de assistência domiciliar. Serviços de Saúde Mental. Transtornos Mentais. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

Residential Therapeutic Services (RTS) are community “assisted living facilities” to assist people with mental disorders or long-term psychiatric hospitalization, and without family or social support. Several challenges face the RTS today including an unorganized and impoverished health network, an aging population, and the coexistence and minimal management of chronic and psychiatric comorbidities. The aim of this thesis was to analyze the care demands of the residents of the RTS. To accomplish this, one Integrative Review article (RI) and three original articles were developed. The RI article aimed to identify selected strategies to deinstitutionalize people with mental disorders in many countries around the world. The search was conducted in Scopus, CINAHL, and Lilacs databases. Original articles that were published between 2009 and 2014 in English, Portuguese, and Spanish, were included. The original articles emerged from a cross-sectional study of the census sample conducted with 190 residents of both sexes of 31 RTS Recife-PE. Residents who were in hospital, out of town, and did not have a legal curator available were excluded. Data was collected between January and July, 2015 in the RTS or reference Psychosocial Care Centers. The Katz Index and the Lawton scale were applied with the variables of socioeconomic, family, and psychiatric profile. For analysis, were used the chi-square test and Poisson regression with robust variance. The results of the integrative review emerged from 14 deinstitutionalization experiences, and they showed characteristics experienced in different countries in performing the psychiatric reform. The original articles showed that this population is mostly made up of men, singles, unschooled individuals, families with 1 or 2 minimum wage incomes, and the elderly. For Daily Living Basic Activities (DLBA) most residents are independent. A Multivariate analysis identified associations between impaired general health status, the reduced mobility, and the visual preserved acuity with dependency for DLBA. For the Instrumental Activities of Daily Living, most were classified as dependents. This health condition was more associated with lack of income, being a psychiatric inpatient for more than 10 years on the last hospitalization, having an impaired general condition, visual acuity preserved, and not having paranoid schizophrenia. Priority care demands are: physical inactivity, edentulism without use of prosthesis, overweight and obesity, residual schizophrenia, and smoking. It follows that the profile of this resident still resembles what is found in the Brazilian psychiatric hospitals and their care demands involve issues associated with long periods of progress of the last hospitalization in a psychiatric hospital. which adversely affects the functional ability of this group. It requires the integration of the resident, community, health care system, and especially the Primary Health Care in order to prevent injuries and intervene in the claims identified in order to prevent the development of dependence on frames with the aging population.

Key-words: Assisted Living Facilities. Home Care Services. Mental Health Services. Mental Disorders. Deinstitutionalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

01	Figura 1: Processo de seleção dos artigos para construção de Revisão Integrativa. Recife-PE, 2014.....	48
02	Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados quanto à título, país, ano, nível de evidência, objetivo, principais resultados e categoria que o artigo se enquadra. Recife, 2015.....	50

LISTA DE TABELAS

01	Tabela 1: Distribuição de SRT e moradores por Distrito Sanitário (DS). Recife- PE, 2015.....	36
02	Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.....	64
03	Tabela 2: Perfil psiquiátrico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.....	65
04	Tabela 3: Diagnósticos psiquiátricos de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.....	66
05	Tabela 1. Distribuição das Atividades Básicas de Vida Diária de moradores de SRT de acordo com a presença de dependência. Recife, 2015.....	78
06	Tabela 2. Distribuição das Atividades Instrumentais de Vida Diária segundo as necessidades de ajuda para cada item. Recife - PE, 2015.....	79
07	Tabela 3. Distribuição da classificação das ABVD e AIVD segundo o perfil e os antecedentes psiquiátricos de moradores de SRT, Recife – PE, 2015.....	80
08	Tabela 4. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência para Atividades Básicas de Vida Diária.....	81
09	Tabela 5. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, Recife – PE, 2015.	82
10	Tabela 1: Demandas de cuidado mais prevalentes entre moradores de SRT. Recife, 2015.....	93
11	Tabela 2: Prevalência de comorbidade clínica entre os grupos de esquizofrênicos residuais e paranóides em comparação com a população do estudo. Recife, 2015.....	94
12	Tabela 3. Distribuição da classificação da capacidade funcional de moradores de SRT avaliadas por meio das atividades básicas e instrumentais de vida diária, de acordo as necessidades de saúde dos pacientes avaliados. Recife, 2015.....	95
13	Tabela 4. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária com o ajuste da variável idade incluída no modelo. Recife, 2015.....	96
14	Tabela 5. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária com o ajuste da variável idade incluída no modelo. Recife, 2015.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica;

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária;

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária;

AVD – Atividades de Vida Diária;

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde;

BPC – Benefício de Prestação Continuada;

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial;

CCS – Centro de Ciências da Saúde;

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis;

DECS - Descritores em Ciências da Saúde;

DS – Distrito Sanitário;

ESF – Estratégia Saúde da Família;

IC – Intervalo de Confiança;

IMC – Índice de Massa Corporal;

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

MESH - Medical Subject Headings;

NAI – Núcleo de Atenção ao Idoso;

NASF – Núcleo de apoio à saúde da família

NLM - National Library of Medicine;

PVC – Programa de Volta para Casa;

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial;

RP – Razão de Prevalência;

SM – Salário Mínimo;

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

TR – Técnico de Referência;

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco;

USF – Unidade de Saúde da Família

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo Geral	23
2.2	Objetivos Específicos	23
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	24
3.1	Processo histórico e cultural da Reforma Psiquiátrica Brasileira	24
3.2	Trajetória da desinstitucionalização em Pernambuco	28
3.3	Práticas de Saúde Mental na comunidade e as demandas de cuidado	29
3.4	A atuação do enfermeiro na Saúde Mental	30
4	MÉTODOS	33
4.1	Método do artigo de revisão integrativa	33
4.2	Método dos artigos originais	35
4.2.1	Tipo de pesquisa	35
4.2.2	Cenário de estudo	35
4.2.3	População de estudo	36
4.2.4	Critérios de inclusão	36
4.2.5	Critérios de exclusão	36
4.2.6	Seleção da amostra	36
4.2.7	Instrumento de coleta de dados	37
4.2.8	Variáveis	37
4.2.9	Procedimentos de coleta de dados	41
4.2.10	Análise dos dados	42
4.2.11	Aspectos éticos-legais	43
5	RESULTADOS.....	45
5.1	SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS SUBSTITUTIVOS: EXPERIÊNCIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO MUNDO	45
5.2	PERFIL DE MORADORES DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DE RECIFE, PERNAMBUCO	61
5.3	CAPACIDADE FUNCIONAL DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE RECIFE- PERNAMBUCO	74
5.4	DEMANDAS CLÍNICAS DOS MORADORES DE SERVIÇOS	88

RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE	
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 102
	REFERÊNCIAS 106
	APÊNDICES 125
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados 126
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para moradores juridicamente capazes 130
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para o responsável legal 132
	ANEXOS 135
	ANEXO 1: Carta de anuência 136
	ANEXO 2 : Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 137

1 INTRODUÇÃO

A eclosão do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro é contemporânea ao Movimento Sanitário do final da década de 1970¹. Estes movimentos propunham mudanças no sistema de saúde e na assistência ao paciente, ao defenderem um modelo de cuidados que estimulasse o controle social e o protagonismo da sociedade civil usuária dos serviços e dos trabalhadores da saúde e assistência social ^{1,2}.

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi o principal responsável por denunciar, no Brasil, a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência. Dentre os objetivos estava a sensibilização e construção coletiva da crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, pois propunha que o cuidado destas pessoas fosse realizado na comunidade, ao lado de uma rede de apoio social ².

Inspirados no projeto de lei do deputado Paulo Delgado e em iniciativas antimanicomiais de outros países, a exemplo da Itália, muitos estados brasileiros iniciaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede substitutiva e integrada de atenção à saúde mental antes mesmo de existir um dispositivo legal no nível federal. Vale destacar que o referido projeto de Lei passou 12 anos em tramitação, vindo a ser sancionado apenas em 2001, posteriormente a muitas iniciativas municipais e estaduais^{1,3}.

Diante desse cenário, na década de 1990, diversas experiências de desinstitucionalização e tratamento, na comunidade, emergiram e começaram a ser divulgadas, exercendo influência na criação de novos dispositivos à nível nacional e transformação dos já existentes. São exemplos de tais experiências o CAPS Prof. Luiz Cerqueira (SP) e as moradias assistidas, lares abrigados que, no futuro, dariam origem ao que se conhece hoje por Serviço Residencial Terapêutico⁴.

Houve, portanto, o estímulo e a preparação do paciente institucionalizado para a sua desospitalização e retorno para suas famílias e comunidades de origem; Todavia, não foram raros os casos em que o grupo familiar representava a periculosidade e incapacidade para com a própria pessoa com transtorno mental, fato do qual se resultava a negligência de cuidado ao doente⁵. Com o desenvolvimento do processo de desospitalização e criação de uma rede comunitária substitutiva, que ofertava o cuidado, foi evidenciado o surgimento de um grupo de pacientes estáveis em sua condição psiquiátrica e com potencial para residir na

comunidade, apesar de não possuírem laços familiares disponíveis, aptos ou habilitados para recebê-los⁶.

Para responder a questão da fragilidade de laços familiares e sociais dos moradores do hospital, foi instituído, por meio da Portaria 106/2000, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em saúde mental. Estes dispositivos são casas inseridas, na comunidade, que tem por público os portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e com laços familiares ausentes ou fragilizados que comprometam a devida inserção social dos mesmos⁷.

Os SRT recebem o apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades de Saúde da Família (USF) do território adscrito e devem contar com um quadro profissional estruturado para responder as demandas diárias de cuidado formado por cuidadores concursados ou contratados com cargas-horárias semanais diferentes, assim, varia-se, inclusive, o quantitativo de profissionais por casa⁸. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2014, existiam, no Brasil, 610 SRT implantados com 3470 moradores⁹.

Associado aos SRT, o Programa De Volta Para Casa (PVC), criado, em 2003, pela lei nº 10.708/2003, visa contribuir com o processo de reintegração social de portadores de transtorno mental egressos de internamento psiquiátrico ininterrupto por período igual ou maior que dois anos¹⁰. Depois de incluído no programa, o beneficiário recebe mensalmente o auxílio de R\$ 412,00 (valor referente ao mês de dezembro de 2015) por um período de um ano, com possível renovação, caso seja avaliada e considerada relevante pela sua equipe de referência¹¹.

Apesar de estruturados, na comunidade, em funcionamento e ligados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os SRT começam a deparar-se com uma série de novos desafios, a exemplo do manejo e da assistência aos moradores diante de um processo de envelhecimento e a convivência com as comorbidades crônicas¹². A problemática dos SRT amplia-se à medida que a produção científica sobre os aspectos clínicos da saúde dos residentes e de seu perfil ainda não foram estudadas em profundidade. Um estudo, por exemplo, realizado, no Piauí, com 11 moradores de dois SRT evidenciou um perfil composto por homens, com idade média de 45 anos e com ensino fundamental¹³, enquanto que, no Rio de Janeiro, uma investigação realizada em prontuários com 66 moradores pertencentes a três SRT evidenciou um predomínio da faixa-etária de 41-60 anos e a presença das comorbidades como hipertensão e tabagismo¹².

No âmbito da saúde mental, o cuidado em saúde não pode restringir-se apenas a minimizar riscos de internação ou controlar alterações psíquicas¹⁴. É necessária a análise de outros aspectos que outrora foram negligenciados nos Hospitais Psiquiátricos e em outros cenários¹⁵, que tornaram crônicas não só patologias psiquiátricas, mas também condições clínicas a exemplo das doenças metabólicas e cardiovasculares.¹²⁻¹⁶.

O Brasil atravessa, há décadas, uma rápida transição demográfica e epidemiológica, com alterações significativas em curto espaço de tempo, dentre elas, observa-se: a queda da fecundidade e da mortalidade, o aumento da esperança de vida e da prevalência de Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis (DANT). Em 2010, as DCNT corresponderam a 73,9% dos óbitos no Brasil, destes, 80,1% foram por doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias ou diabetes¹⁶.

As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento trazem desafios para o cuidado ao usuário em todos os cenários da assistência à saúde. Somado aos prejuízos biopsicossociais das iatrogenias, provocadas pela vivência em longo prazo no hospital psiquiátrico, e aos comprometimentos relacionados à presença do transtorno mental, com destaque para aqueles casos de longa evolução, com uso crônico de medicações psicotrópicas. Todos os fatores supracitados podem acarretar para a população, em contexto, múltiplas demandas de cuidado, a serem enfrentadas pelos SRT e pela RAPS.

Para Barros, a demanda de cuidado “é o pedido explícito do usuário que expressa suas necessidades de saúde mais complexas, modeladas pela oferta de serviços de saúde: consultas, medicamentos e exames”¹⁷. A percepção das necessidades de saúde por uma população envolve a associação de múltiplos fatores (diferentes para cada indivíduo), como escolaridade, renda, cultura, idade, gênero, entre outros¹⁸⁻¹⁹. A não percepção de uma demanda latente na saúde desse indivíduo, logo, pode estar associada a uma situação de vulnerabilidade, relacionada a um quadro psíquico ou pela falta de acesso a serviços de educação e de saúde.

Adotou-se para fins da presente investigação um conceito ampliado de demanda de cuidado, que pode ser compreendido como o conjunto de alterações que requerem hoje ou exigirão no futuro a atuação de outra pessoa ou profissional para a manutenção da saúde ou realização de atividades cotidianas. Tais alterações vão além da simples expressão verbal de uma necessidade de atenção: podem ser de ordem biopsicossocial e estar relacionadas a fatores de risco para o adoecimento: inatividade física, nutrição desequilibrada, alterações de sinais vitais e do sono e repouso, entre outros.

Estados de alterações na capacidade funcional (entendida por ser a habilidade que o sujeito apresenta para manter a própria rotina e competências físicas e mentais para viver na

comunidade²⁰⁻²¹) já foram relacionados na literatura com o envelhecimento²² e geram para o usuário e para o sistema de saúde uma série de demandas adicionais de cuidado. A avaliação da capacidade funcional emerge no papel de uma ferramenta importante para analisar o potencial do indivíduo a fim de decidir e atuar no seu meio, de forma autônoma²³.

A capacidade funcional pode ser avaliada por meio das atividades de vida diária, que podem ser divididas em dois tipos: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As ABVD são aquelas realizadas com o intuito de promover o autocuidado, como banhar-se, vestir-se, controlar esfíncteres, transferir-se, higienizar-se e alimentar-se²⁴⁻²⁵. As AIVD são as habilidades que o indivíduo precisa para administrar o ambiente em que vive na comunidade, geralmente são mais complexas que as ABVD²⁶. As atividades podem ser avaliadas por meio de instrumentos sistematizados que objetivam mensurar os níveis de dependência que o paciente se encontra. A incapacidade funcional gera uma demanda de cuidados visando atender as necessidades em que o usuário não é capaz de atuar de forma autônoma, requerendo alguma ajuda (parcial ou total) para a realização dessas atividades²⁷.

Diante destas questões torna-se necessário realizar um diagnóstico situacional das demandas de cuidado dos moradores de SRT, de forma que busque identificar os principais prejuízos à saúde deste morador e a capacidade funcional dele, por meio do comprometimento das atividades de vida diária. A identificação desses aspectos da saúde do usuário pode nortear a equipe dos SRT e demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial nas intervenções a serem adotadas para este público.

A identificação das demandas de cuidado na enfermagem, cujos profissionais participam ativamente da RAPS, contribui diretamente na sistematização da assistência, uma vez que é a partir da identificação dos problemas que se pode planejar e realizar as intervenções com o estímulo ao autocuidado e os encaminhamentos necessários para dar resolutividade das demandas que não são da competência técnica do enfermeiro. O profissional da enfermagem possui formação holística e está inserido em grande parte dos cenários assistenciais, sendo, portanto, o cuidado o seu instrumento de trabalho. Assim, inseri-lo na discussão dos SRT é importante para subsidiar as reflexões acerca do tipo de cuidado que deve ser ofertado nestes serviços, sem perder de vista a qualidade da assistência e a autonomia desse morador.

Uma vez observadas as lacunas a respeito do conhecimento sobre os serviços evidenciados até aqui, além da crescente expansão dos mesmos no território nacional e da necessidade do diagnóstico situacional das demandas de cuidado para o planejamento da

assistência aos moradores de SRT, no âmbito local e de gestão, a presente dissertação teve como pergunta de pesquisa: Quais as demandas de cuidados clínicos e seus fatores associados entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Recife - Pernambuco?

Esta dissertação foi elaborada segundo as normas de apresentação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)²⁸ e é composta por seis capítulos:

O primeiro capítulo refere-se à introdução de conceitos fundamentais para o entendimento da motivação em desenvolver este estudo. O segundo capítulo refere-se aos objetivos gerais e específicos da dissertação.

No terceiro capítulo, encontra-se a revisão da literatura que discute quatro subtópicos: 1) o processo histórico e cultural que culminou no movimento da reforma psiquiátrica brasileira, desospitalização e criação dos dispositivos chamados de SRT; 2) a trajetória na saúde mental de Pernambuco e de Recife; 3) as práticas de saúde mental realizadas na comunidade e as demandas de cuidado; 4) a atuação do enfermeiro na saúde mental e a educação em saúde ao portador de transtorno mental.

O quarto capítulo detalha o método seguido para a elaboração e execução da dissertação. Este capítulo foi dividido em dois subtópicos: o primeiro para a descrição do método do estudo de revisão integrativa da literatura e o segundo para a descrição do método empregado nos três artigos originais que tratam dos resultados da pesquisa de campo.

No quinto capítulo, encontram-se os resultados de pesquisa estruturados em quatro artigos. O artigo de revisão integrativa aborda as experiências de desinstitucionalização no mundo e três artigos originais que tratam do: 1) “Perfil de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife, Pernambuco”; 2) “Capacidade funcional de moradores de Residências Terapêuticas de Recife - Pernambuco”; e 3) “Demandas clínicas dos moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos para o cuidado em saúde”, que serão submetidos a periódicos internacionais de ampla divulgação para a área da enfermagem.

Os dados dos artigos originais são um recorte do projeto mestre intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem”, desenvolvido com o objetivo geral de investigar as demandas de cuidado, para a enfermagem, evidenciadas no cotidiano dos moradores dos SRT e deu-se em três fases: 1. Estudo quantitativo com os moradores no intuito de investigar as demandas de cuidado que estes relatam e apresentam; 2. Estudo qualitativo com os cuidadores dos SRT objetivando identificar quais eram as demandas de cuidados que eles identificavam nesta população e 3. Avaliação do ambiente

físico dos SRT com o intuito de identificar possíveis riscos para agravos à saúde. Para esta dissertação foram utilizados apenas os dados da fase 1 do projeto mestre.

No sexto capítulo, encontram-se apresentadas as considerações finais da dissertação, limitações do estudo e sugestões para próximos estudos e condutas direcionadas a esta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as demandas de cuidado dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de moradores de SRT.
- Investigar a capacidade funcional de moradores de SRT;
- Verificar associação do perfil clínico e demográfico e a capacidade funcional de moradores de SRT;
- Identificar as demandas de cuidado mais prevalentes entre moradores de SRT;
- Verificar a associação das demandas de cuidado clínico e a capacidade funcional de moradores de SRT.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Processo histórico e cultural da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A loucura historicamente sempre esteve presente nas sociedades, todavia a forma pela qual era percebida sofreu e sofre mudanças de acordo com o tempo e o local. Em Roma e na Grécia antiga, a loucura era considerada um privilégio, manifestação sobrenatural e fonte das verdades dos deuses²⁵⁻²⁶. Já na idade média, nos tempos da Inquisição, o “louco” ainda era aquele com manifestações sobrenaturais, mas não dos deuses e sim de demônios e de bruxas, o que culminou na perseguição e morte de dezenas de pessoas²⁹, com a justificativa de eliminar o mal da terra.

A partir do século XVIII, a loucura começou a ser entendida na forma de doença e objeto do cuidado médico. Os primeiros estabelecimentos destinados ao internamento do “louco”, na verdade, tinham a função adicional de retirar das ruas, aqueles que desviassem da ordem social da razão e da moral da sociedade: mendigos, prostitutas, vagabundos, bandidos, eclesiásticos em infração e os próprios “loucos”³⁰⁻³¹.

No Brasil, até 1830, não havia tratamentos para os doentes mentais. Os ricos eram isolados nas próprias casas longe dos olhares dos curiosos, e os pobres viviam nas ruas ou eram trancafiados nos porões nas Santas Casas de Misericórdia. Diante da necessidade de retirar os “loucos” desses espaços, em especial dos espaços urbanos e, sob influência da chegada da Família Real no Brasil, foi inaugurado no Rio de Janeiro, em 1852, o Hospício de Pedro II³².

A partir de então, os Hospitais Psiquiátricos, em todo o país, viraram mercadoria rentável na mão dos empresários, que internavam mais pacientes do que a capacidade da instituição ofertava e ofereciam o mínimo de cuidado necessário para continuar a manter os “loucos” sobre seus domínios sem gastar excessivamente. A eficácia dos Hospitais Psiquiátricos começou a ser questionada por volta dos anos 1960, por meio de denúncias de que essas estruturas não contribuía com a saúde de seus internos e, ainda, eram um elemento que favorecia a cronicidade do adoecimento, ao gerar inúmeras incapacidades sociais^{1, 31}.

Em meados de 1950 após o desfecho da Segunda Guerra Mundial, diversos movimentos surgiram, nos Estados Unidos e na Europa, contra as diferenças sociais vivenciadas por algumas minorias. Denúncias de atos violentos, abandono, isolamento e cronicidade das condições psiquiátricas, em asilos e hospitais, evidenciaram a limitação que estas instituições possuíam para ofertar o tratamento e reabilitação que propunham³³.

Paralelamente, no Brasil, vivia-se o processo de ditadura militar na década de 1970. Diante das condutas políticas tomadas, a previdência social entrou em crise, sinalizando para a necessidade emergencial de reformulação do modelo de assistência à saúde²⁹.

Nesse contexto, a reforma psiquiátrica foi um movimento político e social complexo que incidiu sobre as práticas, saberes, valores culturais e sociais e, no cotidiano das instituições, com o intuito de realizar uma mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde¹. O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro foi inspirado nas experiências da França, Estados Unidos e principalmente Itália.

As diretrizes da reforma psiquiátrica apontam para um processo de desinstitucionalização como caminho norteador. Tal processo consiste na substituição progressiva do hospital psiquiátrico por um conjunto de dispositivos de cuidados externos, os serviços substitutivos, na forma de Rede de atenção e contempla a ruptura de paradigmas. Seria, então, oportunizada a escuta das singularidades e a construção de projetos terapêuticos também singulares de cidadania, de reabilitação, de reinserção social e, sobretudo, de construção de projetos de vida³⁴.

O primeiro CAPS brasileiro surgiu no ano de 1986 em São Paulo-SP e, dois anos depois, em Santos – SP, fechou-se o hospital Psiquiátrico da cidade e o substituiu-se por uma rede de CAPS regionalizados³⁵. No final dos anos 1980, diante daquele cenário de múltiplas experiências comunitárias positivas e diversas denúncias de violência nos hospitais, fazia-se necessária uma lei nacional que desse sustentação às mudanças discutidas e idealizadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro³⁵.

Desse conjunto de fatos emergiu, em dezembro de 1989, por meio do deputado Paulo Delgado o projeto de lei 3657 que após 12 anos de tramitação deu origem a lei 10.216 de 2001³⁵⁻³⁶. Também conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental³⁶.

Visto que desinstitucionalizar é diferente de desospitalizar e que, apesar da lei 10.216 ter sua importância reconhecida e serem legítimas as contribuições que ela trouxe para o portador de transtorno mental, o retorno do paciente psiquiátrico crônico à sua comunidade ou família, sem um processo de reabilitação prévio do usuário ou sem alicerçar serviços substitutivos de qualidade na comunidade, ainda é uma das fragilidades deste processo de desinstitucionalização³⁷⁻³⁸. Fazem-se necessário, portanto, equipamentos sociais e de saúde e profissionais com ideais condizentes com as necessidades de cuidado desses egressos de longas internações psiquiátricas⁴.

Por conta da redução progressiva de leitos, pela condição de portador de doença crônica que muitos desses pacientes se encontravam e/ou pela dificuldade de restaurar os laços familiares, ocorreram diversas iniciativas para responder às demandas⁴. Uma delas, na década de 1980, foi a criação dos chamados lares abrigados que eram casas inseridas dentro dos muros do hospital psiquiátrico, mas que objetivavam oferecer autonomia e melhora da qualidade de vida dos moradores³⁹. Destacaram-se as experiências desenvolvidas no Juqueri, no hospital Franco da Rocha- SP⁴⁰, e no hospital psiquiátrico de Barbacena-MG⁴¹.

Dispositivos residenciais extra-hospitalares começaram a surgir, no início da década de 1990, com a função de mostrar empiricamente a viabilidade desses serviços. Os municípios de Porto Alegre (RS)^{37,44}, Campinas (SP)^{37,43-44}, Santos (SP)³⁷, Ribeirão Preto (SP)^{37,45} e Rio de Janeiro (RJ)^{37,46} tiveram experiências pioneiras e contribuíram fortemente para a formação do que hoje se nomeia como Serviços Residenciais Terapêuticos³⁷.

Apesar de diferentes em vários aspectos (motivação para o início, organização interna e número de moradores), essas experiências buscaram solucionar o problema da desinstitucionalização dos moradores dos hospitais e evidenciaram a capacidade de exequibilidade do projeto, até então inexistente no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁷.

No dia 11 de fevereiro de 2000, por meio da portaria 106 do Ministério da Saúde⁷, são criados os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS, que podem ser conceituados como:

“Moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social” (Brasil, 2000, p.1).

A partir dessa legislação, as antes denominadas “pensões protegidas”, “lares abrigados”, “vilas terapêuticas”, “moradias extra-hospitalares”, “núcleo de convívio”, dentre outras, passam a denominarem-se Serviços Residenciais Terapêuticos e fazer parte do SUS⁷. Estes serviços têm por missão⁷:

- a) Garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

- b) Atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) Promover a reinserção dessa clientela à vida comunitária.

(Brasil, 2000, p.1.)

Cada casa conta com uma equipe formada por um profissional de nível superior (predominantemente com formação na área da assistência social ou psicologia), chamado de Técnico de Referência – TR, e cuidadores que se revezam por meio do regime de plantões. Na realidade do Recife, há dois tipos de vínculos para cuidadores: os concursados e os contratados, com cargas-horárias diferentes. Para exercer o cargo de cuidador é exigido do candidato apenas ter nível médio e perfil para Residência Terapêutica.

A Portaria 106⁷ do Ministério da Saúde pontua que cada casa deve receber, no máximo, oito moradores, todavia, há experiências relatadas de diferentes configurações de SRT, como com um casal, trios, duplas, e até um morador que reside sozinho^{41,47}. As diferentes configurações são norteadas tanto pelo perfil clínico e pessoal dos moradores de cada casa e pela presença de benefícios sociais para esse grupo, quanto pela sensibilização das prefeituras para com suas especificidades. O que acaba sendo comum são as prefeituras identificarem como padrão geral, o número definido pela portaria como “máximo” a fim de reduzir gastos. Cada município estabelece quais vão ser as características de seus SRT: como será a assistência clínica e psiquiátrica dos residentes, o tipo e quantidade de profissionais envolvidos no cuidado, a presença ou ausência de convênios com Organizações não-governamentais para responder com flexibilidade e rapidez às demandas logísticas do cotidiano das casas, dentre outras⁴⁸.

Com relação ao financiamento dos dispositivos, eles devem ser vinculados à rede pública de serviços de saúde e ao SUS⁴⁹. A portaria 106⁷ determina que, por se tratarem de serviços substitutivos, a cada transferência de um paciente do hospital psiquiátrico para um SRT, os recursos que eram usados para aquele leito devem ser realocados para os tetos orçamentários do município e direcionados para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs).

A nomenclatura “serviços” e “terapêuticos” por vezes foi questionada por pesquisadores e trabalhadores da saúde, tendo em vista que são dispositivos que foram criados para serem exclusivamente casas. Todavia, esta ainda é considerada pertinente visto que apesar de se tratar de construções residenciais, se fez necessária a adoção destes termos para justificar e viabilizar a entrada dos SRT no rol de serviços do SUS⁴².

3.2 Trajetória da desinstitucionalização em Pernambuco

A trajetória da Reforma psiquiátrica Pernambucana foi iniciada, em 1991, por meio da organização de uma nova política psiquiátrica pela Coordenação Nacional de Saúde mental. No mesmo ano, foram criadas as portarias nacionais 189 (que restringiu o tempo dos novos internamentos psiquiátricos para no máximo 180 dias, com risco de não pagamento da Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) pelo SUS), 336 e 224 (que institui os Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial NAPS/CAPS e estabelece penas para os Hospitais Psiquiátricos que não se adequarem aos dispositivos legais)⁵⁰.

Entre 1992 e 1994, foram criadas portarias nacionais e estaduais para cumprir os acordos firmados na Declaração de Caracas e dos movimentos reformistas. Dentre elas ganha destaque a Legislação estadual 11.064/94-PE⁵¹ dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Em seu inciso VI, esta legislação legitima que sempre que possível deve ser realizada a integração do paciente asilar à sua comunidade de procedência, mesmo para aqueles que se encontram sob responsabilidade do estado por perda dos vínculos familiares⁵¹.

Ainda sobre a lei 11.064/94-PE⁵¹, em seu artigo 5 inciso VI, torna-se evidente a integração das chamadas “Pensões protegidas” ao escopo de recursos psiquiátricos descrito no Plano Estadual de Saúde Mental. Este serviço foi definido como “serviço com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internação psiquiátrica, em condições de alta, mas sem condições de volta ao convívio familiar”. No final do ano de 1998, foi inaugurada a Colônia Alcides Codeceira, no município de Igarassu, que representou a primeira experiência de Lar Protegido de Pernambuco, seguido por um segundo lar criado nas dependências do Hospital Ulisses Pernambucano em Recife no ano de 1999⁵⁰.

Em 2001 na capital do estado de Pernambuco, Recife, a gestão municipal tornou a saúde mental uma das suas prioridades de atuação, com vistas a deslocar o foco de atenção da doença para o sujeito. No mesmo ano, foi implantado o projeto Reabilitar com o objetivo de “reduzir as internações de pacientes em Hospitais Psiquiátricos e garantir o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais a um tratamento humanitário, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”⁵². O programa foi composto por dois subprojetos: Projeto de volta à família de origem e o projeto de Residências Terapêuticas.

Entre 2001 e 2007, foram implantadas 11 SRT no Recife: 4 residências masculinas, 5 femininas e 2 mistas⁵³. Em 2005, Pernambuco era o 3º estado brasileiro com maior número de internos em Hospitais Psiquiátricos, e contava com 7,83% do total de leitos psiquiátricos oferecidos pelo SUS no Brasil e atrás de São Paulo e Rio de Janeiro¹. Por sua vez, em 2014, Pernambuco figurava o 5º lugar em número de leitos, contando com 9 Hospitais Psiquiátricos e 1.262 leitos, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Minas Gerais⁹.

Até dezembro de 2014, Pernambuco contava com 58 SRT⁸ e em julho de 2015 Recife possuía 31 SRT, com planos de aumento considerável desse número até 2017⁵⁴. Apesar de representar mais de quinze anos de história, desde a criação do 1º SRT, pouco se sabe quantitativamente sobre quem são os moradores dos SRT, suas características sociodemográficas, condições de saúde e vida em sociedade^{12-13,55-56}.

3.3 Práticas de Saúde Mental na comunidade e as demandas de cuidado

Apesar do pouco conhecimento sobre o morador das SRT, é possível afirmar que com o seguimento do processo de desinstitucionalização, o portador de transtorno mental é encontrado, hoje, em todos os cenários do cuidar, e, em especial, na comunidade. A Atenção Primária à saúde é uma das principais portas de entrada do SUS⁵⁷ e cumpre importante função na Rede de Assistência Psicossocial (RAPS).

Em 2013, foi publicado pelo Ministério da Saúde na série de ‘Cadernos de Atenção Básica’ o exemplar 34 que orienta e confere visibilidade às práticas de saúde mental na comunidade⁵⁸. Apesar da importância do impresso supracitado, para o fortalecimento das práticas de saúde mental na comunidade, é importante ressaltar que os SRT pouco são referenciados neste instrumento⁵⁸. Já que estas casas estão presentes nas comunidades, cujos territórios são adscritos das Unidades Básicas de Saúde, é fundamental a participação desse serviço no cotidiano desse morador, inclusive como uma ferramenta de retomada da autonomia e dos direitos cerceados durante os internamentos de longa duração nos Hospitais Psiquiátricos.

O cuidado ao paciente psiquiátrico, na atenção básica, é estratégico, porque por meio do vínculo entre serviço e comunidade é possível conhecer a história de vida das pessoas, os seus vínculos sociais e elementos territoriais que contribuam com o processo de saúde-doença daquela realidade. Dentre as responsabilidades da Atenção Básica, estes serviços devem possuir altas taxas de resolutividade, ser capaz de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde e produzir intervenções para os problemas detectados⁵⁸.

A continuidade do cuidado refere-se à manutenção do cuidado de um nível para outro. Essa ação assegura que o paciente seja atendido em um sistema de saúde complexo com o máximo de eficiência e um mínimo de frustração⁵⁹. Dessa forma, o diagnóstico situacional é importante para identificar estas vulnerabilidades na população e pressupõe o contato com a rotina do usuário e suas relações sociais dentro do território⁵⁹.

Dentre a população de egressos de internamentos em hospitais psiquiátricos puderam ser evidenciados comorbidades clínicas associadas aos transtornos mentais como hipertensão¹², diabetes¹², tabagismo^{12,60}, sobrepeso⁶¹ e a catarata⁶². Este quadro evidencia os desafios que a assistência comunitária deverá enfrentar para a resposta às demandas de cuidado.

Somado às questões de iatrogenias, geradas pela vivência por um período prolongado em um ambiente de reclusão, há o efeito do envelhecimento na população. Estudos realizados em idosos comunitários identificaram que a idade é um fator diretamente relacionado com o comprometimento da capacidade funcional, pois gera a necessidade de um cuidador (profissional ou familiar) para a realização ou apoio na execução das atividades de vida diária^{63,64,65,66}. Além do aspecto etário, a ausência de contato familiar⁶⁷, o sexo feminino^{64,67}, déficit cognitivo⁶⁷ e desorientação⁶⁸ também são apontados por se relacionarem ao declínio da capacidade funcional.

A presença de doenças crônicas como doenças pulmonares, HAS e doenças cardíacas, além do histórico de AVC e câncer foi associada a estados de declínio da capacidade funcional^{67,68}. Os fatores associados ao comprometimento da capacidade funcional reforçam a importância da detecção precoce e manejo adequado das demandas de cuidado.

3.4 A atuação do enfermeiro na Saúde Mental

Ao considerar as demandas de cuidado à saúde, observa-se que o profissional de enfermagem, em alguns momentos, confunde-se com o próprio conceito de cuidado visto que esta é a principal premissa de sua atuação⁶⁹. Na história da psiquiatria moderna, o enfermeiro sempre esteve presente nas instituições de tratamento manicomial. Nestes lugares, a enfermagem passou a exercer a profissão de forma disciplinadora, focalizada no comportamento divergente, de higiene social, física, como também, de controle social⁷⁰.

Com a instituição da Reforma Psiquiátrica, ao passo em que houve a minimização dos leitos nos hospitais e alteração para uma lógica de atendimento comunitário, o profissional enfermeiro passou a expor maiores dificuldades para se posicionar na sua especialidade, ao se

desviar dos serviços de psiquiatria, das tarefas assistenciais e voltar-se essencialmente ao âmbito administrativo⁷¹. Estudo realizado, em quatro CAPS de Volta Redonda-RJ, acerca do cuidado de enfermagem ao portador de sofrimento psíquico nestas instituições, evidenciou que o enfermeiro apresenta dificuldade para definir o próprio papel dentro da equipe, ora repete práticas manicomiais de tutela e exclusão, ora aproxima-se de uma postura reabilitadora e libertadora de cuidar⁷².

Simultaneamente às modificações vivenciadas pela psiquiatria, a enfermagem necessitou adaptar-se às novas necessidades que os serviços substitutivos apresentavam, e extrapolar, portanto, a lógica manicomial. As práticas assistenciais do enfermeiro anteriormente limitadas à contenção, vigilância e medicações, modificaram-se e envolvem atividades complexas, individuais e coletivas, focadas para o relacionamento terapêutico e à educação em saúde. Hoje, o enfermeiro encontra-se inserido na equipe multiprofissional que compõe o CAPS, no qual, é responsável pelas atividades com finalidades terapêuticas de modo individual e coletivo, e, para tanto, utiliza-se de ferramentas de comunicação e escuta ativa. Além disso, desempenha papel importante de educador ao efetuar ações educativas para as equipes, pacientes e familiares⁷³.

O enfermeiro que atua na RAPS deve executar o cuidado direcionado para a humanização, visando a reinserção social e a liberdade do paciente. Contudo, suas práticas necessitam afastar-se cada vez mais do modelo manicomial, superando as intervenções centralizadas fundamentalmente no zelo e na proteção desse paciente do mundo externo, vislumbrando assim, o alcance da autonomia e a reintegração de uma vida com funcionalidade na comunidade⁷².

Em virtude da desospitalização e desinstitucionalização, ocasionada pelo processo da reforma psiquiátrica, o paciente com transtorno mental encontra-se atualmente em todos os cenários do cuidar, inclusive na comunidade, no qual, o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família assume responsabilidade sanitária do território. Assim, para o fortalecimento da enfermagem, e também, do processo de desospitalização e de cuidado em saúde mental, é fundamental que exista um maior vínculo entre o profissional enfermeiro e o paciente psiquiátrico (seja ele morador de SRT ou que reside com seus familiares).

Na Atenção Básica, principal porta de entrada aos serviços de saúde no território, o enfermeiro é um importante membro da equipe multidisciplinar que presta o cuidado de forma autônoma e coadjuvante às pessoas de todas as idades, grupos, comunidades, saudáveis ou doentes em todo o seu campo de atuação. Dentre suas principais funções, inclui-se promoção da saúde, prevenção de doenças e o cuidado de doentes incapacitados⁷⁴.

Quando se trata dos portadores de transtornos mentais graves, a assistência na atenção primária é primordial para auxiliar no processo de reabilitação e manutenção desses pacientes, tornando-os mais independentes em suas atividades de vida diária, manejando a doença psiquiátrica no contexto da comunidade e prevenindo a ocorrência de internamentos psiquiátricos evitáveis ou desnecessários^{58,75}. Sem minimizar a relevância dos outros dispositivos da RAPS, a exemplo do SAMU, NASF, CAPS, ambulatórios, consultórios de rua e hospitais.

Compreender o transtorno mental requer do enfermeiro a capacidade de ouvir as necessidades do outro, associar saberes e realizar práticas de saúde que envolva o paciente de transtorno mental como ator social⁷⁶⁻⁷⁷. Pacientes psiquiátricos devem ser orientados e estimulados a desempenhar atividades de autocuidado, uma vez que, nos momentos de crise esses pacientes podem não conseguir voltar a atenção para seu próprio cuidado, necessitando das ações da equipe de enfermagem ou dos familiares⁷⁸

Para tanto, a educação em saúde é o principal método para promover a independência do paciente, sendo exercida por meio do diálogo e fornecimento de informações referentes ao transtorno, tratamento e autocuidado⁷⁹. Tal estratégia propicia a expressão de sentimentos e respeito às emoções de cada um, além de permitir o aprofundamento das discussões voltadas à saúde, novas técnicas para superar dificuldades e a conviver de modo equilibrado com sua condição de saúde⁸⁰.

Assim, na enfermagem é essencial associar o saber a implementação das ações em prática, por meio de ferramentas de conhecimento científico e da percepção das necessidades dos pacientes⁷⁸. Com a educação em saúde realizada de forma sistemática, o enfermeiro contribui positivamente para a formação de pacientes habilitados para agir em favor da melhoria da sua saúde, tornando-os pessoas mais autônomas, minimizando suas incapacidades, reduzindo o sofrimento e promovendo o autocuidado⁷⁷.

4 MÉTODOS

4.1 Método do artigo de revisão integrativa:

“Serviços psiquiátricos substitutivos: experiências de desinstitucionalização no mundo”

Estudo do tipo revisão integrativa da literatura, que objetivou identificar quais estratégias vêm sendo utilizadas no processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais diante da desativação progressiva dos leitos psiquiátricos em diversos países do mundo.

Este desenho de estudo possui a finalidade de reunir e sintetizar e analisar o conhecimento existente sobre a temática proposta construindo uma conclusão. Os estudos selecionados dentre a literatura investigam problemas idênticos ou similares e são analisados de forma sistemática em relação ao seu objetivo, metodologia, resultados e conclusões⁷⁰. Esse apanhado possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar suas lacunas⁸¹.

A elaboração deste artigo deu-se por meio de seis etapas⁸¹: 1. Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, descritores e a busca na base de dados; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5. Interpretação dos resultados; 6. Síntese do conhecimento.

Para o alcance dos objetivos propostos, o estudo teve como pergunta de pesquisa: “Quais as evidências científicas sobre as estratégias que vem sendo utilizadas no processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em diversos países do mundo?”

A seleção dos artigos deu-se a partir dos seguintes critérios de inclusão: artigos originais, publicados entre 2009 e 2014, no intuito de encontrar evidências científicas recentes, e nos idiomas português, inglês ou espanhol. A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2014 nas bases de dados Scopus, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* - Cinahl Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs. As estratégias de busca dos artigos se adequaram as especificidades de acesso das bases de dados em questão, sendo pautadas na pergunta de estudo e nos critérios de inclusão.

Os descritores na língua inglesa utilizados na busca na base de dados Scopus foram “Deinstitutionalization” e “Psychiatric Hospitals” de acordo com a Medical Subject Headings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine (NLM). Para a base de dados Cinahl foram cruzados os descritores cadastrados na ‘*Cinahl Headings*’ “Deinstitutionalization” e

“Hospitals, Psychiatric” nos modos *MM exact Major Subject Heading* e *MH exact Subject Heading*, respectivamente. Os descritores na língua portuguesa foram “Desinstitucionalização” e “Hospitais Psiquiátricos”, advindos da base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e utilizados para a busca na base de dados Lilacs.

Em cada base, realizou-se um cruzamento único entre os dois descritores utilizando o operador booleano AND. A eleição de dois descritores com amplo significado se deu com o objetivo de evidenciar relatos da desinstitucionalização do morador do hospital psiquiátrico para algum outro serviço.

Utilizou-se, para a extração das informações dos artigos, o instrumento proposto e validado por Ursi (2005), o qual continha: título, ano, autor, objetivos, metodologia e principais resultados⁸². Ademais, tal instrumento permitiu a sistematização da coleta de dados e a organização dos resultados. Posteriormente, classificou-se os artigos de acordo com os níveis de evidências propostas por Stetler e colaboradores (1998, p.195-206)⁸³

- Nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- Nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- Nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- Nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- Nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Não houve, no presente estudo, repetição de trabalhos nas diferentes bases de dados. Para avaliação do rigor metodológico, foi utilizado o instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP)⁸⁴, composto por 10 itens que abrangem o objetivo do artigo, adequação metodológica, apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos, seleção da amostra, procedimento de coleta de dados, relação entre o pesquisador e pesquisados, considerações éticas, procedimento de análise de dados, apresentação dos resultados e importância do estudo. A escala classifica em: 6 a 10 pontos – boa qualidade metodológica e viés reduzido e

menor ou igual a 5 – qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado.

A análise dos resultados foi apresentada em um quadro-síntese contendo as principais informações dos artigos que permitissem a avaliação e comparação dos estudos, o que culminou, em seguida, na categorização dos resultados por meio de análise temática de Bardin⁸⁵.

4.2 Método dos artigos originais

4.2.1 Tipo de pesquisa

Estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. Os estudos transversais produzem diagnósticos da situação momentânea da saúde de uma população com base na avaliação individual do estado de saúde de seus membros⁷⁶. São mais comuns na Epidemiologia e importantes na produção de evidências para o planejamento e definição de prioridades, ou mesmo para avaliação de políticas e programas de saúde⁸⁶.

Nesse tipo de estudo, a causa e o efeito são observados em um mesmo momento histórico. Este desenho foi escolhido por ser de execução e de análise rápida, com baixo custo de realização. Somado a estes fatos, uma importante vantagem dos estudos transversais é a possibilidade de se estudar várias exposições ou desfechos com dados coletados de uma vez. São limitações dos cortes transversais o fato de: não aferirem incidência de agravos, não estabelecerem a relação causal do efeito e estarem sujeitos aos vieses de seleção e de prevalência⁸⁷.

4.2.2 Cenário de estudo

O cenário de estudo são os Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Recife-PE. Capital do estado e município mais populoso, com população estimada para 2015 de 1.617.183 habitantes⁸⁸ e até o mês de julho de 2015 haviam sido instaladas 31 SRT distribuídas em seu território⁵⁴ (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de SRT e moradores por Distrito Sanitário (DS). Recife- PE, 2015.

Distrito Sanitário (DS)	Quantidade de SRT	Quantidade de moradores
I	1	8
II	6	43
III	6	45
IV	6	43
V	6	44
VI	6	46
TOTAL	31	229

FONTE: Coordenação dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Prefeitura do Recife. Recife – PE, 2015.

4.2.3 População de estudo

Moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Recife-PE, residentes até julho de 2015, totalizando 229 moradores⁵⁴.

4.2.4 Critérios de inclusão:

- Moradores de um SRT da cidade do Recife-PE – PE, de ambos os sexos,

4.2.5 Critérios de exclusão:

- Moradores em internamento hospitalar ou que se encontrasse em outro município durante o período de coleta de dados.
- Moradores que no período da coleta de dados encontrem-se impossibilitados para participar do estudo, por questões de saúde física ou mental, de acordo com a avaliação da equipe técnica que o acompanha.
- Moradores curatelados que não possuam um curador legal nomeado ou não localizado durante o período de coleta de dados.

4.2.6 Seleção da amostra

Inicialmente, a pesquisa contava com uma população de 229 moradores. Na amostra censitária utilizada, incluíram-se todos os moradores de Residência Terapêutica da cidade do Recife - PE. A opção por este tipo de amostra justifica-se por ser uma população pequena, composta por indivíduos vulneráveis, portadores de individualidades, e diferentes realidades de internamentos de longa duração.

4.2.7 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados construído teve como base o Caderno de Atenção Básica nº 19⁸⁷ e o modelo de formulário para atendimento ambulatorial do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço universitário da UFPE que presta cuidado multiprofissional à idosos⁸⁹, tendo em vista que segundo informações da Prefeitura do Recife - PE, parcela considerável dos moradores se encontrava próximo aos 60 anos de idade ou acima disso.

O instrumento utilizado no projeto (Apêndice A), composto por questões fechadas organizadas em blocos por conjuntos temáticos, incluiu dados de caracterização pessoal, hábitos e costumes, anamnese, antecedentes clínicos familiares e pessoais, pelo índice de Katz e pela escala de Lawton e Brody que avaliam ABVD e AIVD respectivamente.

4.2.8 Variáveis

Optou-se pela descrição das variáveis estudadas separadas por seções, considerando a distinção de fatores avaliados nos três artigos originais.

4.2.8.1 Variáveis analisadas no Artigo Original 1: “Perfil de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife – Pernambuco”.

- Sexo: Masculino ou Feminino;
- Idade: em anos completos caracterizado em 4 faixas-etárias 25 a 44 anos, 45 a 53 anos, 54 a 59 anos e 60 anos ou mais. A divisão das três primeiras faixas-etárias foi realizada, por meio dos tercís e a última categoria foi criada tomando como referência a idade preconizada pelo estatuto do idoso⁹⁰;
- Renda: Considerado o rendimento mensal total do morador, distribuído nos seguintes intervalos: Até um salário mínimo, de mais do que um até dois salários mínimos, de mais de dois a quatro salários mínimos e mais de quatro salários. Em 2015, o salário mínimo brasileiro foi fixado em R\$788,00;
- Escolaridade: Não escolarizado, alfabetizado, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Superior incompleto, Superior completo ou mais;
- Estado civil: viúvo, casado, solteiro e separado/divorciado;
- Contato familiar no último ano: Presentes ou ausentes.

- História de perda de documentos pessoais: Relato de alta do hospital psiquiátrico sem documentos pessoais de identificação, relatado em prontuário do CAPS ou pelo Técnico de Referência do SRT;
- História de situação de rua: Relato de vivências de rua pelo morador ou paciente internado, por se encontrar em via pública sem informações sobre sua história e desorganizado psiquicamente, relatado em prontuário ou pelo Técnico de Referência do SRT;
- História de Abandono Familiar: Relato de ruptura ou extrema fragilidade dos vínculos familiares antes, durante ou após o internamento e alta do hospital psiquiátrico, relatado em prontuário ou pelo Técnico de Referência do SRT;
- Tempo de internamento no hospital de origem em anos completos e categorizado em: até 2 anos completos; entre 2 e 9 anos e igual ou superior a 10 anos;
- Tempo de residência terapêutica em anos completos categorizado em: até 1 ano completo; entre 1 e 5 anos completos; maior que 5 anos;
- Diagnóstico Psiquiátrico: categorizado em “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”; “esquizofrenia associada à comorbidade psiquiátrica”; “Retardo mental”; “Retardo mental associada à comorbidade psiquiátrica” e outros transtornos mentais;
- Nº de internamentos psiquiátricos: agrupados em 1 internamento; 2 internamentos; Entre 3 e 10 internamentos e mais do que 10 internamentos.
- Curatela: Pode ser definido como:

É o encargo atribuído pelo Juiz a um adulto capaz, para que proteja, zele, guarde, oriente, responsabilize-se e administre os bens de pessoas judicialmente declaradas incapazes, que em virtude de má formação congênita, transtornos mentais, dependência química ou doenças neurológicas estejam incapacitadas para reger os atos da vida civil, ou seja, compreender a amplitude e as consequências de suas ações e decisões (impossibilitadas de assinar contratos, casar, vender e comprar, movimentar conta bancária, etc)⁹¹

Essa variável foi categorizada em “sim” e “não”.

4.2.8.2 – Variáveis analisadas no Artigo Original 2: Capacidade funcional de moradores de residências terapêuticas de Recife – Pernambuco.

4.3.8.2.1 Variáveis dependentes:

a) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (Índice de Katz): desenvolvido em 1963 para avaliar a evolução de idosos em suas ABVD e/ou ofertar um possível prognóstico em doentes crônicos. Segundo os seus achados, com o desenvolvimento do processo de envelhecimento há uma regressão das atividades funcionais⁹². Avalia o desempenho de adultos e idosos em seis dimensões básicas para o autocuidado: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho^{25,92-93,94}, adaptado e validado a realidade brasileira⁹³.

Utilizaram-se as pontuações e pontos de cortes da versão *Index de ADL de Katz* (1998)⁹⁴: Para as atividades realizadas de forma independente foi atribuída a pontuação 1 e para aquelas executadas com supervisão, orientação, assistência ou cuidado integral foi dada a nota 0. Dessa forma, o total de pontos pode ser classificado como: Independente (6 pontos), dependência moderada (entre 5 e 3 pontos) e muito dependente (2 pontos ou menos)⁸⁰. Para fins de análise multivariada, por meio da regressão de Poisson, com variância robusta, a variável foi considerada dicotômica (independente ou dependente), segundo o procedimento utilizado em outros estudos com o mesmo instrumento⁹⁵, onde seria considerado dependente aquele que obtivesse pontuação igual ou menor que 5 pontos no índice.

b) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (Escala de Layton e Brody): Capacidade do indivíduo (adulto⁹⁶ ou idoso⁹⁷) não-institucionalizado para desenvolver uma vida independente dentro da comunidade, consideradas mais complexas que as ABVD⁵⁴. O desempenho do participante é avaliado com a atribuição de pontuações segundo os parâmetros dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto) nos seguintes aspectos: uso de telefone, uso de transporte, realização de compras, cuidado da casa, preparo de refeições, lavar a roupa, manuseio de medicamentos e administração de dinheiro⁵⁷. A categorização do escore foi realizada da seguinte maneira: dependência (de 0 a 7 pontos) e independência (8 pontos)^{96,98}.

4.2.8.2.2 Variáveis independentes:

4.2.8.2.2.1 Perfil sociodemográfico

- Sexo;
- Idade;
- Renda;
- Estado civil;
- Escolaridade;

- Contato familiar no último ano;
- Curatela.

4.2.8.2.2 Antecedentes Psiquiátricos

- Número de internamentos psiquiátricos na vida;
- Tempo de permanência no último internamento em hospital psiquiátrico em anos completos;
- Tempo que reside em SRT;
- Diagnóstico psiquiátrico;
- Quantidade de medicamentos psicotrópicos de uso contínuo utilizados, categorizado de acordo com os quartis: Entre 1 e 3 medicamentos; de 4 a 6 medicamentos; 7 a 10 medicamentos; mais do que 10 medicamentos;

4.2.8.3 Variáveis analisadas no Artigo Original 3: Demandas de cuidado clínico para a Estratégia de Saúde da Família entre moradores das Residências Terapêuticas

4.2.8.3.1 - Variáveis dependentes :

- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) ⁹⁴⁻⁹⁵
- Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) ⁹⁷⁻⁹⁸

4.2.8.3.2 – Variáveis independentes:

- Autorrelato ou registro em prontuário de comorbidades clínicas:
 - Hipertensão arterial sistêmica (HAS): Sim ou não.
 - Diabetes *Mellitus* (DM): Sim ou não.
 - Dislipidemias (alterações no colesterol e/ou triglicerídeos com uso de medicação): Sim ou não.
 - Catarata: Sim ou não.
 - Acidente Vascular Cerebral (AVC): Sim ou não.
 - Tabagismo: Sim ou não;
 - Diagnóstico psiquiátrico: categorizado em esquizofrenia, esquizofrenia associada à comorbidade psiquiátrica, retardo mental, retardo mental associada à comorbidade psiquiátrica e outros transtornos mentais.

b) Necessidades de saúde: Foram evidenciadas segundo o autorrelato após questionamento, exceto para a variável índice de massa corporal, em que foram realizadas as medidas antropométricas de cada participante da pesquisa.

- Acuidade visual: Preservada ou comprometida;
- Audição: Preservada ou comprometida;
- Dentição prejudicada: Sim ou não;
- Problemas para respirar: Sim ou não;
- Problemas cardíacos: Sim ou não;
- Problemas Intestinais: Sim ou não;
- Problemas urinários: Sim ou não;
- Quedas no último ano: Sim ou não;
- Atividades físicas regulares: Sim ou não;
- Índice de Massa Corporal (IMC)⁹⁹: Abaixo do peso ($IMC < 18,5$); Peso normal ($18,5 < IMC < 24,9$); Sobrepeso ($25 < IMC \leq 29,9$); Obesidade grau I ($30 < IMC \leq 35$); Obesidade grau II ($35 < IMC \leq 40$); Obesidade grau III ($IMC > 40$);
- Mobilidade, categorizado em: Restrito ao leito/cadeira de rodas; Deambula pequenas distâncias, mas não é capaz de sair de casa sem ajuda; Deambula normalmente;
- Presença de escaras no momento da coleta de dados: Sim ou não.

4.2.9 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e julho de 2015, sendo realizada por uma equipe composta pela pesquisadora e quatro acadêmicas do curso de Enfermagem da UFPE, bolsistas do Programa de Iniciação Científica. Realizou-se uma capacitação no mês de novembro de 2014, que objetivou padronizar a condução da entrevista pelos membros da equipe.

A coleta de dados, realizada mediante pacto com a coordenação dos SRT e com as equipes técnicas das residências e dos CAPS de referência, ocorreu inicialmente em local reservado nos CAPS, por exigência da gestão. Durante o processo, o convite de participação na pesquisa ao morador e explanação sobre os termos da pesquisa era realizado pela equipe técnica dos SRT em virtude do vínculo já existente entre técnicos e moradores. Antes do início da entrevista eram reforçadas com os moradores as orientações presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B e C). Aos moradores que

concordaram em participar da pesquisa, era solicitada a assinatura ou impressão digital no documento. Para os moradores curatelados foi solicitada previamente a assinatura do TCLE por seu responsável legal.

No dia e horário agendados um veículo da prefeitura fazia o traslado de ida e volta desse morador ao seu CAPS de referência, onde seria realizada a entrevista. Durante este primeiro momento evidenciou-se que parte da população apresentava dificuldades de locomoção ou questões clínicas e psiquiátricas, que dificultavam sua saída da residência e traslado para o CAPS. Diante dessas questões, houve a autorização para a pesquisadora realizar a coleta de dados nos SRT desses moradores que possuíam tais limitações. A mudança em questão não atrapalhou o andamento da pesquisa. Ao contrário, contribuiu para que o número de perdas fosse reduzido.

Para os dados que fornecessem dúvidas, respostas incompletas ou riscos associados ao viés de memória e em relação também ao registro do histórico de saúde desse morador, realizou-se a triangulação dos dados, por meio de consulta ao prontuário disponível no CAPS e a validação das informações pelo cuidador que acompanhou esse morador.

Foi realizado estudo piloto com 33 moradores do DS III, que corresponde a cerca de 10% da amostra, para o reconhecimento de possíveis necessidades de ajustes no instrumento de coleta de dados. Constatada a adequação, o instrumento não foi alterado e os moradores entrevistados continuaram a compor a amostra final.

Os dados coletados pela equipe de pesquisa foram revisados e digitados pela pesquisadora, visando detectar falhas no preenchimento ou falta de informações, que necessitassem o retorno do pesquisador ao serviço para complementar os dados, caso necessário.

4.2.10 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, em que ocorreu a sua validação, por meio de dupla digitação e posterior comparação e correção dos valores divergentes. A análise do banco se deu por meio do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) em sua versão nº 18.

Nos artigos originais 1 e 2, para avaliar o perfil sociodemográfico, clínico, psiquiátrico e de capacidade funcional, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. No artigo original três, a identificação das demandas de cuidado deu-se a partir da análise de significância das variáveis presentes no bloco de 'necessidades de saúde' e os níveis de dependência para ABVD e AIVD no teste de comparação de proporções.

Foi comparada a proporção das pessoas com e sem alterações nestas variáveis, na qual se elegeram as demandas de cuidado mais prevalentes os estados de alterações significativamente mais presentes na população de moradores ($p\text{-valor}<0,05$).

Na avaliação da associação estatística entre as variáveis dependentes e as independentes nos artigos 2 e 3, utilizou-se o teste qui-quadrado. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, houve a aplicação do teste Exato de Fisher. Para todas as conclusões foi considerado o nível de significância de 5%.

A análise multivariada para a dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária foi feita por meio do ajuste do modelo de Poisson com variância robusta. Para entrada no modelo foi considerado o nível de significância menor do que 20% na análise bivariada. A estimação dos parâmetros foi feita por meio do método híbrido no qual interações de Scoring Fisher são realizadas antes de mudar para o método de Newton–Raphson. As variáveis foram incluídas de forma conjunta no modelo inicial, em que a cada estimação do modelo era retirada individualmente a variável com o maior p-valor da estatística de Wald. A variável permaneceria no modelo final se obtivesse $p\text{-valor}<0,05$ na estatística de Wald.

Na análise multivariada do artigo original 3, foi forçada a permanência da variável idade com o objetivo de realizar o ajustamento das outras variáveis incluídas no modelo, mesmo esta não apresentando $p\text{-valor}<0,20$ na análise bivariada.

4.2.11 Aspectos éticos-legais

O projeto mestre atende a Resolução 466/12, que trata de pesquisa com seres humanos, com respeito ao sigilo e à privacidade das informações obtidas durante a pesquisa, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco por meio do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731 (Anexo 2).

A pesquisa envolveu riscos mínimos aos participantes, relacionados a possíveis sentimentos de constrangimento ao retratar questões pessoais durante a realização da entrevista. Para minimizar este risco, a aplicação do formulário foi realizada em um local reservado.

Os benefícios do estudo estão relacionados à oportunidade de participação em uma entrevista com um profissional de enfermagem, espaço para escuta das queixas pessoais, angústias e dúvidas, com possível identificação de demandas de saúde e aumento de conhecimento diante das dúvidas apresentadas ao pesquisador. Além de que a pesquisa pode beneficiar moradores de Residências Terapêuticas de outras localidades com contextos

semelhantes, que poderão ser melhor cuidados, a partir das necessidades de cuidados encontradas em Recife-PE. Para as demandas de cuidado identificadas, serão feitos alertas sobre a condição identificada individual e coletivamente, no território, e apontados aos serviços e à gerência sugestões de encaminhamentos que podem ser realizadas para manejo das demandas de cuidado clínico identificadas.

Após a identificação dos resultados, eles serão repassados para a coordenação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e seus Técnicos de Referência, além de apresentado no Fórum dos SRT que é realizado mensalmente.

Os formulários preenchidos com as informações pessoais dos participantes serão acondicionados no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal sob responsabilidade da coordenadora desse estudo, a Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão e, após 5 anos, os mesmos serão destruídos. Os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos

5 RESULTADOS

5.1 SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS SUBSTITUTIVOS: EXPERIÊNCIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO MUNDO

INTRODUÇÃO

A expressão "desinstitucionalização" conceitua o processo de redução progressiva do número de leitos ou de fechamento dos Hospitais Psiquiátricos. As antigas estruturas institucionais em muitos espaços são conhecidas pelo grande número de internos que alojavam e pelos relatos de violência e exclusão¹.

Em contrapartida a este modelo, hegemônico desde a Idade Média, entre o final do século XX e o início do século XXI, Devido à luta de movimentos sociais em defesa dos direitos humanos, observa-se o redirecionamento na assistência às pessoas com transtornos mentais por serem fenômeno observado de formas e em ritmos diferentes em vários países do mundo²⁻³. Apesar de o relatado processo ter ocorrido com diferentes configurações ao redor do mundo, as mudanças, em geral, propunham estratégias alternativas de assistência em saúde mental, com foco na comunidade, nos hospitais gerais e nos ambulatórios^{1,4}.

Dentre as iniciativas para a mudança desse modelo, destaca-se o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia. Este teve grande importância na história da Saúde Mental pelas mudanças que promoveu no Hospital Psiquiátrico de Gorizia⁵ e, posteriormente, no Hospital Psiquiátrico San Giovanni, reconhecido como referência para desinstitucionalização e cuidado comunitário em saúde mental pela Organização Mundial de Saúde⁶.

No final da década de 1970, após a promulgação da lei 180/78 na Itália, a ideia de desativação dos Hospitais Psiquiátricos e constituição de redes comunitárias alternativas de Basaglia começaram a espalhar-se pelo mundo e inspiraram o surgimento de novas experiências pautadas em outras realidades⁷.

No ano 1990, na Venezuela, ocorreu a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, da qual resultou a "Declaração de Caracas". Nela, os países cossignatários da América Latina, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário⁸.

Ainda no mesmo pensamento, em 1993, as Organizações Mundial e Panamericana de Saúde propuseram que os modelos de assistência em Psiquiatria fossem pautados na redução progressiva do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos e na migração para um modelo de assistência de base comunitária⁹⁻¹⁰.

Nunca antes tantas pessoas se interessaram pelos problemas dos Hospitais Psiquiátricos, tornando-se um problema muito além do estreito círculo das elites políticas, administrativas e profissionais que estavam habitualmente envolvidas com eles. As discussões perpassaram a própria definição e modo de atuar da psiquiatria como uma disciplina médica¹¹.

Não se pode negar a existência de forças de resistência às iniciativas de desinstitucionalização, visto que se trata de uma mudança intensa na lógica política e assistencial da psiquiatria. Desinstitucionalizar requer mudanças que envolvem aspectos econômicos, culturais, sociais, acadêmicos, clínicos e, principalmente, políticos inerentes à estrutura organizacional dos Hospitais Psiquiátricos.

Apesar do fechamento de manicômios, geralmente, apresentar-se como uma experiência exitosa, este processo é permeado por diferentes dificuldades em sua implantação prática. Podem-se destacar os impasses no financiamento de novos serviços comunitários, reinserção de pacientes com perda dos vínculos familiares e sociais, alta demanda e baixa oferta de serviços assistenciais substitutivos, aumento no número de desabrigados, dificuldade na captação de profissionais aptos a atuarem dentro da lógica antimanicomial, entre outros⁴.

Pouco se sabe ainda sobre a forma pela qual cada país reagiu diante do desafio da desospitalização e como superou os problemas na criação da rede de acolhimento extramuros. Tais informações, quando compartilhadas, podem ser úteis na troca tanto de experiências exitosas, quanto do que deve ser evitado. Diante desta demanda, o artigo tem como objetivo identificar as estratégias utilizadas no processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em diversos países do mundo.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura, que busca reunir e sintetizar o conhecimento existente sobre a temática proposta ao construir uma conclusão. Os estudos selecionados nas bases de dados científicas investigam problemas idênticos ou similares e são analisados de forma sistemática em relação ao seu objetivo, metodologia, resultados e conclusões¹². Este apanhado possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento¹³.

Para a construção, foram utilizadas as etapas: 1. Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, descritores e a busca na base de dados; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5. Interpretação dos resultados; 6. Síntese do conhecimento¹³.

Para o alcance dos objetivos propostos, o estudo teve como questão de pesquisa: “Quais as evidências científicas sobre as estratégias que vem sendo utilizadas no processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em diversos países do mundo?”

A seleção dos artigos se deu a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos originais, publicados nos últimos cinco anos (entre 2009 e 2014), nos idiomas português, inglês ou espanhol. Nas bases de dados Scopus, Cinahl e Lilacs.

Os descritores na língua inglesa utilizados na busca na base de dados Scopus foram “Deinstitutionalization” e “PsychiatricHospitals” de acordo com a Medical SubjectHeadings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine (NLM). Para a base de dados Cinahl foram cruzados os descritores cadastrados na ‘*CinahlHeadings*’ “Deinstitutionalization” e “Hospitals, Psyshiatric” nos modos *MM exact Major SubjectHeading* e *MH exactSubjectHeading*, respectivamente. Os descritores na língua portuguesa foram “Desinstitucionalização” e “Hospitais Psiquiátricos”, advindos da base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e utilizados para a busca na base de dados Lilacs. Em cada base, foi feito cruzamento único entre os dois descritores utilizando o operador booleano AND.

Os cruzamentos, entre os dois descritores nas três bases de dados, totalizaram 964 artigos. Após a delimitação do tempo (em que houve exclusão de 851 artigos publicados antes de 2009), do idioma (em que foram desconsiderados 18 artigos em outros idiomas) e que não eram artigos originais (retirada de 24 artigos), procedeu-se com a leitura dos títulos e resumos de 71 artigos selecionados. Após ter sido evidenciada a relação dos estudos com o objetivo da revisão integrativa, foram eleitos 49 artigos para leitura na íntegra. Na etapa seguinte, ocorreu a seleção dos artigos que eram capazes de responder a pergunta norteadora da revisão, dos quais se totalizou uma amostra final de 14 artigos (Figura 1).

Para avaliação do rigor metodológico, foi utilizado o instrumento CriticalAppraisalSkillsProgramme (CASP), composto por 10 itens que abrangem o objetivo do artigo, adequação metodológica, apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos, seleção da amostra, procedimento de coleta de dados, relação entre o pesquisador e pesquisados, considerações éticas, procedimento de análise de dados,

apresentação dos resultados e importância do estudo. A escala classifica em: 6 a 10 pontos – boa qualidade metodológica e viés reduzido e menor ou igual a 5 – qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado. Nesta revisão integrativa, compuseram os 14 artigos que compuseram a amostra final apresentaram classificação igual ou maior que 6.

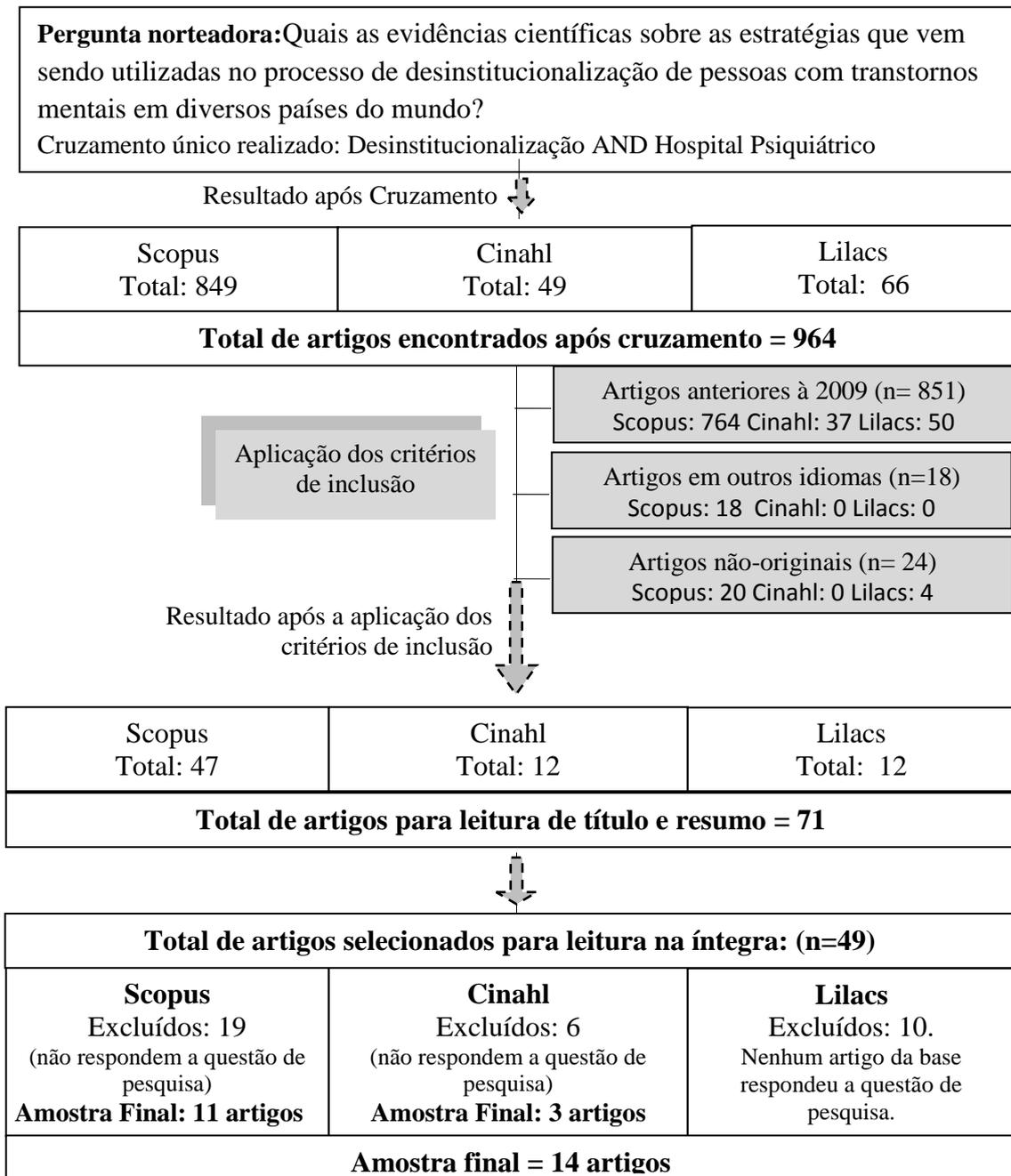


Figura 1: Processo de seleção dos artigos para construção de Revisão Integrativa. Recife-PE, 2014. .

Utilizou-se, para a extração das informações dos artigos, instrumento validado¹⁴ contendo: título, ano, autor, objetivos, metodologia e principais resultados. Ademais, tal instrumento permitiu a sistematização da coleta de dados e a organização dos resultados.

Os artigos foram classificados em sete níveis de evidências¹⁵: 1) Evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2) Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3) Ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4) Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5) Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; 7) Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Para análise dos achados elaborou-se um quadro-síntese contendo as principais informações dos artigos (título, país de origem, ano, nível de evidência, objetivo, principais resultados e categoria temática a que pertence). Esta etapa permitiu a avaliação e comparação dos estudos, o que culminou, em seguida, na categorização dos resultados por meio de análise temática de Bardin¹⁶ e sumariados em três categorias temáticas de acordo com as semelhanças de enfoque dos modelos assistenciais: Modelo 1: predominantemente comunitário; Modelo 2: predominantemente hospitalar; Modelo 3: Modelo misto com ênfase na assistência em hospital geral (quadro 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos estudos:

Com relação às bases de dados, 11 emergiram da Scopus e três da Cinahl. A maioria dos artigos foi escrito na língua inglesa (92,8%) e teve como autores, profissionais da área médica, em especial psiquiatras. Foram evidenciadas 14 experiências, com representatividade de todos os continentes (Quadro 1).

Quadro1: Descrição dos artigos selecionados quanto à título, país, ano, nível de evidência, objetivo, principais resultados e categoria que o artigo se enquadra. Recife, 2015. (Continua)

ARTIGO SELECIONADO	PAIS ANO	EVI- DÊN- CIA	CASP	OBJETIVO	RESULTADO	CATE- GORIA
Community mental health care in trieste and beyond: An "open door-no restraint" system of care for recovery and citizenship ⁶	Itália 2014	Nível 6	6	Relatar a experiência de centros comunitários de saúde mental como um centro de recuperação e cidadania	Os pacientes são cuidados por meio de uma rede de serviços comunitários e interação com a sociedade.	Modelo 1
Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia ¹⁷	Geórgia 2013	Nível 6	6	Fornecer uma visão geral do processo de reforma da saúde mental da Geórgia, incluindo as suas complexidades e desafios.	Assistência à nível comunitário com o amparo do hospital geral e com o estímulo a formação profissional por meio da criação de orientações e códigos de conduta.	Modelo 1
Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: A 1-year follow-up study of re-hospitalization ¹⁸	Malásia 2013	Nível 4	8	Determinar as alterações na taxa de hospitalização e fatores associados com menor reinternação de pacientes com esquizofrenia antes e depois dos serviços psiquiátricos comunitários de base hospitalar	Após a criação destes serviços psiquiátricos comunitários de base hospitalar houve redução significativa na taxa de reinternação. Ter um bom apoio social foi significativamente associado com menor taxa de reinternação	Modelo 3
Redevelopment of tertiary psychiatric services in British Columbia: A prospective study of clinical, social, and residential outcomes of former long-stay inpatients ¹⁹	Canadá 2013	Nível 4	8	- Avaliar os resultados clínicos e sociais de uma coorte de pacientes que foram submetidos à uma requalificação dos serviços psiquiátricos em British Columbia – Canadá.	A realização planejada e adequada do encerramento de Hospitais Psiquiátricos pode levar a resultados psicossociais positivos para os pacientes.	Modelo 1

Quadro1: Descrição dos artigos selecionados quanto à título, país, ano, nível de evidência, objetivo, principais resultados e categoria que o artigo se enquadra. Recife, 2015. (Continua)

ARTIGO SELECIONADO	PAIS ANO	EVI- DÊN- CIA	CAS P	OBJETIVO	RESULTADO	CATE- GORIA
The Mental Health Care Act No 17 - South Africa. Trials and triumphs: 2002-2012 ²⁰	África do Sul 2012	Nível 6	7	Descrever o impacto do ato nº 17 sobre a prestação de cuidados de saúde mental em vigência na África do Sul.	A legislação tem sido bem sucedida em mudar a ênfase do atendimento em hospitais gerais, mas apresenta dificuldades na atuação à atenção primária, onde há pouca atenção aos aspectos de promoção à saúde, prevenção e reabilitação. A integração dos serviços tem sido dificultada pela infra-estrutura, recursos limitados e falta de pessoal de saúde mental capacitados.	Modelo 3
Preliminary outcome study on assertive community treatment in Japan ²¹	Japão 2012	Nível 4	8	- Avaliar os efeitos do Tratamento Comunitário Assertivo na transição entre o internamento hospitalar e o tratamento na comunidade no Japão	Os pacientes em Tratamento Comunitário Assertivo conseguiram passar períodos mais longos na comunidade, sem agravamento dos sintomas, da função social ou da qualidade de vida.	Modelo 1
Outcomes of discharged females versus those waiting for discharge from Vlore Psychiatric Hospital (Albania) ²²	Albania 2012	Nível 4	9	Analisar os resultados psicossociais de mulheres que receberam alta do Hospital Psiquiátrico Vlore na Albânia.	Projetos de inclusão social de pessoas que sofrem de psicose deve projetar espaços vivos que ofereçam alternativas viáveis aos Hospitais Psiquiátricos. Este estudo também documenta os esforços na região de Vlore da Albânia a seguir padrões europeus de cuidados de saúde mental	Modelo 2
Long- and short-term inpatients with schizophrenia in China: Implications for community-based service development ²³	China 2012	Nível 6	7	Comparar as características sociodemográficas, sintomas e suporte social entre pacientes diagnosticados com esquizofrenia a curto e longo prazo.	O estudo com esquizofrênicos na comunidade identificou repercussões positivas na vivência deste paciente fora do hospital com melhor funcionamento social e adesão à medicação. Os pacientes com longos internamentos obtiveram maior isolamento social e maior adesão ao tratamento.	Modelo 2

Quadro1: Descrição dos artigos selecionados quanto à título, país, ano, nível de evidência, objetivo, principais resultados e categoria que o artigo se enquadra. Recife, 2015. (Continua)

ARTIGO SELECIONADO	PAIS ANO	EVI-DÊN-CIA	CASP	OBJETIVO	RESULTADO	CATE-GORIA
Is deinstitutionalization working in our community? ²⁴	Austrália 2011	Nível 4	8	Identificar a qualidade de vida, as atitudes e a taxa de reinternação hospitalar em residentes dos Centros regionais de cuidado comunitário	Os moradores destes serviços obtiveram aumento da qualidade de vida por meio de amizades, um ambiente residencial, e foram reduzidas as reinternações para tratamento psiquiátrico agudo. Outras melhorias podem ser feitas com mais empenho sobre as questões trabalhistas, educacionais e de inclusão social.	Modelo 1
O cuidado oferecido a pessoas que vivenciaram a experiência da desinstitucionalização ²⁵	Brasil 2011	Nível 6	7	Descrever o cuidado às pessoas em processo de desinstitucionalização na perspectiva de usuários e seus familiares	O investimento dos profissionais, e a participação da família e comunidade foram fatores importantes para o sucesso das altas hospitalares. Os profissionais precisam desenvolver diversas habilidades para lidar com o processo.	Modelo 1
Pathways to inpatient mental health care among people with schizophrenia spectrum disorders in South Africa ²⁶	África do Sul 2010	Nível 6	7	Relatar os padrões de utilização de serviços e os caminhos para assistência especializada por indivíduos com Esquizofrenia em Western Cape, África do Sul.	Os serviços comunitários apresentaram dificuldades para responder às necessidades das pessoas com doença mental grave. Há uma necessidade de desenvolver melhor estes cuidados baseados na comunidade.	Modelo 3
Deinstitutionalization in Europe: Two recent examples from Germany and Hungary ⁴	Hungria e Alemanha 2010	Nível 6	6	Descrever as experiências de desinstitucionalização em dois países europeus.	A Hungria apresentou sérias dificuldades na prestação de cuidados de saúde no campo da psiquiatria durante o processo de desinstitucionalização, em contraste com o caso da Alemanha que serve como um exemplo de uma solução alternativa. Relatou que o cuidado ao portador de transtorno mentais é feito no hospital geral.	Modelo 2

Quadro1: Descrição dos artigos selecionados quanto à título, país, ano, nível de evidência, objetivo, principais resultados e categoria que o artigo se enquadra. Recife, 2015. (Conclusão)

ARTIGO SELECIONADO	PAIS ANO	EVI- DÊN- CIA	CASP	OBJETIVO	RESULTADO	CATE- GORIA
Better off in the community? A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community ²⁷	Irlanda 2010	Nível 4	8	Investigar as mudanças na qualidade de vida de pacientes psiquiátricos egressos de longos períodos de institucionalização entre a sua alta hospitalar e um ano após a alta para a comunidade.	Os pacientes desejam continuar a viver na comunidade e enquanto eles mostraram melhorias no cuidado de si e funcionamento social no primeiro ano após a alta, estas melhorias não foram sustentadas após 5 anos na comunidade. É necessário que os profissionais destes serviços comunitários estimulem o paciente a alcançar seu potencial máximo.	Modelo 1
Quality of life residents of the community hostels of LEROS- Greece: Clinical and social functioning profile of the ex-patients ²⁸	Grécia 2009	Nível 6	7	Avaliar a percepção da qualidade de vida de pacientes psiquiátricos ex-internos transferidos para albergues na comunidade.	A maioria dos moradores expressaram altos níveis de satisfação, em quase todas as variáveis de qualidade de vida, exceto as relações familiares. A maioria dos residentes expressou dificuldades nas habilidades sociais.	Modelo 1

No que tange a análise metodológica destes artigos em relação ao nível de evidência dos artigos, a maior parte dos artigos apresenta o nível 6, característico de estudos descritivos e transversais. Tal delineamento foi capaz de responder a questão de pesquisa deste artigo, apresentando quais estratégias foram utilizadas no processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais diante da desativação progressiva dos leitos psiquiátricos em diversos países do mundo.

Reformar o modelo de assistência psiquiátrica é um projeto com diversificados significados para os diferentes atores, que fazem planos, desenvolvem experiências, procuram apoio e disseminam a ideia¹¹. Análise dos 14 artigos selecionados nesta revisão puderam ser agrupados em três modelos de atenção:

Modelo1: predominantemente Comunitário

A categoria que envolve “modelos predominantemente comunitários” foi composta pela maioria das experiências encontradas e compreende a Austrália, Canadá, Japão, Irlanda, Itália, Brasil e Geórgia. Este grupo tem como semelhança um atendimento em psiquiatria baseado em serviços comunitários, que apresentaram grande relevância na ordenação da rede de assistência. O hospital geral aparece no processo como um dispositivo acionado durante a crise^{6,17, 21, 24, 27}. Há também relatos de equipes de atendimento móvel formadas por profissionais dos centros comunitários de saúde mental²⁴ ou por profissionais com treinamentos para essa atuação¹⁷, o que pode contribuir para um melhor acolhimento às pessoas em situação de crise, que normalmente ocorre fora dos espaços especializados neste tipo de abordagem.

Infelizmente, ainda é comum que grande parcela das pessoas com transtornos mentais não receba o tratamento básico ao seu distúrbio²⁹. A atuação do profissional treinado e, especialmente, no cenário dos cuidados primários à saúde é uma das maneiras mais viáveis de dar uma resposta ao déficit de atendimento mínimo existente^{3,30}. A presença de uma formação acadêmica profissional sensibilizada para as questões da psiquiatria e de atividades de educação permanente com o intuito de solidificar o conhecimento necessário para uso na prática, são pontos que podem contribuir para que este trabalhador de saúde se empodere e exerça sua responsabilidade social com este grupo, no seu território.

Para oferecer o cuidado de forma eficaz, o profissional da atenção primária precisa desenvolver diversas capacidades que são necessárias para avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar, e referenciar o paciente psiquiátrico. Diversos países, a exemplo o Brasil, utilizam como

ferramenta para o treinamento e a responsabilidade compartilhada um modo de cuidados colaborativos, nos quais consultorias e intervenções conjuntas são realizadas entre profissionais e especialistas de saúde mental^{3,30}. Esta estratégia é particularmente promissora por fornecer além de formação e apoio continuado, a interação e corresponsabilização do cuidado.

Na experiência Italiana, o diferencial é o fato de o cuidado ser realizado, preferencialmente na comunidade, com a participação de Organizações Não Governamentais e de cooperativas. Assim, os centros comunitários possuem intensa participação na elaboração do plano de cuidados de seus comunitários quando precisam de internamento em hospital geral em virtude das questões psiquiátricas. O investimento em treinamento e progressão na formação dos profissionais é também um ponto de prioridade⁶.

Por outro lado, no relato do Canadá¹⁹, destaca-se a atuação comunitária na perspectiva da regionalização do território, separando as regiões de acordo com as semelhanças de sua população, a fim de estimular a responsabilização mútua (serviço e paciente) no cuidado em saúde mental. Estratégia semelhante foi descrita na experiência japonesa, onde é realizada a formação de equipes multiprofissionais atuantes na comunidade com o estabelecimento do número máximo de casos por equipe e responsabilização desta por seu comunitário²¹. As três (da Itália, Canadá e Japão) experiências tem em comum a participação coletiva na preparação de planos de crise e de alta hospitalar e contribuem para a estruturação de uma vida em comunidade o mais próximo da normalidade^{6,19,21}.

O princípio norteador da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a desinstitucionalização e ela pressupõe a manutenção do portador de transtorno mental na própria comunidade, pois previne, assim, o internamento e promove saúde; todavia, se o internamento for necessário, que seja por curtos períodos de tempo, a fim de possibilitar a preservação dos vínculos do paciente com os familiares e as redes sociais³¹. A política brasileira de atenção básica destaca que é importante haver uma articulação entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica (o matriciamento), que considere os princípios de território, rede de assistência, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia³².

A experiência da Austrália descreve a assistência em unidades de cuidado comunitário, que avaliam a crise com equipes multiprofissionais que atuam tanto na comunidade, na perspectiva da responsabilização mútua e cuidado continuado, quanto no atendimento móvel de urgência. Além do trabalho comunitário, há a presença de unidades de cuidados prolongados dentro dos hospitais gerais para as situações agudas²⁴.

As experiências relatadas no Brasil e na Irlanda descreveram o uso de dispositivos especializados para tratamento como emergências e setores de psiquiatria em Hospitais Gerais, centros de tratamento e ambulatórios de saúde mental²⁵. No Brasil, o cuidado integral e o processo de reinserção das pessoas com transtornos mentais é feito na comunidade, por meio da atenção primária. Este paciente pode usufruir de benefícios financeiros, por meio de políticas de distribuição de renda da assistência social, custeio de transporte para tratamento e bolsas de incentivo para o reingresso ao ambiente familiar, os quais visam prover o sustento do sujeito em questão e contribuir com o retorno do mesmo para a sociedade²⁵.

O modelo de assistência predominantemente comunitário traz como potencial a assistência a saúde de forma holística mais próximo da residência do usuário, conservando assim as suas famílias juntas e possibilitando a manutenção das suas atividades cotidianas³³. A existência de cuidados primários em saúde mental em uma comunidade facilita a integração dos comunitários com estas pessoas com transtornos mentais, promovendo saúde, minimizam o estigma e a discriminação, diminuindo significativamente o risco de violações de direitos humanos que podem ocorrer em Hospitais Psiquiátricos³³.

Diante da dificuldade de reaver os vínculos familiares de egressos de longos períodos de internamentos em Hospitais Psiquiátricos, foi relatado nos artigos referentes as experiências do Brasil e do Canadá a criação de serviços residenciais^{19,25}. Estes dispositivos foram criados, também, para proporcionar reabilitação, ressocialização e tratamento para a população, que historicamente teve o direito a liberdade cerceado. No Brasil, os chamados “Serviços Residenciais Terapêuticos” são apontados como uma das maiores estratégias do país para desinstitucionalização daqueles que apresentam vínculos familiares fragilizados ou ausentes. Na ilha de Leros - Grécia o atendimento à demanda se deu por meio da criação de albergues terapêuticos²⁸.

Intervir nessa população, por meio dos cuidados primários gera menos gastos aos cofres públicos do que a manutenção destes nos Hospitais Psiquiátricos. Além disso, pacientes e famílias evitam custos indiretos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. Cuidados primários para saúde mental geram bons resultados em termos de saúde. Esse público apresenta bons resultados no tratamento nesta modalidade, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade³³.

Modelo 2: Predominantemente Hospitalar

A segunda categoria temática denominada "predominantemente hospitalar" foi representada pela China, Albânia, Hungria e Alemanha. Nesta classe, há dois tipos de experiências relatadas:

Na primeira, vivenciada pela Albânia²² e China²³, evidenciou-se dificuldades para ampliar os serviços comunitários para o nível nacional. Os dois países apresentaram recentemente legislações específicas condizentes com os princípios da reforma psiquiátrica. Estes processos foram iniciados por meio de diversos projetos piloto, mas ainda são considerados incipientes. A expansão para o âmbito nacional tem sido estudada em ambos os casos. Diante do quadro, as internações de longo prazo ainda são frequentes²²⁻²³. Ao se fazer referência aos dois países, nota-se que eles vivenciam a transição de um modelo, cuja base é o hospital psiquiátrico para outro de base comunitária em estágio ainda inicial.

O segundo tipo foi relatado pelas experiências da Hungria⁴ e Alemanha⁴ e descreve um modelo de desinstitucionalização de base hospitalar em que apesar do fechamento dos Hospitais Psiquiátricos, não é feita referência a serviços comunitários substitutivos. Na Hungria, os Hospitais Psiquiátricos constituíam grandes centros de pesquisa e ensino e com o fechamento progressivo de leitos e transferência dos pacientes para hospitais municipais, estas instituições perderam poder econômico e científico⁴. Já o modelo relatado na Alemanha mostrou-se o mais refratário à extinção do hospital psiquiátrico. Suas adaptações foram realizadas dentro do próprio hospital, quando mudaram a lógica de atendimento, incluíram uma equipe multiprofissional e trabalharam não só as particularidades do paciente em relação à doença, mas também da reabilitação social⁴.

O processo de desinstitucionalização não deve se resumir a uma simples desospitalização, visto que acabar com os espaços físicos dos Hospitais Psiquiátricos e transferir os pacientes para o atendimento na comunidade, com a mesma lógica de práticas segregativas e institucionalizadoras, não são medidas condizentes com os princípios defendidos pela reforma psiquiátrica³⁴. Desinstitucionalizar é um processo que não para na desospitalização, mais difícil do que retirar as pessoas com transtornos mentais da instituição hospitalar é modificar os hábitos adquiridos na instituição hospitalar³⁵⁻³⁶. É a partir daí que o verdadeiro esforço começa.

Para algumas pessoas com transtornos mentais graves, a hospitalização pode ser necessária em alguns períodos das suas vidas, da mesma maneira que pacientes com problemas clínicos crônicos apresentam a necessidade de internação esporadicamente. Os Hospitais gerais são ferramentas potencialmente importantes nessas situações, porque são

acessíveis, apresentam cuidados médicos disponíveis 24 horas por dia e a supervisão de uma equipe multiprofissional. Idealmente, os hospitais gerais devem ter unidades dedicadas ao tratamento de perturbações mentais ou de problemas clínicos associados. As unidades devem ser organizadas de maneira que facilitem uma boa observação e cuidados adequados e minimizem, então, o risco de negligência e suicídio.

Com o intuito de minimizar o risco de violações de direitos humanos, as instituições devem também aderir e elaborar internamente políticas e diretrizes que apoiem o tratamento e gestão de transtornos mentais dentro do serviço, de forma a promover a dignidade e os direitos humanos, e que use práticas clínicas baseadas em evidência científica^{3,33}.

Modelo 3: Modelo Misto com ênfase na assistência em hospital geral

O terceiro modelo é caracterizado por uma atuação mista observada em dois países emergentes, em que apesar de haver legislação específica que garanta a desinstitucionalização, diversos fatores dificultam o pleno funcionamento dos dispositivos comunitários.

A África do Sul desenvolveu uma legislação inovadora, elogiada mundialmente. Todavia, os fatores econômicos do país têm influenciado na execução, ainda é comum a assistência hospitalar neste cenário^{20,26}. Já a Malásia desenvolveu a estratégia dos "Serviços Comunitários de Base Hospitalar" que apesar de ainda estar centrada no hospital geral, a comunidade tem seu território coberto por uma equipe multiprofissional. Cada equipe torna-se responsável pela população com transtornos mentais presente em um raio de 30 km a partir do hospital²¹.

A fragilidade deste modelo está na grande demanda por equipe/serviço e consequentemente torna-se necessária a priorização no atendimento para a população em situação de emergências psiquiátricas, de crise ou gravemente doente; portanto, a vinculação entre profissional-serviço-comunitário e a prevenção da crise torna-se, de certa forma, dificultada por esse pequeno número de equipes.

A transição para um modelo de assistência comunitária em saúde mental ocorre de forma mais legitimada quando é incorporada na política de saúde do país e nas estruturas legislativas. Ainda se faz necessário, no entanto, que o processo de desinstitucionalização seja apoiado por lideranças, recursos adequados e administrados adequadamente e uma rede de serviços a diferentes níveis de cuidados. Apesar dos cuidados primários para a saúde mental manter em uma boa relação custo-benefício, são necessários recursos financeiros para estabelecer e manter um serviço³³.

Estima-se que os problemas de saúde mental correspondam a 12% do peso mundial de doenças, porém o orçamento que lhe é destinado na maioria dos países não chega nem à 1% dos total de gastos com a saúde. Em países de baixo e médio rendimento, o déficit de tratamento é provavelmente muito maior³. O comprometimento da parte do governo - em relação à integração de cuidados de saúde mental, política e legislação formal -, que concretizam este pacto, são fundamentais para o sucesso³³.

Devem ser lançadas, em todos os países, campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os obstáculos ao tratamento e aos cuidados, aumentando a consciência sobre a frequência das perturbações mentais, a sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e o respeito pelos direitos humanos das pessoas com tais perturbações. As opções de cuidados disponíveis e os seus benefícios devem ser amplamente divulgados, de tal forma que as respostas da população em geral, dos profissionais, dos formuladores de políticas e dos políticos reflitam os melhores conhecimentos disponíveis. (...) Uma campanha de sensibilização e educação do público bem planejada pode reduzir o estigma e a discriminação, fomentar a utilização dos serviços de saúde mental e conseguir uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física (OMS, 2001, p.113).

O artigo descreveu experiências de desinstitucionalização ao redor do mundo e mostrou as particularidades dos países e como estes têm enfrentado as dificuldades encontradas nesse processo. As experiências relatadas, neste artigo, advêm de realidades socioeconômicas e culturais muito distintas. Diante deste aspecto, não há a possibilidade de se recomendar a utilização de um modelo único de boa prática que possa ser seguido em todos os países. Ao contrário, sucessos têm sido alcançados por meio da aplicação sensata de princípios gerais ajustados no nível local.

Foram evidenciados problemas em relação à escassez de financiamento, falta de suporte legal, lacunas na formação profissional e de pouca sensibilização da comunidade em praticamente todos os artigos analisados. A maior parcela dos países que tiveram suas experiências relatadas neste estudo possuíam modelos voltados para o atendimento do portador de transtorno mental na comunidade.

Espera-se com estes resultados sumarizar as experiências que foram relatadas na literatura científica atual e destacá-las de forma a subsidiar o estudo de novas estratégias e o conhecimento dos profissionais da saúde mental sobre esta práxis em psiquiatria ao redor do mundo.

Recomendam-se novas investigações que ampliem e aprofundem o conhecimento sobre o cenário da assistência em saúde mental no nível mundial, de forma que esta troca de expertises acelere o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, conferindo-lhes minimamente as recomendações preconizadas pela OMS/ONU a todos seus signatários num primeiro momento e num futuro não tão distante aos demais países do mundo.

5.2 PERFIL DE MORADORES DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DE RECIFE, PERNAMBUCO

INTRODUÇÃO

Instituídos por meio da portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) podem ser conceituados da seguinte maneira: “Moradias ou casas inseridas, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social”¹.

Esses dispositivos foram criados no intuito de contribuir com a redução dos leitos em Hospitais Psiquiátricos ocupados pelos “moradores do hospital” que, apesar de terem o perfil clínico para residir na comunidade, apresentavam laços familiares e sociais comprometidos ou mesmo rompidos por decorrência da associação perversa entre o transtorno mental e longos anos de reclusão e distanciamento dos seus pares².

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2014, existiam no Brasil 610 SRT implantados no país com 3470 moradores⁵. Pernambuco conta com 58 SRT, dos quais, 31 localizam-se em Recife - PE.

É inegável a importância dos SRT para a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira e desospitalização daqueles com poucos ou nenhum laço social^{6,7}. Apesar da existência de tais dispositivos de forma oficial há 15 anos, evidencia-se, na literatura científica, poucos estudos acerca do real perfil dos moradores dos serviços. Estudo realizado no Piauí com 11 moradores de dois SRT evidenciou um perfil composto por homens, com idade média de 45 anos e com ensino fundamental⁸. No Rio de Janeiro, investigação realizada em prontuários com 66 moradores pertencentes a três SRT evidenciou um predomínio da faixa-etária de 41 a 60 anos e a presença das comorbidades como hipertensão e tabagismo⁹.

Investigações aprofundadas sobre o perfil com amostras significativas da população são relevantes para evidenciar quais são as reais características que este grupo, até o momento pouco estudado, possui. Dessa forma, pode-se contribuir com a elaboração de planos de cuidado e de políticas públicas voltadas as reais características que esses moradores apresentam. Diante dessas questões, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos, residentes em Recife-PE.

MÉTODO

Estudo descritivo, de corte transversal. Teve como cenário os 31 Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento, até março de 2015, no município de Recife – PE.

A população do estudo foram os 229 moradores de ambos os sexos, residentes em SRT até julho de 2015 no município de Recife – PE. Foram excluídos moradores em internamento hospitalar ou fora da cidade durante o período de coleta de dados; moradores impossibilitados para participar do estudo por questões de enfermidade física ou mental e que não possuíam curador legal nomeado ou que o curador não pudesse ser contatado durante o período de coleta de dados. A amostra foi do tipo censitário em virtude do tamanho da população e pelas singularidades que envolvem suas histórias clínicas e psiquiátricas.

Em decorrência de óbitos (5), de internamentos hospitalares (2), afastamento do morador da cidade durante a coleta de dados (3), de recusa do participante (13) ou de seu curador legal (16), a amostra final correspondeu a 190 moradores.

Utilizou-se para a coleta de dados instrumento estruturado, elaborado com base no Caderno de Atenção Básica nº 19⁷ do Ministério da saúde e no modelo de formulário para atendimento ambulatorial do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço universitário da UFPE que presta cuidado multiprofissional a idosos. Para este estudo foram analisadas as variáveis de perfil socioeconômico e familiar: idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, curatela, histórico de abandono familiar, de situação de rua, de perda de documentos pessoais pregressa ao SRT e contato familiar após mudança para SRT. Com relação ao perfil psiquiátrico, analisaram-se as variáveis: número de internamentos em hospital psiquiátrico durante a vida, tempo do último internamento em hospital psiquiátrico, tempo de residência em SRT, internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, além dos diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes em prontuário.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, com uso de questionário estruturado, mediante pacto com a coordenação dos SRT e com as equipes técnicas de cada residência e dos respectivos CAPS de referência. Inicialmente, por exigência da gestão, a coleta de dados ocorreu individualmente, em local reservado nos CAPS, após o convite de participação na pesquisa pela equipe técnica das SRT e esclarecimento dos termos do estudo. No dia e horário agendados um veículo da prefeitura fazia o traslado de ida e volta desse morador ao seu CAPS de referência, onde seria realizada a entrevista.

Durante o primeiro momento evidenciou-se que parte da população apresentava dificuldades de locomoção, questões clínicas e psiquiátricas que dificultavam seu traslado ou até mesmo se recusavam a sair de casa. Devido a tais questões, a equipe de pesquisa foi

autorizada a realizar a coleta de dados nas instalações dos SRT nestes casos específicos. Tal mudança não atrapalhou o andamento da pesquisa. Pelo contrário, contribuiu para que o número de perdas fosse reduzido. Para minimizar os vieses relacionados à memória e à respostas incompletas, foi realizada a triangulação dos dados com a confirmação dos dados informados, por meio de consulta ao prontuário disponível no CAPS bem como a validação das informações pelo cuidador responsável.

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, por meio de dupla digitação, posterior validação e correção dos valores divergentes. O banco foi exportado para o software SPSS, versão 18, em que foi realizada a análise. Para avaliar o perfil sociodemográfico, clínico, psiquiátrico e de capacidade funcional, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência.

Este artigo é parte do projeto intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem”, que atende a Resolução 466/12 e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, através do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731.

RESULTADOS

A maior parcela da população do estudo era composta por homens (64,7%), solteiros (82,6%), analfabetos (43,7%), com renda entre um e menos do que dois salários mínimos (70,6%), com 60 anos ou mais (33,2%), idade mínima de 25 anos e máxima de 89 anos, com média de 54,05 anos (desvio-padrão, DP=13,33). O teste de comparação de proporção foi significativo para todos os fatores sociodemográficos avaliados (p -valor $< 0,001$), exceto para idade, na qual a chance de pertencer a qualquer uma das quatro faixas etárias foi idêntica (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.

Característica	N= 190	%	p-valor¹
Sexo			
Masculino	123	64,7	<0,001
Feminino	67	35,3	
Idade* (em anos completos)			
25 – 44	43	23,4	0,084
45 – 53	40	21,7	
54 – 59	40	21,7	
≥ 60	61	33,2	
	25		
	89		
Mínimo			
Máximo			
Média±Desvio padrão		54,05 ± 13,33	
Estado Civil			
Solteiro	157	82,6	<0,001
Separado/divorciado	23	12,1	
Viúvo	6	3,2	
Casado	4	2,1	
Escolaridade			
Não escolarizado	83	43,7	<0,001
Alfabetizado	18	9,5	
Ensino Fundamental completo / incompleto	67	35,3	
Ensino Médio completo / incompleto	13	6,8	
Ensino Superior	9	4,7	
Renda (Salários Mínimos)			
Sem renda	47	24,7	<0,001
<1 SM	8	4,2	
1 2	134	70,6	
2 3	1	0,5	

*6 moradores não possuíam documentos e não sabiam relatar suas história de vida.

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

Com relação ao perfil familiar de moradores de SRT, 55,8% relatou no momento da entrevista, manter contato com seus familiares. A história de transtorno mental na família esteve presente em 14,2% dos moradores. O abandono familiar aconteceu em 30,5% dos casos e 26,3% dos moradores possuíam história progressiva de situação de rua. A curatela esteve presente em 22,1% da população.

O histórico psiquiátrico (Tabela 2) demonstrou que 41,6% dos moradores tiveram entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida. No último internamento, o tempo de estada no hospital psiquiátrico variou entre 5 meses e 40 anos com tempo médio de 9,48 anos (DP=8,409). A maioria dos moradores tinham entre 1 e 5 anos de SRT (55,8%). O teste de comparação de proporção foi significativo para todos os fatores avaliados (p-valor<0,05),

indicativo de que o perfil psiquiátrico descrito é significativamente mais frequente na população em estudo. O internamento, em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, esteve presente em 8,9% dos moradores. O relato de ausência de documentos na admissão ou perda durante o internamento psiquiátrico em hospital ocorreu em 32,6% dos casos.

Tabela 2: Perfil psiquiátrico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.

Característica	N=190	%	p-valor
Número de internamentos hospitalares			
1	48	25,3	<0,001
2	27	14,2	
3-10	79	41,6	
> 10	36	18,9	
Tempo do último internamento*(anos)			
≤ 2	39	21,1	0,002
2 9	72	38,9	
≥ 10 anos	74	40,0	
Mínimo		5 meses	
Máximo		40 anos	
Média±Desvio padrão		9,48 anos± 8,4	
Tempo de SRT (em anos completos)			
≤ 1	29	15,3	<0,001
1 5	106	55,8	
> 5	55	28,9	
Mínimo		2 meses	
Máximo		12 anos	
Média±Desvio padrão		5 anos ± 2	

* 5 moradores tiveram a indicação para residir em um SRT pelo CAPS de referência, dessa forma não tiveram internamento em hospital psiquiátrico progresso à residência.

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico, foi mais prevalente o grupo dos transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes (diagnóstico isolado) (57,4%) (Tabela 3). O transtorno mais prevalente foi a Esquizofrenia Residual (isolado ou associada a outros transtornos), que esteve presente em 51,6% e a Esquizofrenia Paranoide (isolado ou associada a outros transtornos) em 15,3% da amostra total

Tabela 3: Diagnósticos psiquiátricos de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.

Descrição dos diagnósticos	N	%
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	109	57,4
Esquizofrenia + Comorbidade psiquiátrica	22	11,6
Retardo mental	12	6,2
Retardo mental +Comorbidade psiquiátrica	14	7,2
Outros transtornos mentais	6	3,1
Outros diagnósticos duplos, triplos ou quádruplos	27	14,5
Total	190	100

DISCUSSÃO

A maior prevalência de homens solteiros, evidenciada nos SRT de Recife, também pôde ser encontrada em outros estudos realizados tanto em residências do Piauí e Rio de Janeiro⁸⁻⁹, mas também em Hospitais Psiquiátricos¹⁰⁻¹³. Essa distribuição por sexo não é observada no perfil demográfico da cidade do Recife onde a população feminina corresponde a 53,87%¹⁴. As análises epidemiológicas sobre a prevalência de transtornos mentais entre os gêneros evidenciam que as mulheres são mais vulneráveis aos transtornos mentais, com ênfase aos sintomas ansiosos e depressivos, aos transtornos alimentares e às sequelas das situações de violência de gênero¹⁵.

O impacto que o transtorno mental exerce, no cotidiano doméstico, está relacionado à posição que o paciente ocupa nessa família^{16,17}. Culturalmente, o homem exerce o papel de provedor financeiro da casa, enquanto a mulher, apesar de hoje apresentar jornadas duplas de trabalho, ainda exerce a função de cuidadora da casa, da família e dos seus membros, adoecidos ou não¹⁸.

Dessa forma, a família que recebe esse portador de transtorno mental em casa após longos períodos de internamento psiquiátrico, apresenta expectativas diferentes entre os gêneros¹⁹, baseada no cenário cultural. O predomínio de pacientes do sexo masculino em hospitais psiquiátricos pode estar relacionado à esperada atuação do usuário, por sua família, no papel de provedor financeiro. Esta expectativa pode ser frustrada em decorrência do transtorno mental apresentado pelo usuário¹⁹. Já entre as mulheres, mesmo com algum comprometimento, ainda é possível em muitos casos a realização de atividades domésticas mais simples, culturalmente aceitas como desempenho social suficiente¹⁹.

Estudo realizado no município de Lorena, São Paulo, com 5830 prontuários de usuários de ambulatórios de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) evidenciou uma idade média de 47,9 anos e predomínio do sexo feminino dentre os usuários

do ambulatório e de 41 anos e maior prevalência do sexo masculino entre àqueles que frequentam os CAPS³⁵.

No presente estudo, com relação à faixa etária, predominaram os moradores idosos, o que diverge com resultados de outros estudos em que há relatos no cenário hospitalar de uma maior prevalência de adultos jovens¹³ ou daqueles com menos de 50 anos ($\frac{2}{3}$ da população)¹⁰. É importante, entretanto, evidenciar que a prevalência de usuários em idade produtiva (de 18 a 59 anos) foi expressiva (66,8%). Altas prevalências de pessoas idade economicamente ativa nos hospitais psiquiátricos ou nos serviços da RAPS (como os ambulatórios e os CAPS) resulta no incremento da necessidade de concessão de benefícios financeiros por incapacidade temporária para os cofres públicos.

Estudo ecológico realizado com dados secundários do Ministério da Previdência Social entre 2008 e 2011, evidenciou que os transtornos mentais e comportamentais figuram como o terceiro maior motivo para a concessão de benefícios. A diminuição da força produtiva pode gerar importantes custos ao Estado e a exclusão social pode agravar ainda mais o sofrimento do grupo²⁰. Além disso, por volta dos 18 anos, início da idade economicamente ativa, o usuário pode ainda frequentar o ambiente escolar e aprender a realizar suas práticas sociais e laborais. Além do transtorno mental, que, de certa forma, já contribui para estabelecer uma dificuldade nos relacionamentos interpessoais, e o isolamento provocado pelos longos períodos de internamento reforça o comprometimento de ordem social.

Outros estudos realizados, em hospitais psiquiátricos do Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro, encontraram prevalência mais elevada de pessoas nas faixas etárias entre 40-59 anos (51,2%)¹² ou superior a 50 anos (62,2%)¹⁰, com ênfase entre 50-59 anos (26,7%)¹¹, o que sugere que além dos transtornos mentais de evolução crônica, o processo de envelhecimento e o ônus para saúde alcançarão também estes SRT.

O rápido processo de envelhecimento evidenciado no país e, em destaque nesses serviços, traz desafios ao sistema de saúde como: maior número de idosos com necessidades de tratamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis, prevenção de agravos e promoção da saúde, de independência e de mobilidade²¹. Relatório do Banco Mundial, de 2011, demonstrou que os gastos com a saúde terão um aumento considerável em virtude do aumento do número de idosos na população brasileira e com a frequência de uso dos serviços de saúde, relacionado às comorbidades crônicas²¹.

O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e a ampliação da sua cobertura são considerados estratégicos para o cuidado do idoso na comunidade²¹⁻²². Somado às estratégias

aqui já consideradas, faz-se necessário que os profissionais da saúde, cuidadores e Técnicos de Referência envolvidos no cotidiano desse morador, estejam preparados e capacitados para responder a essa demanda emergente. Estudo, realizado em Botucatu-SP, mostrou que profissionais de nível superior envolvidos com o cuidado ao idoso reconhecem o aumento da população brasileira e ao mesmo tempo o despreparo para suprirem suas demandas de cuidado e que por vezes essa assistência é prestada de forma tecnicista e fragmentada, centrada no modelo biomédico²².

A falta de atividade remunerada entre os moradores dos SRT de Recife também foi observada em 82% dos internos nos Hospitais Psiquiátricos do Ceará¹². Chama a atenção que esta realidade ainda ocorra no SRT, tendo em vista que o trabalho poderia ser uma ferramenta importante para a reinserção e busca da autonomia por esse morador.

Apesar dos moradores não exercerem atividade remunerada, 75,3% destes possuíam renda. Entre estes, 70% recebiam um e menos que dois salários mínimos, o que corresponde ao valor do Benefício de Prestação Continuada e R\$412 relativos à bolsa do programa De Volta Para Casa (benefícios sociais que fazem parte da política de assistência social brasileira). Estudo qualitativo realizado entre usuários de CAPS do Recife evidenciou dificuldade neste grupo para traçar um plano de vida que não incluísse a aposentadoria ou o benefício já recebido¹⁹. No Brasil, a manutenção ou retirada do benefício é realizada por perito que avalia o quadro psiquiátrico do beneficiário. A falta de estímulos para a autonomia financeira pode atuar no incentivo à manutenção da situação atual ao invés de impulsionar a busca pelo autossustento.

A economia solidária essa é uma solução viável para a problemática. Ela expressa um novo modo de produção, por meio da cooperação em empreendimentos coletivos e cadeias solidárias articuladas. Tal forma de produção é uma alternativa que estimula a autonomia financeira ao passo que considera o ser humano na sua integralidade, desenvolvendo suas potencialidades²⁴. Dentre as iniciativas destacam-se as oficinas de geração de renda e as cooperativas que atuam na inclusão do portador de transtorno mental no âmbito da economia solidária. Estes dispositivos são importantes instrumentos na efetivação da Reforma Psiquiátrica por realizarem a inclusão social dos usuários, aumento da autonomia e ampliarem o acesso à renda.

Atualmente, o trabalho formal é de difícil acesso para uma parcela considerável da população, portadora ou não de transtornos mentais. A competitividade presente nas empresas e no mercado de trabalho produz uma massa de excluídos, sem acesso às oportunidades laborais¹⁹. O transtorno mental não é necessariamente um impeditivo para a busca pelo

trabalho, mas é sabido que as vagas hoje são insuficientes¹⁹. Somado à presença do transtorno, a população que é residente de SRT no município do Recife ainda possui uma baixa escolaridade e um número elevado de internações psiquiátricas durante a vida (entre 3-10), o que contribui para que este grupo tenha dificuldades em participar efetivamente do mercado de trabalho, sem recorrer ao princípio da equidade através do benefício de uma condição diferenciada de acesso e permanência.

Para superar esses problemas, foram criadas estratégias que visam à reinserção do portador de transtorno mental no mercado de trabalho formal, no intuito de combater o estigma e elevar essa população ao mesmo patamar dos demais trabalhadores em direitos e deveres. Por exemplo, tem-se o “Projeto de Gerência de Trabalho”, realizado de forma pioneira no Brasil na cidade de Nova Friburgo – RJ, que pretende assegurar o acesso à pessoa com transtorno ao mercado de trabalho, cumprindo jornada de trabalho diferenciada e com salários compatíveis ao tempo trabalhado. Estes funcionários são acompanhados por estagiários de psicologia para cumprir a função de gerentes de trabalho e recebem a retaguarda dos serviços de saúde mental²⁵.

No que tange a tutela desse morador, a curatela²⁶, esteve presente em 22,1% da população de moradores de SRT em Recife. Censo realizado em 53 Hospitais Psiquiátricos do estado de São Paulo evidenciou que 38% dos moradores eram curatelados, e que 64,9% destes recebiam benefícios financeiros¹¹. O morador curatelado, na maioria dos casos tem contato com seus familiares. Tal fato desperta a discussão acerca do relacionamento dessa família com o morador e do papel que a renda deste desempenha no cotidiano doméstico da sua família de origem.

Se por um lado a curatela representa responsabilidade sobre as decisões e cuidados a alguém, pessoa inimputável, ao mesmo tempo, em muitos casos os curadores transferem essa responsabilidade de cuidado cotidiano para os SRT, assumindo de fato apenas com a responsabilidade nas decisões financeiras. Estas questões podem ter origem no desgaste das relações familiares, ao ônus financeiro e a falta de expectativa deste grupo em relação ao futuro do doente, que traz conflitos e descompassos, e repercute diretamente no processo terapêutico¹⁹.

O cuidado do familiar ao portador de transtorno mental no ambiente doméstico implica, por vezes, a renúncia de trabalho remunerado e envolve aumento dos custos com transporte para o tratamento e com alimentação (muitas vezes associada a um aumento do apetite do usuário em decorrência do uso do medicamento psicotrópico²⁷). O contrário também é evidenciado na prática. Estudo realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental de

Teresópolis com usuários e familiares evidenciou que o benefício recebido por esse usuário lhe confere o status de provedor da renda familiar, sendo seu dinheiro fundamental para a sobrevivência da família. Geralmente esse provedor apresenta dificuldades para administrar suas finanças e, por consequência, não possui autonomia financeira para gastos pessoais²⁸. Durante a realização do presente estudo, as autoras observaram que, por vezes, a família adota o benefício do usuário como principal provento familiar, mas ‘terceiriza’ a responsabilidade do cuidado deste doente ao hospital psiquiátrico ou SRT.

Estudos identificaram taxa de ausência de vínculos familiares nos Hospitais Psiquiátricos variando entre 39,5%¹⁰ e 74,4%¹². Cabe, pois, ressaltar que a prevalência encontrada nos SRT ficou muito próxima, a qual mostra, portanto, que, apesar da mudança de cenário, a reaproximação dos familiares ainda é frágil e que são necessários maiores estudos e investimentos para a compreensão e possível reversão dessa realidade. Censo realizado nos hospitais psiquiátricos de São Paulo evidenciou ainda que as fragilidades de vínculos familiares agravam-se à medida que o tempo de internação se prolonga¹¹.

O histórico de ausência/perda de documentos durante o internamento hospitalar neste estudo permeou 32,4% dos moradores de SRT. Realidade semelhante foi referida em censo psicossocial realizado em São Paulo em 2008 em que 21% não possuíam documentos³⁰ e foi relatado nos SRT, por parte de seus gestores e profissionais, como sendo um problema frequente e relacionado a outros setores como o Judiciário⁴.

Muito mais importante do que discutir de quem é a responsabilidade pela ausência desses documentos é a necessidade de buscar soluções para a regularização da situação de resgate das condições de cidadão dos ex-internos de hospital psiquiátrico, visto que a posse do documento civil alicerça o acesso a outros direitos de cidadania vinculados às políticas de proteção, seguridade social e saúde¹¹.

Em São Paulo, por exemplo, foi criado o “projeto cidadania” com o intuito de recuperar a documentação original ou retirar a Certidão Tardia de Nascimento, promover o resgate de histórias de vida, de identidades e vínculos e subsidiando o acesso aos benefícios³⁰.

A escolaridade dos moradores mostrou-se inferior à média nacional de anos de estudo, com uma prevalência de analfabetismo de 43,7% nos SRT. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2011 evidenciou que o percentual de brasileiros não escolarizados foi de 11,48%³¹, três vezes menor do que a taxa identificada neste estudo. Estudo realizado em dois SRT observou taxa de analfabetismo, também, superior à média nacional, mas ainda inferior à do presente artigo (36,4%), sendo mais prevalente o ensino fundamental (54,5%)⁸. Estudos realizados em Hospitais Psiquiátricos identificaram taxas de 50%¹⁰ e 66,7%¹¹.

A média de tempo do último internamento em HP foi de 9,5 anos, em que 38,4% tem 10 anos ou mais de internamento. O predomínio dessa faixa de tempo foi evidenciada nos Hospitais Psiquiátricos paulistas¹¹ (75,5% dos internos) e cariocas¹⁰ (36,5%). É importante ressaltar que a maior parcela dos moradores de SRT de Recife possui um histórico de 3 a 10 internamentos em Hospitais Psiquiátricos durante a vida. Destaca-se, também, que longos períodos de internamento podem piorar as manifestações clínicas das doenças psiquiátricas^{32,33}.

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico, na realidade dos moradores recifenses, a Esquizofrenia Residual (51,6%) foi a mais prevalente, seguida pela Esquizofrenia Paranóide (15,3%). A esquizofrenia é a doença mais relatada, nos artigos sobre perfil clínico-psiquiátrico de moradores de HP, com prevalência de 41% no Ceará¹², 43,1% em São Paulo¹¹ e 53,6% no Rio de Janeiro¹⁰. Estudo realizado com 1.444 portadores de transtornos psicóticos de CAPS do estado de Sergipe demonstrou uma prevalência de 75,3% de esquizofrenia³⁶. A literatura aponta que a doença ocorre em 1% da população mundial. Ao longo do tempo, os sintomas positivos mais exuberantes (delírios e alucinações) tendem a diminuir de intensidade, enquanto os sintomas negativos mais residuais (embotamento afetivo e comportamentos bizarros) podem se tornar mais evidentes.

A Esquizofrenia Residual, em muitos casos, é o estágio tardio de evolução que se caracteriza pela presença persistente de sintomas negativos como retardo psicomotor, hipoatividade, embotamento afetivo, descuido pessoal, isolamento social e pobreza de discurso³⁴. A presença de um elevado percentual de casos de esquizofrenia residual corrobora com o elevado tempo de doença encontrado nos moradores de SRT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o perfil sociodemográfico e psiquiátrico de moradores de SRT de Recife - PE é composto prioritariamente por homens, solteiros, idosos, analfabetos, com renda entre 1 e 2 salários mínimos, com histórico entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida e no último internamento passou mais de 10 anos. O diagnóstico mais prevalente é a esquizofrenia residual.

A identificação do perfil dessa população é estratégica para nortear as intervenções ajustadas à realidade vivenciada e ao histórico de adoecimento destes usuários. As sequelas biopsicossociais trazidas pela elevada quantidade de internamentos psiquiátricos durante a

vida e pela longa duração do último precisam ser estudadas em profundidade no intuito de responder a uma dívida social histórica que a sociedade brasileira possui com essa população.

Somado às questões secundárias ao período de reclusão, estes moradores apresentam em sua composição etária um importante percentual de idosos. O envelhecimento gera ao sistema de saúde uma série de repercussões, principalmente quando este envolve a convivência com doenças crônicas. É sugerido que a equipe que realiza a assistência diária nestes serviços enfatize em sua prática, além do cuidado ao transtorno mental crônico e a reinserção social, os aspectos clínicos relacionados ao envelhecimento.

São necessárias investigações adicionais sobre o relacionamento familiar dos moradores de SRT que questionem diretamente os atores envolvidos. O não recebimento deste usuário no seio familiar pode estar relacionado ao fato de que conviver com essa pessoa impõe à família reorganização estrutural, alteração nas rotinas, nas vivências de sentimentos, lembranças e emoções que conscientes ou inconscientemente desestimulam o processo de reinserção familiar. É fundamental que continuem a ser realizados trabalhos com essas famílias visando reconstruir os laços rompidos ou fragilizados e que, na medida do possível, esse morador possa gradualmente fazer o caminho ‘de volta para casa’.

A fim de superar as limitações causadas pela falta de documentos pessoais ou a perda da identidade do sujeito, recomenda-se a realização de convênios com órgãos públicos na realidade local, que viabilizem a retirada da segunda via dos documentos ou busca em cartórios, com vista à retomada da sua cidadania e efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica pelos moradores. Além disso, recomenda-se também que sejam criados treinamentos ou capacitações que abordem problematizem os trabalhadores das SRT e da RAPS o manejo a essa população pautado no perfil identificado, em especial, dando atenção ao componente etário, no que tange o manejo de comorbidades crônicas, a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

A Reforma Psiquiátrica preconiza a reabilitação deste usuário para o máximo de sua função como bandeira mais importante deste processo, seja ela por meio do acesso ao trabalho, à renda, a centros de convivência e/ou à família, no intuito de viabilizar a possibilidade de retorno desse morador a sua comunidade. A elaboração de intervenções para a retomada dos laços familiares fragilizados é, portanto, importante para o manejo com esse grupo.

Este estudo apresenta como limitações o fato de ter sido realizado em apenas um município, excluído os moradores que não possuíam curador legal nomeado e de que parte da triangulação dos dados foi realizada por meio de prontuários, que em alguns casos encontravam-se com informações incompletas.

O estudo traz, também, entre as contribuições, a descrição do perfil de moradores de SRT de uma capital brasileira que historicamente apresentava o maior número de hospitais e leitos psiquiátricos do Nordeste. Apesar dos avanços acerca da desinstitucionalização de pacientes com transtorno psiquiátrico grave evidenciado em Recife nos últimos anos, faz-se necessário que o progresso da desospitalização adentre ainda mais o estado, ao levar os pacientes de volta às cidades natais e comunidades de origem antes do internamento psiquiátrico na capital do estado, ainda considerada grande polo médico-assistencial para diversas especialidades, inclusive da psiquiatria.

5.3 CAPACIDADE FUNCIONAL DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE RECIFE- PERNAMBUCO

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica pode ser entendida no âmbito de um movimento de caráter político, social e econômico para o cuidado de pessoas com transtornos mentais que tem ocorrido em diversos países do mundo. Este modelo de atenção propõe a desconstrução do modelo manicomial de isolamento do paciente psiquiátrico e a substituição da instituição asilar por serviços comunitários de atendimento com consequente desospitalização e desinstitucionalização do “louco” e o retorno à comunidade¹.

No contexto brasileiro, durante o processo de preparo dos ditos 'moradores de hospital psiquiátrico' para o retorno às famílias originais, observou-se a existência de um grupo de pacientes com consideráveis fragilidades nos laços familiares, a ponto de inviabilizar, pelo menos em um primeiro momento, esta 'volta para casa'. Diante desta demanda, o Ministério da Saúde do Brasil por meio da Portaria 106/2000² criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Esses dispositivos são casas estruturadas na comunidade com o intuito de receber, preferencialmente, as pessoas egressas de internamentos psiquiátricos de longa duração com laços sociais ausentes ou fragilizados. Existem hoje no território nacional mais de 625 SRT cumprindo esta finalidade³.

A equipe de trabalho dos SRT é composta por cuidadores, profissionais com escolaridade mínima de ensino médio e que necessariamente não tiveram formação para cuidar e que trabalham em regime de plantão. Também fazem parte da equipe os técnicos de referência, que são profissionais com formação de nível superior, geralmente psicólogos ou assistentes sociais, que coordenam a equipe e mediam conflitos³.

A atuação destes profissionais é focada no estímulo à independência e autonomia do morador; entretanto, apesar de toda a equipe ter este objetivo claramente definido, a doença mental grave e persistente se caracteriza por interferir na capacidade funcional, inclusive, pode criar sérias dificuldades interpessoais⁴.

Avaliar a capacidade funcional dos moradores proporcionará o direcionamento das ações educativas e o planejamento do cuidado de forma a atender as suas necessidades de forma hierarquizada. O conceito de capacidade funcional relaciona-se a habilidade de um indivíduo para realizar Atividades de Vida Diária (AVD)⁵. As AVD podem ser analisadas por dois aspectos: As Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais

de Vida Diária (AIVD). As ABVD são aquelas realizadas com o intuito de promover o autocuidado, banhar-se, vestir-se, controlar esfíncteres, transferir-se, higienizar-se e alimentar-se⁶⁻⁷. Já as AIVD são as habilidades necessárias ao indivíduo para administrar o ambiente em que vive na comunidade (preparar refeições, cuidar das próprias finanças, usar o telefone, tomar medicamento, lavar e passar, caminhar pelas redondezas, fazer compras e realizar atividades domésticas), e geralmente são mais complexas que as ABVD⁸.

Diante dessas questões, o artigo teve por objetivo verificar associação do perfil clínico e demográfico e à capacidade funcional de moradores de SRT.

MÉTODOS

Estudo analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Teve por cenário os 31 Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento, até março de 2015, no município de Recife, estado de Pernambuco.

A população de estudo foram os 229 moradores de ambos os sexos, residentes em SRT até julho de 2015 no município. Foram excluídos moradores em internamento hospitalar ou fora da cidade, durante o período de coleta de dados. Moradores impossibilitados para participar do estudo por questões de enfermidade física ou mental, que não possuíam curador legal nomeado ou que estes não foram contatados durante o período de coleta de dados. A amostra do estudo foi do tipo censitária, devido ao tamanho da população, e pelas singularidades que envolvem as histórias clínicas e psiquiátricas dos participantes.

Ao considerarem-se os critérios de exclusão: óbitos (5), internamentos hospitalares (2), ausência da cidade pelo morador no período de coleta de dados (3), de recusa do participante (13) ou de seu curador legal (16), a amostra final correspondeu a 190 moradores.

Utilizou-se para a coleta de dados instrumento estruturado elaborado com base no Caderno de Atenção Básica nº 19⁷ do Ministério da Saúde e no modelo de formulário para atendimento ambulatorial do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço universitário da UFPE, que presta cuidado multiprofissional à idosos. Foram analisadas como variáveis dependentes: a capacidade funcional mensurada por meio da avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária (ABVD e AIVD).

A avaliação das ABVD se deu por meio do índice de Katz, que pontua como dependente (0) ou independente (1) seis funções (banhar-se, vestir-se, controlar esfíncteres, transferir-se, higienizar-se e alimentar-se). Os resultados dessa escala foram classificados como dependência para ABVD as pontuações entre 1 e 5 e independência para ABVD aquele que obtivesse 6 pontos.

A avaliação das AIVD deu-se por meio da escala de Lawton e Brody que pontua 8 funções (usar o telefone, caminhar pelas redondezas, preparar refeições, fazer compras, lavar e passar a roupa, tomar medicamentos, cuidar das próprias finanças e realizar atividades domésticas). Considerou-se como ajuda total a incapacidade de realizar uma função, necessitando para isso de um cuidador. A ajuda parcial seria então a realização de determinada atividade pelo usuário de forma conjunta com outra pessoa. Para cada função, foi atribuída uma das seguintes classificações: dependente (0 pontos) aquele que realiza a função com ajuda parcial ou total; independente (1 ponto) aquele que realiza a atividade sem ajuda. O escore final classifica como dependente para as AIVD aquele que obtiver entre 0 e 7 pontos e independente aquele com pontuação igual a 8¹¹⁻¹².

As variáveis independentes analisadas foram o perfil socioeconômico e familiar, a idade, o sexo, o estado civil, a renda, a escolaridade, a situação de curatela, o histórico de abandono familiar, situação de rua e a perda de documentos pregressa ao SRT e o contato familiar após mudança para SRT. Com relação ao perfil psiquiátrico, foram utilizadas as variáveis: número de internamentos em hospital psiquiátrico durante a vida, quantidade de medicamentos psicotrópicos de uso contínuo, utilizados no momento, tempo do último internamento em hospital psiquiátrico, tempo de residência em SRT, história de perda de documentos, de internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e o diagnóstico psiquiátrico atual.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, mediante pactuação com a coordenação dos SRT e com as equipes técnicas de cada residência e dos seus CAPS de referência. Inicialmente, por exigência da gestão, a coleta de dados ocorreu individualmente, em local reservado nos CAPS, após o convite de participação na pesquisa pela equipe técnica das SRT e esclarecimento dos termos do estudo. No dia e horário agendados um veículo da prefeitura fazia o traslado de ida e volta desse morador ao seu CAPS de referência, onde seria realizada a entrevista.

Durante este primeiro momento, evidenciou-se que parte da população apresentava dificuldades de locomoção, pois questões clínicas e psiquiátricas dificultavam seu traslado ou até mesmo havia a recusa em sair de casa. Assim, a equipe de pesquisa foi autorizada a realizar a coleta de dados nos SRT desses moradores com estas limitações. Tal mudança não atrapalhou o andamento da pesquisa. Ao contrário, contribuiu para que o número de perdas fosse reduzido. Para minimizar os vieses relacionados à memória e à respostas incompletas, foi realizada a triangulação dos dados com a confirmação dos dados informados, por meio de

consulta ao prontuário disponível no CAPS bem como a validação das informações pelo cuidador responsável.

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, na qual foi realizada dupla digitação do banco, com posterior validação e correção dos valores divergentes. O banco foi exportado para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil sociodemográfico, clínico, psiquiátrico e de capacidade funcional, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. Na avaliação da associação estatística das variáveis dependentes com as independentes foi utilizado o teste qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Em todas as análises, foram consideradas como diferenças significativas p-valores < 0,05.

A análise multivariada para a dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária foi feita através do ajuste do modelo de Poisson com variância robusta. Para entrada no modelo foi considerado o nível de significância menor do que 20% na análise bivariada. A estimação dos parâmetros foi feita através do método híbrido no qual interações de Scoring Fisher são realizadas antes de mudar para o método de Newton–Raphson. As variáveis foram incluídas de forma conjunta no modelo inicial, em que a cada estimação do modelo, a variável com o maior p-valor da estatística de Wald era retirada individualmente. As variáveis com p-valor < 0,05 na estatística de Wald permaneceram no modelo final.

Este artigo é parte do projeto intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem”, que atende a Resolução 466/12, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, através do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731.

RESULTADOS

Verificou-se que a maioria da população de estudo é do sexo masculino, possuía idade igual ou maior que 60 anos, recebia entre um e menos que 2 salários mínimos e não eram escolarizados. Com relação aos antecedentes psiquiátricos, evidenciou-se que a maioria possuía entre 3 e 10 internamentos durante a vida, sendo o último internamento com tempo de permanência igual ou superior a 10 anos. Referente ao tempo de SRT, a maior parcela residia entre 1 e 5 anos e fazia uso contínuo de 4 a 6 fármacos (55,2%).

A ABVD avaliada pelo índice de Katz evidenciou que a maior parcela da população se encontrava em situação de independência (56,8%). O teste de comparação de proporção foi

significativo (p -valor $<0,001$), indicando que a independência para ABVD era significativamente mais frequente na população em estudo. Em relação aos fatores que demonstraram maior necessidade de ajuda para sua realização foram: vestir-se (23,7%), continência (18,4%) e banho (16,3%), como demonstra a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das Atividades Básicas de Vida Diária de moradores de SRT de acordo com a presença de dependência. Recife, 2015.

Funções	Dependência para ABVD	
	Sim	Não
Vestir-se	45 (23,7%)	145 (76,3%)
Continência	35 (18,4%)	155 (81,6%)
Banho	31 (16,3%)	159 (83,7%)
Higiene pessoal	17 (8,9%)	173 (91,1%)
Transferência	12 (6,3%)	178 (93,7%)
Alimentação	3 (1,6%)	187 (98,4%)
TOTAL	43,2%	56,8%

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

Acerca das AIVD, de acordo com a classificação do escore de Lawton e Brody, verificou-se que a maioria dos moradores apresentou situação de dependência (73,2%). O teste de comparação de proporção foi significativo (p -valor $<0,001$), indicando que a dependência para AIVD é significativamente mais frequente na população em estudo.

Os aspectos da classificação de AIVD (Tabela 2) mais evidentes para necessidade de ajuda total foram “preparar refeições” e “cuidar das próprias finanças”. A ajuda parcial envolveu os aspectos “usar o telefone”, “tomar medicamentos”, “lavar e passar”, “caminhar pelas redondezas” e “fazer compras”. As atividades realizadas de forma independente envolveram o cuidado da casa (atividades domésticas e trabalhos manuais).

Tabela 2. Distribuição das Atividades Instrumentais de Vida Diária segundo as necessidades de ajuda para cada item. Recife - PE, 2015.

AIVD	Ajuda Total	Ajuda Parcial	Sem ajuda	p-valor ¹
Preparar refeições	98(51,6%)	64(33,7%)	28(14,7%)	<0,001
Cuidar das próprias finanças*	94(60,3%)	44(28,2%)	18(11,5%)	<0,001
Usar o telefone	29(15,3%)	102(53,7%)	59(31,0%)	<0,001
Tomar medicamento	78(41,1%)	100(52,6%)	12(6,3%)	<0,001
Lavar e passar	53(27,9%)	89(46,8%)	48(25,3%)	<0,001
Caminhar pelas redondezas	52(27,4%)	80(42,1%)	58(30,5%)	0,032
Fazer compras	74(38,9%)	72(37,9%)	44(23,2%)	0,012
Atividades domésticas	49(25,8%)	51(26,8%)	90(47,4%)	<0,001
Trabalhos manuais	55(28,9%)	45(23,7%)	90(47,4%)	<0,001

*34 moradores não possuíam nenhuma fonte de renda e por isso não foram incluídos nesta análise. ¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

Para a análise no modelo bivariado (tabela 3) e multivariado (tabela 4), o índice de Katz foi transformado em uma variável dicotômica: independência e dependência em que todas as categorias de dependência foram incluídas. Na análise bivariada estiveram associados com a independência para ABVD ter tempo de internamento hospitalar até 2 anos (p-valor=0,50), ter ensino superior completo ou incompleto (p-valor=0,047) e ser orientado (p-valor=0,007). Já com relação aos estados de dependência para ABVD tiveram associação: ter estado geral comprometido/debilitado (p-valor<0,001).

Não houve associação estatística com a presença de dependência para ABVD, nas variáveis sexo (p-valor=0,230), renda (p-valor=0,858), história de perda de documentos (p-valor=0,484) e de situação de rua (p-valor=0,847), contato familiar (p-valor=0,418), curatela (p-valor=0,453), número de internamentos(p-valor=0,521) e tempo de SRT (p-valor=0,971).

A análise bivariada para AIVD demonstrou que a dependência para tais atividades esteve relacionada com a ausência de renda (p-valor<0,001), de contato familiar (p-valor=0,005), de escolaridade (p-valor<0,001), com o tempo de internamento superior a 10 anos (p-valor=0,015), com o tempo de moradia em SRT de até 1 ano (p-valor=0,015), com o estado geral comprometido ou debilitado (p-valor<0,001) e com a desorientação (p-valor<0,001).

As variáveis número de internamentos hospitalares, história de perda de documentos e idade foram incluídas no modelo multivariado de regressão de Poisson por possuírem um p-valor <0,20). Não foi identificada associação com a dependência ou independência para

AIVD entre as variáveis sexo (p-valor=0,736), história de abandono familiar (p-valor=0,988) e de situação de rua (p-valor=0,203) e curatela (p-valor=0,453).

Tabela 3. Distribuição da classificação das ABVD e AIVD segundo o perfil e os antecedentes psiquiátricos de moradores de SRT, Recife – PE, 2015 (continua).

Fator avaliado	ABVD		AIVD	
	Depend.	Independ	Depend.	Independ
Idade (anos)				
25 44	15 (34,9%)	28 (65,1%)	29(67,4%)	14 (32,6%)
45 53	18 (45,0%)	22 (55,0%)	28 (70,0%)	12 (30%)
54 59	17 (42,5%)	23 (57,5%)	27 (67,5%)	13(32,5%)
≥ 60	29(47,5%)	32(52,5%)	49(80,3%)	12(19,7%)
<i>p-valor</i>	0,628 ¹		0,386 ¹	
Renda (Salários mínimos)				
< 1 SM	3 (37,5%)	5 (62,5%)	7(87,5%)	1(12,5%)
1 SM 2 SM	60 (44,8%)	74 (55,2%)	88(65,7%)	46(34,3%)
Sem renda	19 (40,4%)	28 (59,6%)	44(93,6%)	3(6,4%)
<i>p-valor</i>	0,858 ²		0,001¹	
Escolaridade				
Nenhuma	45 (54,2%)	38 (45,8%)	73(88,0%)	10(12,0%)
Alfabetizado	7 (38,9%)	11 (61,1%)	14(77,8%)	4(22,2%)
Fundamental comp/incomp	24 (35,8%)	43 (64,2%)	40(59,7%)	27(40,3%)
Médio comp/incomp	5 (38,5%)	8 (61,5%)	10(76,9%)	3(23,1%)
Superior comp/incomp	1 (11,1%)	8 (88,9%)	2(22,2%)	7(77,8%)
<i>p-valor</i>	0,047¹		<0,001²	
História de perda de documentos pessoais				
Sim	29(46,8%)	33(53,2%)	50(80,6%)	12(19,4%)
Não	53(41,4%)	75(58,6%)	89(69,5%)	39(30,5%)
<i>p-valor</i>	0,484 ¹		0,105 ¹	
Contato Familiar atual				
Sim	43(40,6%)	63(59,4%)	69(65,1%)	37(34,9%)
Não	39(46,4%)	45(53,6%)	70(83,3%)	14(16,7%)
<i>p-valor</i>	0,418 ¹		0,005¹	
Nº de internamentos hospitalares				
1	20(41,7%)	28(58,3%)	40(83,3%)	8(16,7%)
2	15(55,6%)	12(44,4%)	20(74,1%)	7(25,9%)
3 a 10	31(39,2%)	48(60,8%)	57(72,2%)	22(27,8%)
> 10	16(44,4%)	20(55,6%)	22(61,1%)	14(38,9%)
<i>p-valor</i>	0,521 ^{1*}		0,155 ¹	
Tempo do último internamento em hospital psiquiátrico (anos)				
≤ 2	10 (25,6%)	29 (74,4%)	23(59,0%)	16(41,0%)
2 9	33 (45,8%)	39 (54,2%)	52(72,2%)	20(27,8%)
≥10	36 (48,6%)	38 (51,4%)	62(83,8%)	12(16,2%)
<i>p-valor</i>	0,050^{1*}		0,015¹	

Tabela 3. Distribuição da classificação das ABVD e AIVD segundo o perfil e os antecedentes psiquiátricos de moradores de SRT, Recife – PE, 2015 (conclusão).

Tempo de residência no SRT (anos)				
≤1	13 (44,8%)	16 (55,2%)	27(93,1%)	2(6,9%)
1 5	45 (42,5%)	61 (57,5%)	77(72,6%)	29(27,4%)
≥5	24 (43,6%)	31 (56,4%)	35(63,6%)	20(36,4%)
	<i>p-valor</i>	0,971 ¹		0,015¹
Estado geral				
Ótimo	8 (17,4%)	38 (82,6%)	17(37,0%)	29(63,0%)
Bom	42 (42,4%)	57 (57,6%)	78(78,8%)	21(21,2%)
Regular	22 (64,7%)	12 (35,3%)	33(97,1%)	1(2,9%)
Comprometido/debilitado	10(90,9%)	1 (9,1%)	11(100,0%)	0(0,0%)
	<i>p-valor</i>	<0,001¹		<0,001¹
Orientação				
Orientado	42(35,6%)	76(64,4%)	74(62,7%)	44(37,3%)
Desorientado	40(55,6%)	32(44,4%)	65(90,3%)	7(9,7%)
	<i>p-valor</i>	0,007¹		<0,001¹

¹p-valor do teste Qui-quadrado; ² p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 4, é apresentado ajuste multivariado do modelo de Poisson para a avaliação do nível de dependência para ABVD dos moradores de SRT. Verifica-se que apenas o estado geral de saúde foi significativo para a determinação do nível de dependência dos moradores para ABVD. Ao comparar o grupo de estado geral regular e comprometido/debilitado com o grupo de estado geral ótimo, observa-se associação estatística com maior dependência em ABVD, do que o grupo de pessoas que estão com a saúde em geral em ótimo estado (RP = 3,72 e 5,22, respectivamente).

Tabela 4. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência para Atividades Básicas de Vida Diária.

Fator avaliado	Atividades Básicas de Vida Diária		
	RP	IC(95%)	p-valor¹
Estado geral			
Ótimo	1	-	-
Bom	2,44	1,248-4,769	0,009
Regular	3,72	1,891-7,322	<0,001
Comprometido/debilitado	5,23	2,710-10,083	<0,001

¹p-valor do testes de Wald

A tabela 5 evidencia a análise multivariada dos fatores associados a dependência para AIVD e as variáveis que permaneceram com a associação significativa para a determinação

da dependência foram: renda, tempo do último internamento em hospital psiquiátrico e estado geral do morador.

Observa-se que, quando comparado com o grupo de moradores que possui renda de 1 a 2 salários mínimos, o grupo classificado como sem renda apresentou 35% a mais de associação para dependência nas atividades instrumentais. Em relação ao tempo de internamento em HP, observa-se que aqueles que residiram mais de 10 anos internados apresentavam 32% a mais de associação para dependência nas AIVD.

Acerca do estado geral, observa-se aumento da associação com a dependência em AIVD de acordo com a piora do estado geral do morador. O grupo que apresentou um estado geral comprometido/debilitado e regular teve 131% a mais de associação com a dependência quando comparado com o grupo de pacientes que possui ótimo estado geral. Por outro lado, o grupo de pacientes com estado geral bom foi verificado 30% a mais de associação com a dependência quando comparado com o grupo de pacientes com estado geral ótimo.

Tabela 5. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, Recife – PE, 2015.

Fator avaliado	AIVD		
	RP	IC(95%)	p-valor ¹
Renda (Salários mínimos)			
< 1	1,10	0,83 – 1,46	0,502
1 2	1,00	-	-
Sem renda	1,35	1,17 – 1,57	<0,001
Tempo de hospital			
≤ 2	1,00	-	-
2 9	1,06	0,81 -1,40	0,663
≥ 10	1,32	1,01 – 1,71	0,039
Estado geral			
Ótimo	1,00	-	-
Bom	1,87	1,30 – 2,70	0,001
Regular	2,31	1,62 – 3,30	<0,001
Comprometido/debilitado	2,31	1,61 – 3,32	<0,001

¹p-valor do testes de Wald

DISCUSSÃO

A dependência para as ABVD envolveu 43,2% dos moradores. Percentuais menores foram encontrados em estudos com idosos residentes na comunidade (26,8%)¹³. Inquérito realizado, em 2003, em sete países da América Latina e ilhas do Caribe, com idosos também comunitários, evidenciou índices menores no Chile (34,7%), México (30,2%), Argentina

(32,1%) e Brasil (28,6%)¹⁴. Por outro lado, resultados um pouco superiores foram evidenciados em trabalhos envolvendo idosos residentes em instituições de longa permanência (44%²² e 50%¹⁵).

É possível observar, ao comparar os resultados dos estudos mencionados acima, que o nível de dependência para as ABVD dos moradores de Recife aproxima-se ao dos idosos que residem em instituição de longa permanência, o que reforça, desta forma, os impactos que a institucionalização apresenta para o autocuidado e a importância da convivência na comunidade para o desenvolvimento deste aspecto. A literatura aponta que as atividades que apresentam maior necessidade de ajuda são vestir-se^{13,16,17}, continência¹³ e banho¹³⁻¹⁷, semelhante ao que foi encontrado nos moradores dos SRT do estudo.

A maioria dos transtornos mentais não apresenta repercussões para a capacidade motora do indivíduo, tal fato pode ter relação com o bom desempenho para a função transferência e mobilidade das ABVD. As funções banho e continência, todavia, também, apresentaram baixos desempenhos em estudo realizado com idosos com transtornos mentais, o que reforça a interferência do comprometimento do aspecto cognitivo no planejamento, no autocontrole e na realização dessas atividades¹⁸. Apesar de não ser uma característica inerente apenas ao envelhecimento, as prevalências de incontinência urinária e fecal tendem a aumentar com a idade bem como o aparecimento de comorbidades, impactando, por consequência, na qualidade de vida, nas questões sociais, de higiene e de vida social¹⁹.

Na análise bivariada, a independência para ABVD apresentou resultados favoráveis na relação direta entre moradores com menos tempo de internamento, maior escolaridade e melhor nível de orientação. Estudo realizado com idosos comunitários, também, identificou associação positiva com a escolaridade para os estados de independência para ABVD¹³. Já no grupo de idosos institucionalizados evidenciou-se uma associação entre uma melhor orientação e independência para ABVD²¹. Diante do tempo decorrido dentro dos hospitais psiquiátricos, em muitos casos, faz-se necessário que este morador reaprenda a realizar estas atividades de autocuidado. Neste sentido, o profissional cuidador passa exercer o papel de educador em saúde no que tange o ensino destas habilidades perdidas, tão importantes para a reinserção destes usuários.

A análise multivariada para ABVD evidenciou um aumento da associação com a dependência conforme o decaimento do estado geral. Os resultados obtidos já eram esperados, tendo em vista que comumente o comprometimento do estado geral acarreta a necessidade de adoção de cuidados específicos de saúde no manejo destas questões de base. Estados de saúde

autorreferidos como ruins relacionam-se de forma diretamente proporcional aos estados de dependência¹⁷.

A dependência para AIVD envolveu 73,2% dos moradores, percentual de incapacidade maior que o encontrado para as ABVD. Apesar de a população estudada não ser composta exclusivamente por moradores idosos, o perfil de adoecimento dessa população com doenças crônicas, em especial sua patologia psiquiátrica acarretaram à essa um padrão de dependência parecido com a que é vista dentre os idosos. Semelhante ao que foi evidenciado nas ABVD, a literatura mostra percentuais mais baixos de dependência para AIVD para idosos comunitários: 28,8%¹³; 60%²⁰; 68,33%¹⁶. Em relação aos países da América Latina, índices de incapacidade menores também foram identificados no Brasil (33,8%), Chile (30,3%), Argentina (27,6%) e Cuba (26,7%)¹⁴. Nas instituições de longa permanência, foram evidenciados percentuais maiores de dependência para AIVD do que o identificado entre os moradores de SRT (variando entre 81,2%¹⁵ e 88,7%¹⁷).

Nas AIVD observou-se, da mesma forma que para as ABVD, que o processo de institucionalização traz repercussões para o desempenho desse aspecto das atividades diárias, especialmente no que se refere à autonomia do portador de transtorno mental em realizar as atividades de gerência do ambiente e de si de forma independente.

As atividades que envolveram os maiores percentuais de necessidade de ajuda total foram preparar refeições e cuidar das finanças. Este achado pode ter relação com o histórico psiquiátrico dos moradores, tendo em vista que a maior parcela dos indivíduos residiu em Hospitais Psiquiátricos durante seu último internamento por mais de 10 anos. A inabilidade ou dificuldade para desenvolver atividades como cozinhar, fazer compras, cuidar das finanças, entre outros, tem associação com a falta de necessidade de praticar tais afazeres dentro da instituição totalitária que provia o alimento, a roupa, as medicações e tudo o que o paciente necessitava em determinado horário do dia^{14,22}.

O alto índice de incapacidade ou dificuldade para tomar medicamentos é outro ponto que merece destaque. Ao passo que a adesão ao tratamento é fundamental no cuidado aos transtornos psiquiátricos, é necessário ponderar se esse morador, por meio do estímulo para o autocuidado e do espaço para exercer sua autonomia, não apresentaria as características necessárias para realizar esta etapa de seu cuidado de forma independente nos SRT ou sob supervisão do cuidador quando necessário.

É necessário que as equipes dos SRT questionem-se sobre a autonomia que é dada para o morador, visto que se, nas residências, é dado pouco estímulo ao processo de reaprender a viver de forma autônoma, os serviços passam a ser pequenas instituições.

Investigações adicionais sobre este aspecto contribuiriam para a elaboração de intervenções educativas para moradores e cuidadores objetivando essa tomada de consciência e o estímulo à liberdade.

As atividades que obtiveram os maiores índices de execução sem ajuda foram aquelas relacionadas ao cuidado da casa: atividades domésticas e trabalhos manuais. O artigo 4º da portaria 106/2000, estabelece que os SRT devam ter um Projeto Terapêutico centrado nas necessidades dos usuários, que vise à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social e realizar a reintegração social por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais². Na prática da coleta de dados, pôde ser evidenciado que estas são as atividades mais estimuladas pelos cuidadores para o início deste aprendizado sobre viver em grupo. Na maioria dos casos, as atividades eram executadas, por meio da divisão de tarefas dentro do grupo de moradores.

Com relação aos fatores associados aos estados de dependência para AIVD, a literatura apresenta dados congruentes com a ausência de renda¹³, baixa escolaridade^{13, 15}, ausência de contatos familiares¹⁷, déficit cognitivo¹⁷. Diferente do que é encontrado na literatura sobre a relação do declínio da capacidade funcional com o envelhecimento^{13,16,20}, os resultados evidenciaram que não havia diferenças estatísticas sobre a capacidade funcional entre as faixas etárias. Tal dado destaca que os longos períodos de internamento apresentam nesta população maior associação com o nível de dependência do que o envelhecimento.

A dependência para as ABVD quanto para as AIVD teve associação estatística com o tempo do último internamento em hospital psiquiátrico. A presença do internamento psiquiátrico e a duração apresentam associação com o comprometimento da capacidade de autonomia desse paciente e de autocuidado.

A educação em saúde se apresenta no papel de ferramenta importante para a mudança da ainda atual realidade, já que, ao passo em que estas equipes recebem orientações e treinamentos ajustados às dificuldades que vivenciam na prática, estes poderão sentir-se mais seguros para realizar estimulações e orientações relacionadas com as demandas da população de moradores. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais da RAPS envolvam-se no cuidado, ao instrumentalizar a equipe e trabalhando em rede para responder às necessidades de cuidado identificadas.

CONCLUSÃO

O estudo identificou uma alta prevalência de dependência nas ABVD e AIVD. Tal fato evidencia a necessidade de intervenções por parte de seus cuidadores tanto para as atividades básicas, mas especialmente para as instrumentais. O uso das escalas para avaliação da capacidade funcional sistematiza a análise dos aspectos das atividades de vida diária desses moradores que necessitam da presença de um profissional para a realização ou ajuda dessas funções, sistematizado, dessa forma, a assistência.

O presente estudo apresenta dentre as limitações, o fato de ter sido realizado em apenas um município, excluído os moradores que não possuíam curador legal nomeado e de que parte da triangulação dos dados foi realizada por meio de prontuários, que em alguns casos encontravam-se com informações incompletas. Na literatura científica é encontrado um número limitado de estudos que analisam a capacidade funcional de pacientes psiquiátricos que residem na comunidade. Dessa forma, na análise deste artigo, optou-se por incluir um grande conjunto de variáveis sociodemográficas e de antecedentes psiquiátricos que pudessem ter associação à estados de perdas ou melhora da capacidade funcional.

Os resultados evidenciaram a associação entre a independência para ABVD com o tempo do último internamento inferior a 2 anos, alta escolaridade e orientação no tempo e espaço no momento da entrevista. Já a dependência para AIVD tiveram associação direta com a ausência de renda e de laços familiares, baixa escolaridade, tempo do último internamento superior a 10 anos e desorientação.

Ficou evidente a relação entre a experiência de internamento em hospital psiquiátrico e a dependência nas ABVD e AIVD. Há a necessidade de investimento no resgate das sequelas deixadas pelos longos períodos de institucionalização, que certamente privaram as pessoas do acesso à escola, a autonomia financeira, ao convívio familiar e com a sociedade, repercutindo em diversos âmbitos a vida do usuário atualmente.

As alterações identificadas nas funções avaliadas nas ABVD e AIVD sinalizam para algumas das necessidades de cuidado e de ajuda em que os profissionais cuidadores das equipes dos SRT atuam no cotidiano destes serviços. O profissional enfermeiro dos dispositivos que ofertam a retaguarda aos SRT (como os CAPS e a ESF) deve atentar para a orientação aos cuidadores e Técnicos de Referência sobre a importância ao estímulo ao autocuidado e autonomia dos moradores. A avaliação da capacidade funcional é uma

ferramenta importante no direcionamento das demandas e planejamento/implantação de ações.

A educação em saúde se faz uma ferramenta interessante para atuação na instrumentalização dessas equipes para o cuidado com estes moradores, podendo impactar, dessa forma, na retomada das funções que hoje estes usuários apresentam dificuldades para realizar. São necessárias intervenções educativas voltadas também para o morador, pautadas na liberdade e no estímulo à autonomia para que, apesar do seu histórico de saúde permeado de comprometimentos e sequelas, este público possa ser reabilitado da melhor forma diante de sua capacidade.

Recomenda-se a adoção de práticas voltadas para o estímulo ao autocuidado, especialmente advindo por parte de seus cuidadores no momento de execução das atividades de vida diária, da comunidade, dos profissionais da RAPS, e dos familiares. Tais ações ajudariam a estimular as vivências da desinstitucionalização e poderiam contribuir para a prevenção de comprometimento cognitivo.

5.4 DEMANDAS CLÍNICAS DOS MORADORES DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

Os fenômenos de aumento da esperança de vida, queda da fecundidade e das taxas de mortalidade têm sido observados na maioria dos países do mundo. O envelhecimento da população hoje é uma realidade. Estima-se que até 2050 haverá cerca de dois bilhões de idosos no mundo, que viverão em grande parte nos países em desenvolvimento¹.

A despeito do que aconteceu nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população dos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, ocorreu de forma rápida². A reorganização social e do sistema de saúde tem apresentado dificuldades para responder às novas demandas emergentes. Somada à transição demográfica, o padrão de morbidade e mortalidade também apresentou alterações, com diminuição das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das Doenças e Agravos Crônicos Não-Degenerativos (DCNT). Em 2010, as DCNT corresponderam à 73,9% dos óbitos no Brasil. Destes, 80,1% foram por doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias ou diabetes³.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a tais enfermidades. Dentre os fatores destacam-se: o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física⁴. Por meio do conceito ampliado de saúde e, diante da necessidade de criação de políticas públicas ajustadas às demandas da população e seus determinantes e condicionantes sociais, é necessário conhecer melhor a população que é cuidada para poder realizar uma assistência de qualidade.

Diante destas questões da naturalidade do envelhecimento populacional, emerge o indivíduo portador de transtorno mental grave que, além das demandas inerentes ao aumento da idade, são egressos de longos períodos de internamentos em Hospitais Psiquiátricos (HP). Para responder à necessidade de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico com vínculos familiares fragilizados ou ausentes, foram instituídos, por meio da Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)⁹.

Esses dispositivos podem ser conceituados como casas inseridas na comunidade que recebem egressos de internações em Hospitais Psiquiátricos de longa permanência. Os SRT possuem equipe técnica composta por cuidadores em regime de plantão e um técnico de

referência que atuam na orientação à retomada da autonomia por esse grupo e na realização das Atividades de Vida Diária (AVD).

Evidências indicam que o cuidado clínico ofertado a esta população, quando em tratamento predominantemente manicomial foi insuficiente e, por vezes, negligente⁴, cuidado insuficiente, cujo resultado foi a cronicidade de doenças clínicas, principalmente, as cardiovasculares e a Diabetes Mellitus³. Com o processo de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, e o estímulo ao retorno desse morador para a comunidade e o convívio social, estas demandas de cuidado passaram a fazer parte da rotina dos serviços de Atenção Básica (AB) e nos ambulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), no papel de principal porta de entrada nos serviços de saúde do SUS, foi criada com o objetivo de reorganizar a atenção básica do país de acordo com as diretrizes do SUS e busca ampliar a resolutividade na situação de saúde dos usuários e das coletividades¹. Estes dispositivos de base territorial são compostos por uma equipe multiprofissional formada por :enfermeiro, cirurgião dentista, médico, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros⁶. Os profissionais em questão, em especial o enfermeiro, apresentam o desafio de romper os paradigmas do modelo biomédico assistencial e realizar uma assistência baseada no indivíduo e seus determinantes e condicionantes, na promoção da saúde e em ações educativas⁷.

Neste contexto comunitário, a demanda de cuidado pode ser entendida em um conceito ampliado como o conjunto de alterações que requerem hoje ou exigirão no futuro a atuação de outra pessoa ou profissional para a manutenção da saúde ou realização de atividades de vida diária (AVD). As alterações vão além da simples expressão verbal de uma necessidade de saúde: podem ser de ordem biopsicossocial (como as queixas e comorbidades clínicas) e estão relacionadas a fatores de risco para o adoecimento tais quais: inatividade física, nutrição desequilibrada, alterações de sinais vitais e do sono e repouso, entre outros.

A habilidade ou inabilidade para desempenhar as AVD, contribui com a avaliação da incapacidade da pessoa, pois aponta para uma demanda emergente de cuidado e um campo de intervenção para o estímulo e promove uma reabilitação focada na obtenção do nível máximo de função¹⁰. O estudo da capacidade funcional do indivíduo para realização de atividade de vida diária é realizado em dois aspectos: nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que se relacionam ao autocuidado do indivíduo com seu próprio corpo (higienizar-se, vestir-se, alimentar-se, controlar esfíncteres e transferência/mobilidade)¹¹; e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que compreendem atividades complexas, orientadas para a interação entre indivíduo e comunidade/ambiente (usar o telefone, caminhar pelas

redondezas, preparar refeições, fazer compras, lavar e passar a roupa, tomar medicamentos, cuidar das próprias finanças e realizar atividades domésticas)¹². Estados de incapacidade funcional tanto em ABVD quanto nas AIVD geram para o indivíduo e para o sistema de saúde uma série de necessidades adicionais de cuidado.

A educação em saúde é uma estratégia importante na busca pelo desenvolvimento de comportamentos de autocuidado e autonomia para as pessoas com transtorno mental e pode ocorrer mediante discussão e fornecimento de informações pertinentes ao transtorno, tratamento e cuidados pessoais. Assim, o profissional enfermeiro apresenta, a partir da formação, as ferramentas para, nas próprias ações, apreender as demandas de cuidado a partir da escuta ativa, compartilhar saberes e realizar práticas de saúde que incluam o portador de transtorno mental como ator social nas suas singularidades.

O cuidado em saúde mental em todos os cenários do cuidar e, em especial na atenção básica, deve estimular a autonomia e independência ao sujeito, com o intuito de minimizar incapacidades, promover o autocuidado, reduzir sofrimento e incapacidades e potencializar suas habilidades. Faz-se necessário, portanto, conhecer as demandas de cuidado clínico por meio da avaliação das necessidades de saúde autorrelatada pela população e a relação delas com a capacidade funcional do usuário. Diante destas questões, este artigo teve como objetivo de verificar a associação das demandas de cuidado clínico e a capacidade funcional para atividades de vida diária de moradores de SRT de Recife – PE.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado nos 31 Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento, até março de 2015, no município de Recife – PE.

A população de estudo foram 229 moradores de ambos os sexos, residentes em SRT até julho de 2015 no município de Recife – PE. Foram excluídos moradores em internamento hospitalar ou fora da cidade durante o período de coleta de dados; moradores impossibilitados para participar do estudo por questões de saúde física ou mental e que não possuíam curador legal nomeado ou que este não pudesse ser contatado durante o período de coleta de dados. A amostra do estudo foi do tipo censitária, devido ao tamanho da população, e pelas singularidades que envolvem as histórias clínicas e psiquiátricas dos participantes.

Em decorrência de óbitos (5), de internamentos hospitalares (2), ausência da cidade pelo morador no período de coleta de dados (3), de recusa do participante (13) ou de seu curador legal (16), a amostra final correspondeu a 190 moradores.

Utilizou-se para a coleta de dados instrumento estruturado elaborado com base no Caderno de Atenção Básica nº 19¹³ do Ministério da saúde e no modelo de formulário para atendimento ambulatorial do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço universitário da UFPE que presta cuidado multiprofissional a idosos.

Para este estudo foram consideradas como variáveis dependentes as atividades básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD) de vida diária: A avaliação das ABVD se deu por meio do índice de Katz que pontua como dependente (0) ou independente (1) nas funções banho, vestir-se, alimentar-se, continência, transferência e higiene pessoal. Os resultados dessa escala foram classificados como dependência para ABVD as pontuações entre 1 e 5 e independência para ABVD aquele que obtivesse 6 pontos^{14,15}.

A avaliação das AIVD deu-se por meio da escala de Lawton e Brody que pontua 8 funções (usar o telefone, caminhar pelas redondezas, preparar refeições, fazer compras, lavar e passar a roupa, tomar medicamentos, cuidar das próprias finanças e realizar atividades domésticas). Considerou-se, para os dois instrumentos, como ajuda total a incapacidade de realização de uma função, devendo esta ser feita por um cuidador; e ajuda parcial, a realização de determinada atividade pelo usuário de forma conjunta com outra pessoa. Para cada função, foi atribuída uma das seguintes classificações: dependente (0 pontos) aquele que realiza a função com ajuda parcial ou total; independente (1 ponto) aquele que realiza a atividade sem ajuda. O score final classifica como dependente para as AIVD aquele que obtiver entre 0 e 7 pontos e independente aquele com pontuação igual a 8^{16,17}.

As variáveis independentes foram as necessidades de saúde autorreferidas pelo morador, quando questionado sobre queixas e comorbidades clínicas, informações estas ratificadas pelos registros em prontuário, além da avaliação antropométrica pela equipe de pesquisa. Foram consideradas comorbidades clínicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM), dislipidemias (alterações no colesterol e/ou triglicerídeos com uso de medicação), catarata, Acidente Vascular Cerebral (AVC), tabagismo e diagnóstico psiquiátrico. As demandas de cuidado envolveram as alterações: déficit na prática de atividades físicas, alterações na integridade da arcada dentária com autorrelato de prejuízo para as atividades cotidianas, da integridade da pele, relato de quedas no último ano, déficit na acuidade visual, presença de tosse (aguda ou crônica), eliminações intestinais. Além destas, foi incluída a avaliação antropométrica por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) e autorrelato de queixas cardíacas, respiratórias, gastrointestinais e/ou urinárias.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista e mediante pacto com a coordenação dos SRT e com as equipes técnicas de cada residência e dos respectivos CAPS de referência.

Inicialmente, por exigência da gestão, a coleta de dados ocorreu individualmente, em local reservado nos CAPS, após o convite de participação na pesquisa pela equipe técnica das SRT e esclarecimento dos termos do estudo. No dia e horário agendados, um veículo da prefeitura fazia o traslado de ida e volta do morador ao CAPS de referência onde seria realizada a entrevista.

Durante o primeiro momento, evidenciou-se que parte da população apresentava dificuldades de locomoção, questões clínicas e psiquiátricas que dificultavam seu traslado ou até mesmo havia a recusa em sair de casa. Diante dessas questões, a equipe de pesquisa foi autorizada a realizar a coleta de dados nas residências dos moradores com estas limitações. Tal mudança não atrapalhou o andamento da pesquisa. Ao contrário, contribuiu para que o número de perdas fosse reduzido. Para minimizar os vieses relacionados à memória e à respostas incompletas, foi realizada a triangulação dos dados com a confirmação dos dados informados, por meio de consulta ao prontuário disponível no CAPS bem como a validação das informações pelo cuidador responsável.

Para análise dos dados foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, onde foi realizada dupla digitação dos dados e posterior validação e correção dos valores divergentes. O banco foi exportado para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar as demandas de cuidado e a capacidade funcional, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. Na avaliação da associação estatística da variável dependente com as independentes foi utilizado o teste qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Em todas as análises realizadas, consideraram-se como significativas para os p -valores $<0,05$.

A análise multivariada para a dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária foi feita por meio do ajuste do modelo de Poisson com variância robusta. Para entrada no modelo, foi considerado o nível de significância menor do que 20% na análise bivariada. A estimação dos parâmetros foi feita através do método híbrido no qual interações de Scoring Fisher são realizadas antes de mudar para o método de Newton–Raphson. As variáveis foram incluídas de forma conjunta no modelo inicial, em que a cada estimação do modelo era retirada individualmente a variável com o maior p -valor da estatística de Wald. A variável permaneceria no modelo final se obtivesse p -valor $<0,05$ na estatística de Wald. Ainda, nesta análise multivariada, foi forçada a permanência da variável idade com o objetivo de realizar o ajustamento das outras variáveis incluídas no modelo, mesmo esta não apresentando p -valor $<0,20$ na análise bivariada.

Este artigo é parte do projeto intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem”, que atende a Resolução 466/12, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, através do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731.

RESULTADOS

Evidenciou-se que a maior parcela da população era composta por homens, idosos, recebia entre um e menos que dois salários mínimos (SM) e não eram escolarizados. Com relação ao histórico clínico e psiquiátrico a maior parcela possuía entre três e 10 internamentos em hospital psiquiátrico (HP) durante a vida e em sua última hospitalização antes do SRT, permaneceu tempo igual ou superior a 10 anos.

As comorbidades mais prevalentes nos moradores de SRT foram: Tabagismo (43,7%), HAS (42,8%), DM (27,6%), dislipidemias (15,3%), catarata (5,8%) e AVC (4,6%). As demandas de cuidado prioritárias identificadas envolveram a inatividade física (88,9%), o edentulismo sem uso de prótese (80,5%) e o sobrepeso ou obesidade (56,1%). Os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes foram as esquizofrenias residual e paranóide. O teste de comparação para as variáveis de demanda de cuidado foi significativo em todas as demandas (p -valor<0,001), e demonstra, assim, que este é o perfil mais prevalente na população.

Tabela 1: Demandas de cuidado mais prevalentes entre moradores de SRT. Recife, 2015.

Fator avaliado	N=190	%	<i>p</i>-valor¹
Atividade física			
Sim	21	11,1	<0,001
Não	169	88,9	
Dentição			
Sem anormalidade	14	7,4	<0,001
Edentulismo com uso de prótese	23	12,1	
Edentulismo sem uso de prótese	153	80,5	
IMC			
Abaixo do peso (< 18,5)	6	3,2	<0,001
Normal (18,5 a 24,9)	77	40,5	
Sobrepeso ou obesidade (≥ 25)	106	55,7	
Diagnóstico Psiquiátrico			
Esquizofrenia Residual	98	51,6	<0,001
Esquizofrenia Paranóide	29	15,3	
Outros transtornos esquizotípicos	12	6,3	
Outros transtornos mentais	51	26,8	

¹ p -valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

A maior parcela dos moradores relatou possuir acuidade visual preservada (62,6%), deambular normalmente (87,4), ter pele íntegra (91,6%), não ter histórico de quedas no último ano (61,1%), ter acuidade auditiva preservada (91,6%), não ter tosse (68,4%), não apresentar constipação (77,4%) e não ter histórico de perda de documentos (67,4%) todas as variáveis apresentaram no teste de comparação para as variáveis significativas, com p -valor <0,05.

Quando comparadas as prevalências de comorbidades clínicas dentre os moradores com diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia Residual e Paranóide com a população geral de estudo pode ser observado que o grupo de esquizofrênicos residuais apresentou maiores prevalências em todas as comorbidades clínicas estudadas (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência de comorbidade clínica entre os grupos de esquizofrênicos residuais e paranóides em comparação com a população do estudo. Recife, 2015.

Comorbidades Clínicas	Esquizofrenia Paranóide		Esquizofrenia Residual		População do estudo	
	N=29	%	N= 98	%	N=190	%
Tabagismo atual	13	44,8%	47	48%	83	43,7%
Hipertensão	3	10,3%	43	43,9%	65	34,2%
Diabetes Mellitus	4	13,8%	28	28,6%	42	22,1%
Dislipidemias	2	6,9%	17	17,3%	29	15,3%

Quando se tratou da capacidade funcional dos moradores para ABVD, a maioria dos participantes possuía independência (56,8%). Os aspectos que envolveram maior dependência foi vestir-se (23,7%), continência (18,4%) e banho (16,3%). Para as AIVD, a maioria dos moradores encontra-se em dependência (73,2%). Os aspectos que tiveram maiores prevalências, para necessidade de ajuda total, foram preparar refeições (51,6%) e cuidar das próprias finanças (60,3%). A ajuda parcial envolveu aspectos como: usar o telefone (53,7%) tomar medicamentos (52,6%), lavar e passar (46,8%), caminhar pelas redondezas (42,1%) e fazer compras (37,9%).

A análise bivariada evidenciou que a dependência para ABVD está significativamente associada apenas à mobilidade reduzida (Tabela 3). Já a dependência para AIVD está estatisticamente associada a não ter o diagnóstico de esquizofrenia paranóide, não praticar atividades físicas, declarar possuir acuidade visual preservada e apresentar mobilidade reduzida (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da classificação da capacidade funcional de moradores de SRT avaliadas por meio das atividades básicas e instrumentais de vida diária, de acordo as necessidades de saúde dos pacientes avaliados. Recife, 2015.

Fator avaliado	ABVD		AIVD	
	Depend.	Independ.	Depend.	Independ.
Esquizofrenia residual				
Sim	47 (48,0%)	51 (52,0%)	74 (75,5%)	24 (24,5%)
Não	35 (38,0%)	57(62,0%)	65(70,7%)	27(29,3%)
<i>p-valor</i>	0,168 ¹		0,450 ¹	
Esquizofrenia Paranóide				
Sim	9 (31,0%)	20 (69,0%)	12 (41,4%)	17 (58,6%)
Não	73 (45,3%)	88(54,7%)	127 (78,9%)	34 (21,1%)
<i>p-valor</i>	0,152 ¹		<0,001 ¹	
Dislipidemia				
Sim	33(78,6%)	9(21,4%)	15(51,7%)	14(48,3%)
Não	106(71,6%)	42(28,4%)	67(41,6%)	94(58,4%)
<i>p-valor</i>	0,370 ¹		0,132 ¹	
Atividade física				
Sim	9 (42,9%)	12 (57,1%)	11 (52,4%)	10 (47,6%)
Não	73 (43,2%)	96 (56,8%)	128 (75,7%)	41 (24,3%)
<i>p-valor</i>	0,976 ¹		0,023¹	
Acuidade Visual Preservada				
Sim	60(48,0%)	65(52,0%)	101(80,8%)	24(19,2%)
Não	22(33,8%)	43(66,2%)	38(58,5%)	21(41,5%)
<i>p-valor</i>	0,062 ¹		0,001¹	
Mobilidade				
Sem anormalidade	66(39,8%)	100(60,2%)	115(69,3%)	51(30,7%)
Mobilidade reduzida	16(66,7%)	8(33,3%)	24(100,0%)	0(0,0%)
<i>p-valor</i>	0,013¹		0,001¹	
Prob. Cardíacos				
Sim	6(27,3%)	16(72,7%)	14(63,6%)	8(36,4%)
Não	76(45,2%)	92(54,8%)	125(74,4%)	43(25,6%)
<i>p-valor</i>	0,110 ¹		0,284 ¹	

¹p-valor do teste Qui-quadrado; ² p-valor do teste Exato de Fisher.

Apesar da variável idade apresentar p-valor igual à 0,628 para as ABVD e 0,386 para as AIVD, esta foi incluída no modelo para realizar ajustamento por sua possível relação com estados de decaimento da capacidade funcional e, portanto, poder ser uma variável de confusão³⁰. Na tabela 4 verificou-se que apenas a mobilidade e a acuidade visual preservada foram significativas para a determinação de dependência entre os moradores. Na tabela 4 é apresentado o ajuste multivariado do modelo de Poisson para a avaliação do nível de dependência nas ABVD dos moradores de SRT.

Para o grupo com mobilidade reduzida há um aumento da associação com dependência para ABVD em 67,7% em relação aos moradores sem alteração na mobilidade (RP= 1,677; *p*-valor=0,003). Já para o grupo que apresenta acuidade visual preservada, a associação com a dependência para ABVD foi 48% maior do que para o grupo com acuidade visual comprometida (RP=1,48; *p*-valor=0,046).

Tabela 4. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária com o ajuste da variável idade incluída no modelo. Recife, 2015.

Fator avaliado	ABVD		
	RP	IC(95%)	p-valor ¹
Idade			
25-44 anos	0,79	0,473-1,310	0,357
45-53 anos	1,01	0,653-1,573	0,952
54-59 anos	0,98	0,633-1,527	0,939
60 anos ou mais	1,00	-	-
Mobilidade			
Sem anormalidade	1,000	-	-
Mobilidade reduzida	1,53	1,031 - 2,282	0,035
Acuidade visual preservada			
Sim	1,48	1,007 - 2,184	0,046
Não	1,00	-	-

¹p-valor do testes de Wald

Na tabela 5 é apresentado o ajuste do modelo de Poisson para a dependência nas AIVD. Verificou-se que os únicos fatores conjuntamente significativos para determinação da dependência foram: acuidade visual preservada (*p*-valor = 0,002) e esquizofrenia paranóide (*p*-valor = 0,003). Para o grupo com acuidade visual preservada, a associação com a dependência foi 39% maior, quando comparado ao grupo que possui acuidade visual comprometida. Já para o grupo que não possui esquizofrenia paranóide, a associação com a dependência para AIVD foi 86% maior, quando comparado com o grupo de moradores com esquizofrenia paranóide.

Tabela 5. Ajuste do modelo de Poisson para a dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária com o ajuste da variável idade incluída no modelo. Recife, 2015.

Fator avaliado	RP	AIVD IC(95%)	p-valor
Idade			
25-44 anos	0,86	0,695-1,066	0,170
45-53 anos	0,86	0,680-1,088	0,210
54-59 anos	0,88	0,698-1,115	0,294
60 anos ou mais	1,00	-	-
Acuidade Visual Preservada			
Sim	1,39	1,126 - 1,726	0,002
Não	1,00	-	-
Esquizofrenia Paranóide			
Sim	1,00	-	-
Não	1,86	1,228 - 2,833	0,003

¹p-valor do testes de Wald

DISCUSSÃO

Com o processo de desinstitucionalização e efetivação da Reforma Psiquiátrica, o portador de transtorno mental grave está presente na comunidade e a atenção básica à saúde cumpre importante papel na composição da Rede de Assistência Psicossocial (RAPS). Em 2013, foi publicado pelo Ministério da Saúde, na série de ‘Cadernos de Atenção Básica’, o exemplar 34 que orienta e confere visibilidade às práticas de saúde mental na comunidade.

Os moradores dos SRT da cidade do Recife formam um conjunto de pessoas com idade média de 54 anos, homens, analfabetos e com comorbidades clínicas com destaque para o tabagismo, HAS e Diabetes mellitus, cuja prevalência observada é, inclusive, maior que na população brasileira¹⁸. Tal fato pode ser justificado pela longa permanência em Hospitais Psiquiátricos, uso crônico de psicofármacos, pela falta de estimulação para o autocuidado, ou ainda pelo afastamento do convívio familiar.

De acordo com dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), a prevalência de HAS em população adulta de ambos os sexos de 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal estudadas foi de 22,5%^{18,19}. Uma possível explicação para a HAS ter uma prevalência maior do que a média nacional entre os moradores (34,2%) é o fato de o grupo ser composto prioritariamente por pessoas acima de 50 anos, visto que o mesmo inquérito supracitado evidenciou um aumento diretamente proporcional com a idade, sendo de 59,9% na faixa etária acima de 65 anos¹⁸.

Ainda segundo o mesmo inquérito¹⁸, a prevalência geral de diabetes na população de 27 cidades brasileiras foi de 8% e também se tornou mais frequente com o avanço da idade,

em que se observa entre os indivíduos com mais de 65 anos uma prevalência de 24,4%. Novamente, ao comparar com a média nacional, a prevalência de diabetes entre moradores foi superior (22,1%), fato que também pode ter relação com a idade média da população de moradores participantes do estudo ser acima dos 50 anos. A prevalência geral de dislipidemias na população de 27 cidades brasileiras foi de 20%²⁰, superior àquela encontrada no presente estudo (15,3%).

Evidenciou-se uma alta prevalência de tabagismo entre os moradores de SRT (43,7%). Ao comparar a prevalência de adultos fumantes, no conjunto de 27 cidades brasileiras¹⁸ (10,8%), com a encontrada no presente estudo, evidencia-se uma frequência 4 vezes maior. A literatura corrobora com estes achados, em que a prevalência de tabagismo entre portadores de transtornos mentais é maior, especialmente no grupo de esquizofrênicos¹⁹. Apesar do tabagismo trazer efeitos aparentemente benéficos para esse grupo como a melhora dos sintomas negativos, diminuição da ansiedade e sensação de prazer, associado ao uso desta droga lícita existe maior ocorrência de surtos psicóticos, risco para discinesia tardia e aumento do risco para doenças crônicas como o câncer de pulmão ou em outros órgãos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, complicações cardíacas e circulatória, problemas de pele e cavidade bucal, entre outros^{20,21}.

Além do diagnóstico psiquiátrico, que contribui para essa alta prevalência de tabagismo, a maior parte da população de moradores dos SRT de Recife apresentaram entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida e em seu último residiram tempo igual ou superior à 10 anos. A vivência de internação psiquiátrica, somada ao elevado número de fumantes nestes serviços, o isolamento decorrente da internação e o tempo ocioso nestas instituições corroboram para altas prevalências de uso de tabaco²².

Mais da metade dos moradores estavam em sobrepeso ou obesidade de acordo com os cálculos do IMC. Estudo realizado em cinco Hospitais Psiquiátricos do Ceará evidenciou que 48,7% da amostra apresentavam problemas nutricionais, entre os quais, o mais prevalente era o sobrepeso (23%) seguido pela desnutrição (20,5%)²³. A diferença nos percentuais encontrados entre os ambientes hospitalares e comunitários podem ter associação com o estímulo à autonomia dado nos SRT, somado ao aumento do poder aquisitivo ofertado pelas bolsas e benefícios financeiros recebidos. Além disso, alguns dos medicamentos psicotrópicos apresentam como efeito adverso o aumento do apetite e desconfortos gástricos, que levam à ingestão de alimentos para aliviá-lo²⁴. Dessa forma, seria explicado empiricamente o aumento de uma ingesta de alimentos calóricos e pouco saudáveis pelos moradores nos momentos fora das residências (como lanches, refrigerantes e doces).

Além destas questões, foi identificada, no estudo, uma alta prevalência de inatividade física, esta que pode estar associada também aos estados de alteração nutricional mencionados acima. A dificuldade para encontrar evidências científicas que corroborem essa inferência, limita a possibilidade de chegar a conclusões mais categóricas a respeito destes achados, limita o pesquisador à condição de analisar seus achados apenas à luz das observações de campo e de suas experiências empíricas pregressas. Seria importante a realização de estudos adicionais sobre como é planejada a dieta dos moradores dos SRT. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados no intuito de ampliar a capacidade de intervenção e resolutividade da Atenção Básica, por meio do compartilhamento de práticas e saberes em saúde nos territórios e do apoio matricial. O profissional nutricionista faz parte deste núcleo e sua atuação nestas demandas poderia contribuir para a melhora desta situação³¹.

O sobrepeso e obesidade, a inatividade física e o tabagismo podem ter relação com a carência de atividades recreativas e laborais para ocupar o tempo livre destes moradores de SRT de Recife. A articulação entre os diversos dispositivos da RAPS pode ser fundamental para atender as demandas de cuidado no âmbito das necessidades nutricionais e de condicionamento físico. As equipes da ESF, do NASF e dos CAPS podem ser parceiras dos serviços residenciais terapêuticos na formulação dos Projetos Terapêuticos Singulares voltados à realização de atividades que são do interesse destes moradores, pode incluí-los em estratégias de economia solidária como as oficinas de geração de renda e cooperativas e nos centros de convivência.

Os enfermeiros são peças fundamentais na equipe multiprofissional dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, pois acompanham a vida do usuário na comunidade e conhecem as ferramentas e recursos disponíveis para contribuir na resolução de problemas²⁵. Este profissional pode, também, desenvolver atividades voltadas à diminuição do tabagismo, adesão ao tratamento medicamentoso e da adoção de práticas de vida saudáveis, além de realizar encaminhamentos para outros profissionais da rede que irão intervir na resolução dos problemas identificados, como: odontólogos, fisioterapeutas, médicos da família e terapeutas ocupacionais.

A associação entre as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária e a mobilidade, também, foi analisada em estudo com idosos institucionalizados e identificou-se dependência para tais atividades, relacionada à dificuldades para andar até 400m²⁶. Apesar da análise bivariada ter identificado associação entre dependência para AIVD com a mobilidade reduzida e a inatividade física, a análise multivariada não apontou associação entre as variáveis conjuntamente e a presença de dependência no presente estudo.

A acuidade visual preservada foi identificada na análise bivariada e multivariada como associada à dependência para AIVD. Foi identificado durante a coleta de dados que muitos moradores não realizavam exame oftalmológico há muitos anos e, portanto, não tinham uma avaliação especializada. Estudo realizado em hospital psiquiátrico de Lisboa evidenciou uma prevalência de 33% de catarata com acuidade visual baixa, que acometia principalmente a população entre 20 e 50 anos²⁷. Estudo realizado com idosos em Instituições de Longa Permanência do Rio de Janeiro identificou uma prevalência de 27,9%³², já entre os idosos comunitários com 80 anos ou mais do município de Veranópolis – RS foi identificada uma prevalência de 85,6% de catarata³³.

Estas prevalências mostram-se maiores do que a que é encontrada entre os moradores de SRT de Recife (5,8%). Tais achados apontam para a necessidade de realização de exames clínicos de rotina, visando não apenas rastrear esta limitação, mas, principalmente, outros problemas de cunho ainda mais grave. Estudo realizado em Goiânia – GO evidenciou uma elevada ocorrência entre os autorrelatos de déficit visual e a ocorrência de quedas e concluiu que o diagnóstico precoce de tais comprometimentos da visão pode beneficiar o grupo de idosos na prevenção de prejuízos funcionais futuros advindos de acidentes³⁴.

Neste estudo, não foi identificada associação entre a capacidade funcional de moradores de SRT e as comorbidades tabagismo, HAS, DM, catarata e AVC; contudo, outros estudos que envolveram idosos comunitários identificaram associação entre a dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária e o auto-relato de doença pulmonar²⁸, HAS²⁸, doenças cardíacas²⁸, AVC²⁸ e câncer²⁸. A prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar a capacidade funcional e promover o bem-estar²⁴.

Por fim, a associação entre estados de dependência para AIVD com a ausência de esquizofrenia paranóide pode ser explicado pelo fato de as doenças mais prevalentes na população de estudo serem a esquizofrenia (em especial a esquizofrenia residual) e o retardo mental. A esquizofrenia Paranóide caracteriza-se pela presença de delírios de perseguição ou grandeza e alucinações auditivas relacionadas com um único tema. O comprometimento social pode ser mínimo e o prognóstico de independência nas atividades de vida diárias é promissor²⁶.

Diante do diagnóstico de demandas de cuidado prioritários, a Estratégia Saúde da Família pode atuar em diversos aspectos que envolvem o cotidiano deste morador ao considerar tanto o próprio usuário e o cuidador, quanto o ambiente, a família e a comunidade. Cabe à equipe da ESF, em especial ao enfermeiro e aos agentes comunitários de saúde, realizar continuamente a avaliação das necessidades de cuidado e oferecer o suporte para as

equipes do SRT no aprimoramento do cuidado, e elaborar um plano de ação que integre ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação deste morador.

CONCLUSÃO

Os moradores de residências terapêuticas, na cidade do Recife, apresentaram um perfil em franco processo de envelhecimento. São, predominantemente, pessoas idosas ou adultos próximos a terceira idade. Tal situação, por si, confere aos mesmos uma prevalência elevada de agravos à saúde próprios da faixa etária.

O estudo identificou, na população de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos, altas prevalências de hipertensão, diabetes *mellitus*, tabagismo e dislipidemias. A população portadora de esquizofrenia residual mostrou-se com maiores prevalências destas comorbidades identificadas, quando comparada com os esquizofrênicos paranóides e com os demais participantes do estudo. As demandas de cuidado prioritárias são a inatividade física, edentulismo sem uso de prótese, o sobrepeso ou obesidade e o manejo com as comorbidades clínicas.

Ao se avaliar a capacidade funcional, as demandas de cuidado que tiveram associação com a dependência para as atividades instrumentais de vida diária foram: diagnóstico clínico e acuidade visual. Já para as atividades básicas de vida diária a mobilidade e a acuidade visual foram associadas a estados de dependência.

O estudo apresenta entre as limitações o fato de ter sido realizado em apenas um município e ter evidenciado as comorbidades clínicas apenas pelo autorrelato dos moradores e no registro em prontuário dos CAPS. A contribuição do mesmo, entretanto, encontra-se no fato de que, até o momento, trata-se da primeira publicação científica a fornecer uma descrição detalhada das necessidades de saúde e sua relação com a capacidade funcional, o que gera, assim, as demandas de cuidado prioritárias para a população de moradores de SRT, que pode servir de referencial para estudos posteriores, caracteriza-se, pois, por ser um estudo inédito no Brasil.

Sugere-se a realização de exames hematológicos, clínicos, oftalmológicos e odontológicos para rastreamento e diagnóstico precoce de outras alterações ainda não percebidas por esses moradores. Recomenda-se, também, a intervenção da gestão para localizar os SRT em território coberto pela ESF ou vincular as unidades mais próximas aos SRT. Além disso, faz-se necessário que as equipes de ESF e do NASF realizem avaliações para intervir nos hábitos alimentares e na inatividade física diagnosticada no presente estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de assistência predominantemente comunitário, apontado pelos resultados da revisão integrativa da literatura, é condizente com a estratégia brasileira de adoção dos SRT para desinstitucionalização do usuário residente no hospital psiquiátrico. Visto que cada país apresentou percalços, para alcançar a sua desinstitucionalização, não se pode indicar um modelo como “o mais correto”, mas se pode afirmar que os SRT seguem uma tendência evidenciada como exitosa em outros países e apontada como mais frequente na literatura científica atual.

Anteriormente, nos momentos iniciais de construção do projeto desta dissertação, tinha-se a representação de que a razão para residir em um SRT era a ausência de vínculos familiares; todavia, constatou-se que apesar de haver a fragilidade no contato do morador com suas famílias, em muitos casos, estas se faz presente na vida desse usuário através de visitas aos SRT.

Possivelmente esta fragilidade está ligada muito mais às demandas de cuidado que foram geradas pelos períodos prolongados de internamento e isolamento e a não adaptação da rotina familiar, do que ao próprio relacionamento com o usuário em si. É necessária a ampliação das discussões acerca dos relacionamentos sociais destas famílias, que são provenientes de contextos socioculturais e econômicos diversificados, com esse morador que tem sua situação clínica com sequelas geradas pela vivência prolongada no manicômio e agravado pelo envelhecimento.

O fato do perfil da população das residências ser composto por homens solteiros possivelmente está associado à fragilidade da reinserção do homem institucionalizado à suas famílias. O homem exerce culturalmente o papel de provedor financeiro da família, já a mulher assume a função de cuidadora. Ao passo que o homem adoecido e institucionalizado necessitaria retornar ao seu seio familiar, é cobrado deste a capacidade de produzir na sociedade. Somado a este fato, faz-se necessária a presença de um cuidador, que na maior parte das vezes são as mães, irmãs ou filhas. Estes fatos podem associar-se a maior prevalência de homens nessas casas.

Os prejuízos decorrentes do isolamento que estes usuários foram submetidos extrapolam as questões do relacionamento social do indivíduo com a família. As sequelas biopsicossociais são questões que deverão ser enfrentadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no geral. O SRT é um dispositivo especialmente importante no resgate das sequelas decorrentes dos longos períodos de internamento, em virtude do caráter de estímulo à

vivência comunitária desse usuário no sistema de saúde, na comunidade e na sociedade em geral.

Revelar as demandas de cuidado clínico deste público se faz, portanto, uma ferramenta importante para o planejamento da assistência. Constatar as necessidades de saúde relatadas e identificadas e a capacidade funcional desses usuários sinaliza para o sistema de saúde e para os profissionais envolvidos (deste a atenção primária à saúde até a especializada) as áreas que precisam receber intervenções.

Não se pode negar que no cotidiano de cuidado com idosos ou pessoas com dependência na comunidade, na maior parte dos casos não há a presença de um cuidador especializado, mas sim a realização dessa função pelos familiares. O estudo evidenciou que o padrão de adoecimento e de dependência desses moradores sofreu influência dos inúmeros internamentos que estes indivíduos viveram. Foram identificadas altas prevalências de comorbidades clínicas como hipertensão, diabetes, dislipidemias e tabagismo. Dessa forma, a presença da demanda de cuidado somado ao transtorno mental que esse usuário possui e seu histórico de reclusão, requer do sistema de saúde a presença de um cuidador que possa orientar a realização de atividades, executar as funções não dominadas pelo usuário e prevenir acidentes.

A avaliação da capacidade funcional e das funções que apresentam necessidade de ajuda evidencia a necessidade de investimento na retomada dos prejuízos deixados pelos longos períodos de institucionalização. Somado a tais observações, a ausência da família, também, foi um fator identificado com o poder de contribuir para a dependência desse morador. Diante dessas questões, esse morador necessita que o cuidado comunitário a ele ofertado seja diferenciado, da mesma forma que é dada maior atenção a grupos populacionais vulneráveis na comunidade. Por meio da presença e atenção da Estratégia Saúde da Família em um trabalho intersetorial e multiprofissional com a equipe das residências, dos CAPS e dos outros dispositivos da rede de saúde, é possível fazer os encaminhamentos necessários para responder a essas demandas.

As demandas de cuidado clínico que os moradores de SRT de Recife possuíam são a inatividade física, o edentulismo sem uso de prótese dentária, o sobrepeso ou obesidade e o manejo com as comorbidades clínicas (hipertensão, diabetes mellitus, tabagismo e dislipidemias). Para a resolução ou manejo destas demandas de cuidado, identificadas neste estudo, é necessário o envolvimento de outros profissionais da rede que compõe os NASF, as academias da cidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os CAPS. Estes usuários que

passam a estar presentes na comunidade e as suas demandas vão integrar o escopo de áreas de atuação destes profissionais que compõe a atenção primária.

No cenário comunitário, o enfermeiro toma destaque como profissional da ESF que acompanha a trajetória dos usuários que residem em seu território adscrito. Além disso, é este profissional que planeja, gerencia, coordena e avalia as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitário de Saúde, que são trabalhadores importantes na integração entre o serviço de saúde e a população, durante o seu acompanhamento.

Dessa forma, é fundamental que a escolha do território e endereço onde os SRT serão alojados deve levar em conta a cobertura pela ESF para realizar este acompanhamento da população. O déficit de cobertura pela atenção primária pode acarretar a sobrecarga dos outros dispositivos da RAPS ou ainda dificultar a entrada deste morador de SRT no SUS.

No que tange o cuidado nos SRT, a identificação das demandas dessa população pelo enfermeiro é positiva, já que é do escopo de atividades deste profissional o planejamento de cuidados de enfermagem a serem realizados no manejo e na prevenção de agravos como as comorbidades e os estados de declínio da capacidade funcional. Além disso, o enfermeiro contribui no que tange o encaminhamento dos problemas evidenciados aos profissionais adequados para respondê-las.

Além da ESF, outros serviços da rede apresentam disponível o profissional enfermeiro no seu quadro de trabalhadores, a exemplo os CAPS, os leitos integrais de saúde mental no hospital geral e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Em todos estes dispositivos da RAPS o enfermeiro pode atuar no papel de educador em saúde, no que tange as orientações acerca dos cuidados em domicílio, a adesão ao tratamento medicamentoso e a identificação de outras demandas clínicas relatadas ou evidenciadas, e referenciar profissionais e serviços com o conhecimento científico específico para respondê-las.

Após este diagnóstico situacional, faz-se necessária a capacitação dos cuidadores e de seus técnicos de referência para atuar à luz do conhecimento científico e por meio de ações condizentes com as demandas evidenciadas. Além de práticas de educação em saúde são necessárias para que os moradores dos SRT percebam as alterações e riscos que eles vivenciam na sua saúde, podendo, então, realizar práticas cotidianas mais pautadas na melhora da sua condição. Sugere-se ainda que estas práticas educativas partam do conhecimento destes moradores, cuidadores e técnicos de referência e sejam construídas no intuito de conferir liberdade e autonomia para perceber e cuidar da saúde com consciência e informação.

A literatura científica atual apresenta um número reduzido de evidências científicas acerca dos SRT, do perfil dos seus moradores e das demandas de cuidado que essa população possui. Diante dessas lacunas, a presente dissertação buscou fornecer informações sobre este cenário tão importante para a desinstitucionalização, mas ainda tão pouco estudado. As limitações do estudo envolveram questões relacionadas ao desenho dos estudos transversais, que não são capazes de ofertar a identificação de relações de causa e efeito, identificando, dessa forma, a prevalência e os fatores associados ao efeito. Além disso, existem os vieses de memória e do autorrelato, relacionados ao tempo já decorrido do evento e à condição psiquiátrica de alguns usuários. Para tentar reduzir os efeitos dos vieses, foi realizada a triangulação dos dados.

O quadro evidenciado por este estudo, em especial o envelhecimento gradual dos moradores dentro dessas casas, incita uma reflexão acerca do futuro dos SRT: com o aumento do comprometimento da capacidade funcional poderiam essas instituições demandar um aumento de cuidadores? Os cuidadores estão preparados para receber as demandas específicas do envelhecimento e da redução da capacidade funcional? O técnico de referência está preparado para organizar e administrar esse cuidado em equipe? Estas são reflexões que devem ser estudadas, a fim de entender como essa assistência pode influir na saúde desses moradores.

Destaca-se, porém, que este trabalho é pioneiro na identificação das demandas clínicas dessa população a partir da escuta desse usuário e consulta aprofundada dos registros do seu histórico de saúde. Os achados evidenciados devem ser tomados como ponto de partida para o aprofundamento de investigações, planejamento de ações e enfrentamento dessas demandas e das necessidades dessa população que historicamente vivenciou anos de desassistência e negação de direitos civis. A sociedade brasileira possui uma dívida social com os egressos de internamentos psiquiátricos. Hoje, na comunidade, a assistência deve ser pautada no resgate das injustiças que foram vivenciadas por essa população e no compromisso social de retomada ao convívio social pleno.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 11 nov.2015.
2. Parente ACM, et al. Reform of psychiatric care in Brazil: reality and perspective. Revista de Enfermagem da UFPI, Piauí, v. 2, n. 2, p 66-73, 2013.
3. Lacchini AJ B, et al. A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. Revista Contexto Saúde. Ijuí, v.10, n. 20. Jan/Jun 2011.p: 565-8.
4. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciênc. saúde coletiva, 2006. v.11; n.3, p.785-795.
5. Macedo JQ, Silveira MFA, Eulálio MC. Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”. In: Silveira MFA, Santos Júnior HPQ. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos d desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. p. 181.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. 2004. 16 p. ISBN 85-334-0822-6
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, Art 1º, parágrafo único. Diário Oficial da União, 2000.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: O que são, para que servem. Série F. Comunicação e educação em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2015.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano VIII, nº12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015. p. 16-7
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. De Volta para Casa. Manual do Programa. 2003. Disponível em:

<<http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/de%20volta%20para%20casa.pdf>> Acesso em: 11 nov.2015.

11. Programa de transferência de renda do Governo Federal. De Volta para Casa. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/programa-de-volta-para-casa/Paginas/default.aspx>> Acesso em: 11 nov.2015.

12. Alves C, Coutinho I, Reis T, Mello R. Perfil de pacientes de três residências terapêuticas. R. pesq.: cuid. Fundam. Online 2010. Out/dez. p.149-52.

13. Lago EA, Machado RS, Vieira TS, Monteiro CFS. Perfil de moradores de serviços residenciais terapêuticos. Revista de Enfermagem da UFPI.2014; 3(1), p.10-7.

14. Cardoso L, Galera SAF. O cuidado em saúde mental na atualidade. Rev.Esc. Enferm. USP. 45(3), 2011.

15. Oliveira JR. Políticas Públicas de Saúde mental e reforma Psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001). Programa de pós-graduação em história. Universidade Federal de Pernambuco. [DISSERTAÇÃO], 2008.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

17. Barros AR. Demandas de saúde e experiências de mulheres na Busca pelo cuidado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem UFBA. Universidade Federal de Pernambuco. [DISSERTAÇÃO]. 2013

18. Busato MA, Gallina LS, Teo CRPA, Ferretti F, Pozzagnol M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. Rev.Baiana de Saúde Pública. Bahia, 38(3), 2014

19. Neri AL, Yassuda MS, Guariento ME, Borim FSA. Associações entre autoavaliação negativas de saúde e vulnerabilidade macroestrutural, social e de saúde em idosos: Estudo Fibra, Campinas, Brasil. PAJAR, 2(2). p.44-53, 2014.

20. Frank S, Santos SMA, Assman A, Alves KL, Ferreira N. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. RevEvelhecer, Rio Grande do Sul, 11. 2007

21. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados

22. Alves LC, Leite IC, Machado C J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Ciênc. saúde coletiva, v.13, n.4, Rio de Janeiro, July/Aug.2008.

23. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Ver Bras Fisioter*, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-9, jul./ago. 2010.
24. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *RevEscEnferm, USP*, 2007, v.41, n.2, p.317-25.
25. Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv*. 1976, v. 6, n.3, p. 493-508.
26. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa, LARR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n. 8, p.3317-3325, 2014.
27. Cavalcanti A; Galvão C. *Terapia Ocupacional – Fundamentação e prática*. Editora Guanabara Koogan. 1ª Ed. 2010.
28. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. *Dissertação: Regulamentação da defesa e normas de apresentação*. Universidade Federal de Pernambuco, 2011. Disponível em: <<http://www.ppgenfermagem.ufpe.br/images/normasdn.pdf>> acessado em: 11/01/2016.
29. Silveira LC; Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*, 2012 v.13, n.4, p,591-595. ISSN 0104-1169.
30. Millani HFB; Valente MLLC. O caminho da Loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD*, 2008. V.4.n.2. p 1-8.
31. Silveira MFA, Santos Júnior HPQ, Macedo JQ. A casa é o habitat humano. In: Silveira MFA, Santos Júnior HPQ. *Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos d desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB. p. 17-48.
32. Soares, MAS. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.
33. Vidal CEL; Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J. bras. psiquiatr.*, 2008. v.57, n.1.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Caminhos do Cuidado: caderno do tutor*. Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
35. Delgado PGG. Saúde Mental e direitos humanos: 10 anos da lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. (2011). v. 63, n. 2 p.1-5.

36. Brasil. Lei n 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001.
37. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev. Latino-Am Enfermagem. Brasília, 2001.
38. Souza AAP, Eulálio MC. “E agora, o que vai ser da gente?” – Fim de um hospital psiquiátrico: relato de caso em Campina Grande – PB. In: Silveira MFA, Santos Júnior HPQ. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos d desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. p. 95-113.
39. Frichebruder SC, Souza NG. A utopia da constituição do “mapa” da Reforma Brasileira. In: Silveira MFA, Santos Júnior HPQ. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos d desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. p. 65-94.
40. Palladini PCN. Dois anos e meio de lar abrigado no Juqueri. Arq. Saúde Ment. São Paulo, 1987. p.62-66.
41. Arbex D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. Editora Geração Editorial, 2015.
42. Leite L; Oliveira M. Projeto equipe itinerante: equipe multidisciplinar da Pensão Nova Vida. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
43. Furtado JP, Pacheco RA. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas análise de uma experiência. J Bras de Psiquiat 1998; 47(4): 179-84.
44. Braga-Campos F; Guarido E. Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. Cad. IPUB, 2006. v.12, n.22, p.141-8.
45. Guimarães J; Saeki T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). Hist., Cienc., Saude, 2001. v.8, n.2, p.357-74.
46. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Superintendência de Saúde Mental. As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida. – Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014 (Série E. Comunicação e educação em Saúde) 28 p. ISBN 978-85-86074-42-4
47. Furtado JP, Braga-Campos FC. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave. In: Silveira MFA,

Santos Júnior HPQ. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. p. 49-64.

48. Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface*, 2013. v.17 n.46.

49. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 que Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). 2011.

50. Oliveira JR. Políticas Públicas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001). [Dissertação]. Programa de pós-graduação em história. Universidade Federal de Pernambuco. 2008.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

52. Brasil. Decreto nº 22.593 de 22 de janeiro de 2007.

53. Aguiar BL. Serviços de Residências Terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado. [Dissertação] Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2009.

54. Recife, Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Plano municipal de Saúde 2014-2017. 18ªed. Recife, 2014. 84p..

55. Azevedo DM, Silva DS. Implantação e Funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revenferm UFPE online*. 2011.v.5 n.9. p.:2268-75

56. Terezinha R, Mayumi L; Nancy NL, Kawanichi K; Boarini L. Estado da arte sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2011, v.13 n.1. p.131-40

57. Brasil. Portaria 7508 de dezembro de 2011 de 2007.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº34. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

59. McEwen M; Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. Editora Artmed. 2ª edição 2007.

60. Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Santos JLF, Furegato ARF. Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014. 22(4). p.685-92.

61. Fink NB, Borba LO, Mazza VA, Chamma RC, Maftum MA. Educação em saúde na prática assistencial de enfermagem em saúde mental: Relato de experiência. *CiencCuidSaude*, 2012. 11(2).p.415-9.
62. Poças I, Ferreira AFT, Lourenço MJA, Vasco H, Abrantes I, Mendes P, et al. População residente de um hospital psiquiátrico:que saúde visual? *Saúde & Tecnologia*. 2008:25-9.
63. Rocon J, Lima S, Pereira MG. Qualidade de vida, morbidade psicológica e Stress Familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2015;31(1):87-96.
64. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
65. Alves LC, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
66. Alves LC, Leite IC, Machado C J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.4, Rio de Janeiro, July/Aug.2008.
67. Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília. 2012;21(3):395-406.
68. Mattos IE, Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brasil:a cross-section study. *BMC Geriatric*. 2014;14(47):1-6.
69. Candido MCFS, Furegato ARF. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. *SMAD*, Ribeirão Preto. 1(2), 2005.
70. Reinaldo AMS, Pillon SC. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. *Esc. Anna Nery*, v.11, n.4, Rio de Janeiro, 2007.
71. Soares AN, Silveira BV, Reinaldo, AMS. Serviço de saúde mental e a sua relação com a formação do enfermeiro. *Rev. Rene*, Fortaleza, 2010 jul-set, v.11, n.3, p. 47-56.
72. Cavalcanti PCS, Oliveira RMP, Caccavo PV, Porto IS. O cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. *Rev. Rene*, Fortaleza,2014. 12(1), p.111-9.
73. Brusamarello T, et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. *CogitareEnferm*, Paraná, 2009. 14(1), p.79-84.
74. InternacionalCouncilof nurses. Disponível em < <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>>. Atualização em 2015.

75. Townsend MC. Conceitos de Cuidados na prática baseada em evidências. Editora EGK., 2015.
76. Girade MG, Cruz EMNT, Stefanelli MC. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. RevEscEnferm USP. 2006; 2(40):105-10.
77. Paes MR, Borba LO, Labronici LM, Maftum MA. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. CiêncCuid Saúde. 2010; 9(2):309-316.
78. Fink NB, Borba LO, Mazza VA, Chamma RC, Maftum MA. Educação em saúde na prática assistencial de enfermagem em saúde mental: Relato de experiência. CiencCuidSaude, 2012. 11(2).p.415-9.
79. Lenardt MH, Pivaro ABR, Silva S. O cuidado de si dos idosos: previsibilidade dos agravos da doença crônica [Etapa I]. In: XV Jornada Paranaense de Geriatria e Gerontologia: desafios e conquistas na atenção ao idoso. Curitiba (PR); 2005.
80. Soares LC, Santana MG, Thofehrn MB, Dias DG. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. CiêncCuid Saúde. 2009; 8(1):118-123.
81. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto ; Contexto-Enfermagem, v.17, n.4, p.758–764, 2008.
82. Ursi ES; Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura, v.14, n.1, p. 124–13, 2008.
83. Stetler C, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, Sheridan E. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res, v.11, n.4, p.195–206, 1998.
84. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.
85. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. p.229.
86. Almeida Filho N, Baretto ML. Epidemiologia ; saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2006.
88. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Brasil. 2010. Rio de Janeiro.
89. Universidade Federal de Pernambuco. Núcleo de Atenção aos Idosos - NAI Formulário de Consulta de Enfermagem. UFPE, (Mimeo), 2013.

90. Brasil. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.
91. Diniz MH. Curso de Direito Civil Brasileiro. Teoria Geral do Direito Civil. Editora Saraiva. v.1, 32ª ed, 2015.
92. Katz et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, 1963.
93. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades de vida diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.103-112, 2008.
94. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. [text on the Internet]. New York; 2005. [cited 2005 Nov 25]. Available from: <http://www.hartfordign.org/>
95. Duarte YAO; Andrade CL; Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP, 2007; v.41 n.2.p.317-25.
96. LaPlante, M.P. The classic measure of disability in activities of daily living is biased by age but an expanded iadl/adl measure is not. Journal of Gerontology: Social Sciences, 2010. v. 65b. n.6, p.720–732.
97. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. v.9, n.3, p. 179-86, 1969.
98. Duque AS; Gruner H; Clara JG; Ermida JG. Avaliação Geriátrica Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). 2011. Disponível em: <http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf>.
99. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary care, 1994; v.21 n.1.p.55-67.

5.1 SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS SUBSTITUTIVOS: EXPERIÊNCIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO MUNDO

1. Chow WS, Priebe S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 169. doi:10.1186/1471-244X-13-169
2. Brasil. Ministério da saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. In Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005.

3. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, p.110-131, 2001.
4. Lammers C. Deinstitutionalization in Europe: Two Recent Examples from Germany and Hungary. *PsychiatriaDanubina*. 2010;22(3), 406–12.
5. Junqueira AM, Carniel IC. Olhares sobre a loucura: Os grupos na Experiência de Gorizia. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais Do Estado de São Paulo*. 2012;13(2), 12–22.
6. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an “open door-no restraint” system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2014;202(6), 440–5. Doi:10.1097/NMD.0000000000000142
7. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil : uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1), 297–305.
8. Organização Mundial de Saúde; Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. In Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (pp. 2–4). Caracas, Venezuela; 1990.
9. Organização das Nações Unidas. A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental; 1991. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/onu.pdf>
10. Organização Mundial de Saúde. Transition from hospital to community: a literature review on housing. Geneva; 1993.
11. Henckes N. Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis. *History of Psychiatry*. 2011;22(2), 164–81. Doi:10.1177/0957154X11401867
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto ; Contexto-Enfermagem*. 2008;17(4), 758–64.
14. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura 1. 2006;14(1), 124–31.
15. Stetler C, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4), 195–206.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. p.229.

17. Makhashvili N, van Voren R. Balancing community and hospital care: a case study of reforming mental health services in Georgia. *PLoS Medicine*. 2013;10(1), 1–5. Doi:10.1371/journal.pmed.1001366
18. Dahlan R, Midin M, Sidi H, Maniam T. Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: a 1-year follow-up study of re-hospitalization. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;1:127-33. Doi: 10.1111/appy.12058.
19. Petersen K, Nicholls TL, Groden D, Schmitz N, Stip E, Goldner EM, et al. Redevelopment of tertiary psychiatric services in British Columbia: a prospective study of clinical, social, and residential outcomes of former long-stay inpatients. *Schizophrenia Research*. 2013;149(1-3), 96–103. Doi:10.1016/j.schres.2013.05.022
20. Ramlall S. The Mental Health Care Act No 17 – South Africa. *Trials and triumphs: 2002-2012. African Journal of Psychiatry*.2012;15(6), 407–10. Doi:10.4314/ajpsy.v15i6.49
21. Nishio M, Ito J, Oshima I, Suzuki Y, Horiuchi K, Sono T, et al. Preliminary outcome study on assertive community treatment in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012;66(5), 383–9. Doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02348.x
22. Carta MG, Agaj A, Harapej E, Lecca M.E, Xhelili G, Altoé G, et al. Outcomes of discharged females versus those waiting for discharge from Vlore Psychiatric Hospital (Albania). *The International Journal of Social Psychiatry*. 2013;59(7), 682–9. Doi:10.1177/0020764012452353
23. Wu G, Ouyang X, Yang B, Li L, Wang Z, Yi W, et al. Long- and short-term inpatients with schizophrenia in China: implications for community-based service development. *Asia-Pacific Psychiatry : Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*. 2013;5(1), E39–46. Doi:10.1111/j.1758-5872.2012.00229.
24. Hamden A, Newton R, McCauley-Elsom K, Cross W. Is deinstitutionalization working in our community? *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011;20(4), 274–83. Doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00726.x
25. Dutra VFD. O cuidado oferecido a pessoas que vivenciaram a experiência da desinstitucionalização. *Ciência, Cuidado E Saúde*. 2011;10(2), 218–25. Doi:10.4025/ciencucuidsaude.v10i2.15683
26. Lund C, Oosthuizen P, Flisher AJ, Emsley R, Stein DJ, Botha U; et al. Pathways to inpatient mental health care among people with schizophrenia spectrum disorders in South Africa. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 2010;61(3), 235–40. Doi:10.1176/appi.ps.61.3.235

27. McInerney SJ, Finnerty S, Avalos G, Walsh, E. Better off in the community? A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(4), 469–73. Doi:10.1007/s00127-009-0086-5
28. Paxinos I, Kalantzi-Azizi A. Quality of life of residents of the community hostels of Leros-Greece: clinical and social functioning profile of the ex-patients. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2009;55(6), 483–95. Doi:10.1177/0020764009104280
29. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno, B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11): 858–66.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 11 nov.2015.
31. Correia VR, Barros S, Colvero L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011;45(6): 1501-6.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília; 2006.
33. Organização Mundial de Saúde. Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: Uma perspectiva Global. Lisboa; 2009.
34. Ferro LF. Trabalho territorial em Hospitais Psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2009;29(4):752-67.
35. Guimarães SL. Longa internação e suas práticas: relatos de vidas que dão vida a ficção e atravessam o campo da reforma. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2012;4(10).
36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.

5.2 PERFIL DE MORADORES DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DE RECIFE, PERNAMBUCO.

1. Brasil. Ministério Da Saúde. Portaria n. 106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União; 2000.

2. Silveira MFA, Santos Júnior HPO, Macedo JQ. A casa é o habitat humano. In: Silveira MFA, Santos Junior, HPO, organizadores. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB; 2011. p. 17-48.
3. Furtado JP, Braga-Campos F. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: Silveira MFA, Santos Junior, HPO, organizadores. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB; 2011. p. 49-65.
4. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):785-95.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano VIII, nº12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015. p. 16-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 11 nov.2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 19- Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>
8. Lago EA, Machado RS, Vieira TS, Monteiro CFS. Perfil de moradores de serviços residenciais terapêuticos. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2014;3(1):10-7.
9. Alves C, Coutinho I, Reis T, Mello R. Perfil dos pacientes de três residências terapêuticas de um hospital psiquiátrico municipalizado do estado do Rio de Janeiro. *R. pesq.: Cuid. Fundam. Online*. 2010; 2(Ed.Supl.), p.149-52.
10. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro dados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(6):1803-7.
11. Cayres AZF, Penin CB, Ribeiro MC, Costa MIS, Nagafuchi T. (Org.). Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo: FUNDAP; 2015.

12. Melo MCA, Albuquerque SGC, Luz JHS, Quental PTLF, Sampaio AM, Lima AB. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em Hospitais Psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. *Ciência& Saúde Coletiva*. 2015;20(2):343-52.
13. Barros NHS. Características Biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em Hospital Psiquiátrico de Campo Grande – MS [dissertação]. Mato Grosso do Sul:Programa de mestrado em Psicologia da UCDB, Universidade Católica Dom Bosco; 2007.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
15. Rosa LCS, Campos RTO. Etnia e gênero como variáveis sombra da saúde mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2012. 36(95).p. 648-656.
16. Rosa LCS. Transtorno Mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.
17. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul. 2011. 34(1).
18. Rosa LCS, Campos RTO. Etnia e gênero como variáveis sombra da saúde mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2012. 36(95).p. 648-656.
19. Frazão IS. Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar ; Eu trabalho e não sou doente mental? : o processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. [TESE]. Pernambuco: Programa de pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco; 2007.
21. Silva Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2014. 48(1)
- 21 Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington; 2011
- 22 Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília. 2012;21(4):539-48.
- 23 Coutinho AT, Popim RC, Carregã K, Spin WC. Integridade do cuidado ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: visão da equipe. *Esc. Anna Nery (impr.)*. 2013; 17(4):628-37.
- 24 Brasil. Ministério do trabalho e emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária. Departamento de Estudos e Divulgação. Especificações complementares para cursos de atualização e Especialização para gestores públicos. Brasília, 2010.
- 25- Salis ACA. Projeto de gerência de trabalho e inclusão social de usuários de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013. 33(3). p.758-771.

- 26 Curso de Direito Civil Brasileiro. Teoria Geral do Direito Civil. Editora Saraiva. v.1,32ª ed, 2015.
- 27 Lima MT, Nogueira FMD. O modelo brasileiro de assistência a pessoas com transtornos mentais: Uma revisão sistemática da literatura. RevBrasPromoç Saúde, Fortaleza, 2013. 26(1). p.128-138.
- 28 Romagnoli RC. Famílias na rede de Saúde Mental: um breveestudo. Psicologia em Estudo, 2001. 11(2).p. 305-314.
- 29 Pereira MAO, Pereira Júnior AP. Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev. Esc. Enferm USP. 2003;37(4):92-100
- 30 Barros S, Bichaff R. (Org.). Secretaria de Saúde de São Paulo. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo; 2008.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Emprego e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro; 2011.
- 32 Vieira TS, Monteiro CFS. Serviços residenciais terapêuticos: um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica. Rev NOVAFAPI 2010;3(3):44- 8.
- 33 Alencar BL, Aguiar BL. Serviços de residências terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado. [Dissertação]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2009.
- 34 Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática. 6ª ed. Editora: Artmed; 2001.
- 35 Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. Acta Paul Enferm. 2012;25(1), p. 48-54
- 36 Silveira MS, Vargas MM, Reis FP, Silva P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. Cad. Saúde Colet., 2011, 19 (1): p. 27-32

5.3 CAPACIDADE FUNCIONAL DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE RECIFE- PERNAMBUCO

1. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 11 nov.2015.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, Art 1º, parágrafo único. Diário Oficial da União, 2000.
3. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano VIII, nº12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015. p. 16-7
4. Townsend MC. Conceitos de Cuidados na prática baseada em evidências. Editora EGK; 2015.
5. Cavalcanti A, Galvão C. Terapia Ocupacional – Fundamentação e prática. 1ª ed. Editora Guanabara Koogan; 2010.
6. Katz, et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. 1963.
7. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades de vida diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008;24(1):103-12.
8. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº19. Brasília; 2006.
10. Universidade Federal de Pernambuco. Núcleo de Atenção aos Idosos - NAI Formulário de Consulta de Enfermagem. UFPE, (Mimeo), 2013.
11. Duque AS, Gruner H, Clara JG, Ermida JG. Avaliação Geriátrica Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). 2011. Disponível em: <http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf>.
12. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev. Saúde Pública. 2009;43(5):796-805.
13. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistical regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003;3:21. DOI: 10.1186/1471-2288-3-21
14. Mattos IE, Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brasil:a cross-section study. BMC Geriatric. 2014;14(47):1-6.

15. De Paula AFM, Ribeiro LHM, D'Elboux MJ, Guariento ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de geriatria. *Rev. Bras. Med. São Paulo.* 2013;11(3):212-8.
16. Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília.* 2012;21(3):395-406.
17. Bartoli S, Aguzzi L, Tarricone R. Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review *Urology.* 2010;75(3):491-500.
18. Dantas CMH, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de longa permanência. *Rev. bras. enferm. Brasília,* 2013. 66(6).
19. Rocon J, Lima S, Pereira MG. Qualidade de vida, morbidade psicológica e Stress Familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa.* 2015;31(1):87-96.
20. Oliveira BLCA, Barros MMP, Baima VJD, Cunha CLF. Avaliação das atividades instrumentais da vida diária em idosos da periferia de São Luís, Maranhão. *J Manag Prim Health Care.* 2012;3(1):43-7.
21. Ribeiro S. Diferenças do tipo de institucionalização na Orientação Espacial e temporal e nas actividades básicas de vida diária dos idosos. Programa de pós-graduação da faculdade de desporto da Universidade de Porto. [Dissertação], 2013.
22. Wagner LC, Fleck MPA, Wagner M, Dias MTG. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Rev. Saúde Pública,* 2006;40(4):699-705.

5.4 DEMANDAS CLÍNICAS DOS MORADORES DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica nº19.* Brasília; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.* Brasília; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.* Brasília; 2012.
4. World Health Organization. *Non communicable diseases country profiles 2011.* Geneva; 2011.

5. Macedo JQ, Silveira MFA, EulálioMC. Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”. In: Silveira MFA, Santos Júnior HPQ. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. p. 181.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2006.
7. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. RevEscEnferm USP, 2012. 46(3). p.641-9.
- 8 Fink NB, Borba LO, Mazza VA, Chamma RC, Maftum MA. Educação em saúde na prática assistencial de enfermagem em saúde mental: Relato de experiência. CiencCuidSaude, 2012. 11(2).p.415-9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000, Art 1º, parágrafo único. Diário Oficial da União, 2000.
10. Cavalcanti A, Galvão C. Terapia Ocupacional – Fundamentação e prática. 1ª ed. Editora Guanabara Koogan; 2010.
11. Katz, et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. 1963.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
13. Universidade Federal de Pernambuco. Núcleo de Atenção aos Idosos - NAI Formulário de Consulta de Enfermagem. UFPE, (Mimeo), 2013.
14. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. New York; 2005. Disponível em: <<http://www.hartfordign.org>>.
- 15; Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades de vida diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):103-12.
16. LaPlante, M.P. The classic measure of disability in activities of daily living is biased by age but an expanded iadl/adl measure is not. Journal of Gerontology: Social Sciences. 2010;65b(6):720-32.
17. Duque AS, Gruner H, Clara JG, Ermida JG. Avaliação Geriátrica Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). 2011. Disponível em: <http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf>.

- 18 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2015.
- 19 Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Santos JLF, Furegato ARF. Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014. 22(4). p.685-92.
- 20 Oliveira RM, Furegato ARF. Esquizofrenia e dependência de tabaco: uma revisão integrativa. *Revista eletrônica trimestral de enfermagem*, 2012. 25(2).
- 21 Kantorski LP, et al. O uso de tabaco entre usuários de centros de atenção psicossocial e serviços residenciais terapêuticos. *SMAD*, 2014. 10(1). P.17-22.
- 22 Oliveira RM, Furegato ARF. Opinião dos portadores de transtorno mental sobre o fumo e sua proibição na internação psiquiátrica. *RevEscEnferm USP*, 2014.48(3):500-6.
- 23 Melo MCA, Albuquerque SGC, Luz JHS, Quental PTLF, Sampaio AM, Lima AB. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em Hospitais Psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. *Ciência& Saúde Coletiva*. 2015;20(2):343-52.
- 24 Fink NB, Borba LO, Mazza VA, Chamma RC, Maftum MA. Educação em saúde na prática assistencial de enfermagem em saúde mental: Relato de experiência. *CiencCuidSaude*, 2012. 11(2).p.415-9.
- 25 Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Santos JLF, Furegato ARF. Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014. 22(4). p.685-92.
- 26 Mattos IE, Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brasil:a cross-section study. *BMC Geriatric*. 2014;14(47).
- 27 Poças I, Ferreira AFT, Lourenço MJA, Vasco H, Abrantes I, Mendes P, et al. População residente de um hospital psiquiátrico:que saúde visual? *Saúde & Tecnologia*. 2008:25-9.
- 28 Alves LC, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
- 29 Townsend MC. *Conceitos de Cuidados na prática baseada em evidências*. São Paulo: EGK; 2015.
- 30 Alves LC, Leite IC, Machado C J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.4, Rio de Janeiro, July/Aug.2008.
- 31 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

32 Damasceno NA, Ventura MP, Damasceno EF. Ocular diseases at geriatric clinics in Rio de Janeiro: social and epidemiological considerations among patients with motor locomotion déficit. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2015, 78(1).

33 Romani FA. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2015, 68(5).

34 Menezes RL, Bachion MM. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2012, 71(1).

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de dados

SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: DEMANDAS DE CUIDADO PARA A ENFERMAGEM

NÚMERO: _____

CAPS: _____

TR: _____

1) CARACTERIZAÇÃO					
1. Residência terapêutica (RT):			2. Distrito sanitário:		
Nome do morador: _____			CURATELADO: () SIM () Não		
3. Data de Nascimento: ____/____/____		4. ID: _____	5. Sexo: 1. () F 2. () M		6. Naturalidade: _____
7. Instituição de origem: _____			8. Quanto tempo passou nesse hospital de origem? _____		
9. Há quanto tempo você mora nesta Residência Terapêutica?					
Na casa onde você mora tem:		1. Sim	2. Não	Obs: NSA = Não se aplica	1. Sim 2. Não
Piso escorregadio				Degraus adequados e com sinalizações () NSA	
Presença de tapetes				Barras de apoio nos banheiros	
Presença de objetos desordenados				Assentos sanitários de altura adequada	
Armários difíceis de alcançar				Camas de alturas adequadas	
Iluminação adequada				Obstáculos no caminho	
Corrimão nas escadas: () NSA				Presença de animais	
10. Diagnóstico psiquiátrico: _____					
11. Possui família? 1. () Sim 2. () Não			12. Qual foi a última vez que teve contato? _____		
13. Possui trabalho? 1. () Sim 2. () Não			14. Tem uma profissão? 1. () Sim 2. () Não.		
16. Qual a renda mensal total do Sr(a)? 1. () Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 545,00) 2. () De 1-2 salários mínimos (De R\$545,00 a R\$1.090,00) 3. () De 2-4 salários (De R\$ 1.090,00 a R\$ 2.180,00) 4. () Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.180,00) 5. () Sem renda			15. Qual profissão? 17. Fonte de renda: _____		
18. Escolaridade: 1. () Nenhum 2. () Alfabetizado 3. () Ensino Fundamental incompleto 4. () Ensino Fundamental completo		5. () Ensino Médio incompleto 6. () Ensino Médio completo 7. () Superior incompleto 8. () Superior completo ou +		19. Cor/Raça: 1. () Branca 2. () Negra 3. () Parda 4. () Indígena 5. () Asiático	20. Situação Conjugal: 1. () Viúvo(a) 2. () Casado(a) 3. () Em um relacionamento 4. () Solteiro(a) 5. () Separado/divorciado(a)
2) DADOS PESSOAIS					
Fatores de riscos: 33. () Tabagismo/freq.: _____ 34. () Etilismo/freq.: _____ 35. () Cirurgias anteriores _____ 36. Alergias: _____					
37. Quedas: O senhor (a) já caiu depois que veio morar nessa casa? 1. () Sim 2. () Não					
38. Quantas vezes? Nº: _____ 39. Última vez que caiu: _____					
40. Tomou vacinas nos últimos anos? 1. () Sim 2. () Não			41. O senhor visita o dentista regularmente? 1. () sim, frequência: _____ 2. () não		
			42. Qual foi a última vez? _____		
95. Nos últimos 12 meses: 1. Influenza () 2. Pneumocócica conjugada 13 valente () 3. Pneumocócica conjugada 23 valente ()					
4. Tríplice Bacteriana (dTpa ou DT) () 5. Hepatite B () Outras: _____					
43. Toma alguma medicação: 1. () SIM 2. () NÃO			45. Quais os efeitos colaterais de medicações que o senhor(a) percebe? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
44. Medicamentos em uso: 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____					
3) HÁBITOS/COSTUMES					
46. Religião: 1. () Sim 2. () Não			49. Sono/Repouso: (pode marcar mais de uma)		
47. Qual a sua religião? _____			1. () Concilia bem sono noturno		
48. 1. () Praticante: 2. () não praticante			2. () Cochilos durante o dia		
			3. () Insônia		
			4. () Outros: _____		
50. Qual é o seu Lazer? 1. () TV 2. () Passear 3. () Leitura 4. () Conversar 5. () Outros: _____					

51. O Sr(a) pratica alguma atividade física? 1. () Sim 2. () Não
 52. Qual (is)? _____
 53. Duração e freq. Semanal: _____

4) ANAMNESE

54. Queixa principal (O senhor tem alguma queixa?): _____
 55. História da doença atual: _____

5) ANTECEDENTES CLÍNICOS

56. Familiares: 1.HAS() 2.DM() 3.Cardiopatias () 4.AVC () 5. Parkinson () 6.Nefropatias () 7.Neoplasias() 8. DT () 9. Doenças mentais () 10.Não sabe informar () 11.Outros: _____
 57. Pessoais: 1.HAS() 2.DM() 3.Cardiopatias () 4.AVC () 5. Parkinson () 6.Nefropatias() 7.Neoplasias() 8. DT () 9. Doenças mentais () 10.Não sabe informar () 11.Outros: _____

6) AVALIAÇÃO DAS AVD's – Escala de Katz

ATIVIDADES REALIZADAS	MORADOR		CUIDADOR	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
58. BANHO: Não recebe ajuda ou recebe ajuda parcial				
59. VESTIR-SE: Pega as roupas sem ajuda, exceto p/amarrar os sapatos				
60. HIGIENE PESSOAL: Vai ao banheiro, usa, se veste e retorna s/ ajuda				
61. TRANSFERÊNCIA: Deita, senta, levanta e deambula sem ajuda				
62. CONTINÊNCIA: Controla completamente fezes e urina				
63. ALIMENTAÇÃO: Come sem ajuda, exceto para cortar carnes				

*Classificação (1ponto para cada SIM do morador). SCORE: _____

64. Apresenta história de situação de rua? () Sim () Não
 65. Apresenta história de abandono familiar? () Sim () Não
 66. Apresenta história de perda de documentos? () Sim () Não
 67. Número de internamentos psiquiátricos durante a vida:
 1.() pelo menos 1 2.() pelo menos 2 3.() entre 3 e 10 internamentos 4.() Mais que 10 internamentos

9) MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

SSVV: T: _____ P: _____ bpm FR: _____ mr/min PA: _____ mmHg FC: _____ bpm

1) Avaliação Antropométrica

74. Peso: _____ 75. Altura: _____ 76. IMC (peso/altura²): _____
 77. IMC (peso/altura²), em Kg/m²:
 (0) IMC < 19 (1) 19 ≤ IMC < 21 (2) 21 ≤ IMC < 23 (3) IMC ≥ 23

78. Circunferência do Braço (CB), em cm: (0,0) CB < 21 (0,5) 21 ≤ CB ≤ 22 (1,0) CB > 22
 Circunferência da Panturrilha (CP), em cm: (0) CP < 31 (1) CP ≥ 31

79. Perda de peso nos últimos 3 meses:
 (0) maior que três quilos (1) não sabe (2) entre um e três quilos (3) não perdeu peso

2) Avaliação Global

80. Teve algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?
 (0) não (1) sim

81. Utiliza mais de 3 medicamentos por dia?
 (0) não (1) sim (2) não faz uso de medicamento

82. Problemas Neuropsicológicos:
 (0) demência ou depressão grave (1) demência leve (2) sem problemas psicológicos

83. Mobilidade:
 (0) restrito ao leito/cadeira de rodas (1) deambula mas não é capaz de sair de casa (2) deambula normalmente
 Registrar observação: _____

84. Lesões de pele ou escaras: (0) Sim (1) Não Qual?

3) Avaliação Dietética

85. Quantas refeições o senhor (a) faz por dia?
 (0) uma refeição (1) duas refeições (2) três refeições

86 O senhor (a) consome:
 ▪ Pelo menos uma porção de leite ou derivados por dia?
 () Sim () Não
 ▪ Duas ou mais porções de ovos ou leguminosas por semana?
 () Sim () Não

87. Consome duas ou mais porções de frutas ou vegetais por dia? (0) não (1) sim	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carne, peixe ou aves todos os dias? () Sim () Não (0,0) nenhuma ou uma resposta “sim” (0,5) duas respostas “sim” (1,0) três respostas “sim”
88. O consumo de alimentos diminuiu nos últimos três meses por causa de perda de apetite, problemas digestivos, dificuldade para mastigar ou deglutir? (0) diminuição severa (1) diminuição moderada (2) não teve diminuição	
89. Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, bebidas) ingere por dia? (0,0) menos de três copos (0,5) três a cinco copos (1,0) mais do que cinco copos	90. Modo de se alimentar (0) não é capaz de se alimentar sozinho (1) alimenta-se sozinho com alguma dificuldade (2) alimenta-se sozinho sem dificuldade
4) Auto-avaliação	
91. O senhor (a) acredita que tem algum problema nutricional? (0) desnutrição (1) não sabe responder (2) não tem problema nutricional	92. Em comparação com pessoas da mesma idade, como o indivíduo avalia a sua saúde? (0) não muito boa (0,5) não sabe responder (1,0) boa (2,0) melhor
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS =	93. CLASSIFICAÇÃO MAN: _____(Olhar quadro abaixo)

Fonte: GUIGOZ,

1994.

Tabela de Classificação do Estado Nutricional	Pontos de Corte
(0) Bem nutrido	> ou = 24 pontos
(1) Risco de desnutrição	17 ≥ 23,5 pontos
(2) Desnutrido	< 17 pontos
Obs: Pontuação máxima obtida	30 pontos

Fonte: GUIGOZ, 1999; HENGSTERMANN, 2000

10) EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Ótimo () Bom () Regular () Comprometido/debilitado

SISTEMA NERVOSO: Orientação: () Orientado () Desorientado

Estado emocional: () Ansioso () Confuso () Sonolento () Tranquilo

HIGIENE CORPORAL: () Higienizado () Não higienizado

→ **OLHOS:**Acuidade visual preservada: () Sim () Não; Uso de lentes corretivas () Sim () Não;

Uso de óculos () Sim () Não

→ **AUDIÇÃO:** () Sem anormalidades () Diminuída () Uso de prótese

→ **BOCA:** () Sem anormalidades () Exodontia () Uso de próteses

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

→ **Você apresenta algum problema para respirar ou no pulmão?** _____

Padrão respiratório: () Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradpnéico () Dispnéico

Presença de tosse:() Sim () Não. () Tosse seca () Tosse com expectoração _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

→ **Você apresenta algum problema no coração?** _____

Perfusão tissular periférica: () Normal () Lentificada () Cianose _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL : Eliminações Presentes () Sim () Não. Freq. diária _____

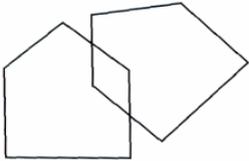
→ **Você apresenta algum problema intestinal?** _____

SISTEMA URINÁRIO: Eliminações Presentes () Sim () Não. Freq. diária _____

() Incontinência urinaria () Disúria () Polaciúria () Oligúria () Outros _____

→ **Você apresenta algum problema renal?** _____

Outras observações:

Mini-mental:	
<p>1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)</p> <p>Em que ano estamos? _____ Em que mês estamos? _____ Em que dia do mês estamos? _____ Em que dia da semana estamos? _____ Em que estação do ano estamos? _____</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>Em que país estamos? _____ Em que estado você mora? _____ Em que cidade você mora? _____ Em que casa nós estamos? _____ Em que rua nós estamos? _____</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)</p> <p>"Eu vou dizer três palavras pra você e vou pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Decore elas!" <u>Pente, rua, azul.</u> Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado.</p> <p>Pente _____ Rua _____ Azul _____</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)</p> <p>Subtrair: 100-7 (5 vezes)</p> <p>93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____</p> <p>Nota: _____</p> <p>4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)</p> <p>"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".</p> <p>Pente _____ Rua _____ Azul _____</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p>	<p>5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)</p> <p>a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos: Relógio _____ Lápis _____</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>b. "Repita a frase que eu vou dizer: <u>"Nem aqui, nem ali, nem lá"</u></p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>c. "Preste atenção! Vou lhe pedir para fazer 3 coisas: Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre o chão"; dar a folha segurando <u>com as duas mãos.</u></p> <p>Pega com a mão direita _____ Dobra ao meio _____ Coloca onde deve _____</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos _____</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve um pensamento, uma idéia completa; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (Escrever no espaço abaixo deste quadro)</p> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p> <p>6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)</p> <p>Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. (Fazer desenho no espaço abaixo mostrando a figura grande)</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <p style="text-align: right;">Nota: _____</p>

Realizar das atividades acima solicitadas no verso desta folha

94. TOTAL: _____

Total máximo: 30 pontos.
 Analfabetos: <15 pontos
 1 a 11 anos de escolaridade: < 22 pontos
 Com escolaridade superior a 11 anos <27 pontos

**APÊNDICE B : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
– Ao Morador Juridicamente capazes.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Aos moradores dos Serviços de Residências Terapêuticas juridicamente capazes)

Caro morador de Residência Terapêutica,

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Serviços de residências terapêuticas: Demanda de cuidados para Enfermagem”. que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Profa. Dr. Iracema da Silva Frazão (Endereço: R. Acadêmico Hélio Ramos, sn bloco A do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem. Cidade Universitária. CEP: 54783-010 - Recife-PE, PE – Brasil. Telefone: (81) 32718543).

Este termo de consentimento (autorização) pode conter algumas informações que o/a senhor(a) talvez não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte para a pessoa que está lhe entrevistando para que compreenda e esteja esclarecido sobre a sua participação nesta pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivo do Estudo: Essa pesquisa pretende investigar quais são as necessidades de cuidado para a enfermagem no dia a dia dos moradores das Residências Terapêuticas. Para isso a equipe da pesquisa realizará uma consulta de enfermagem com o senhor(a), para avaliar como está a sua saúde. Não será feito nenhum procedimento invasivo (como a retirada de sangue ou nada que vá machucá-lo fisicamente). Os possíveis riscos dessa pesquisa são considerados mínimos, e podem estar relacionados a sentimentos de constrangimento ao retratar questões pessoais, mas para isso não acontecer, essa consulta será realizada em um local reservado (onde só esteja o senhor e o pesquisador). Os benefícios desse estudo estão relacionados à oportunidade de participação em uma consulta de enfermagem e possível aumento de conhecimento diante das dúvidas que o senhor for apresentando. Além disso, essa pesquisa pode beneficiar também outros moradores de Residências Terapêuticas, que poderão ser melhor cuidados a partir das necessidades de cuidados que nós encontraremos aqui em Recife-PE.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (as entrevistas e os dados da consulta de enfermagem), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE:

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *Serviços de Residências Terapêuticas: Demanda de cuidados para Enfermagem*”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Recife-PE, _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome Testemunha 1

Assinatura

Nome Testemunha 2

Assinatura

**APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
– Ao responsável legal**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**(Aos moradores dos Serviços de Residências Terapêuticas juridicamente incapazes
ou não alfabetizados)**

Caro morador de Residência Terapêutica,

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Serviços de Residências Terapêuticas: Demanda de cuidados para Enfermagem”. que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Profa. Dr. Iracema da Silva Frazão (Endereço: R. Acadêmico Hélio Ramos, sn bloco A do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem. Cidade Universitária. CEP: 54783-010 - Recife-PE, PE – Brasil. Telefone: (81) 32718543).

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o/a senhor/a não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de desistir da participação na pesquisa em qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivo do Estudo: Essa pesquisa pretende investigar quais são as necessidades de cuidado para a enfermagem no dia a dia dos moradores das Residências Terapêuticas. Para isso a equipe da pesquisa realizará uma consulta de enfermagem com o senhor(a), para avaliar como está a sua saúde. Não será feito nenhum procedimento invasivo (como a retirada de sangue ou nada que vá machucá-lo fisicamente). Os possíveis riscos dessa pesquisa são considerados mínimos, e podem estar relacionados a sentimentos de constrangimento ao retratar questões pessoais, mas para isso não acontecer, essa consulta será realizada em um local reservado (onde só esteja o senhor e o pesquisador). Os benefícios desse estudo estão relacionados à

oportunidade de participação em uma consulta de enfermagem e possível aumento de conhecimento diante das dúvidas que o senhor for apresentando. Além disso, essa pesquisa pode beneficiar também outros moradores de Residências Terapêuticas, que poderão ser melhor cuidados a partir das necessidades de cuidados que nós encontraremos aqui em Recife-PE.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (as entrevistas e os dados da consulta de enfermagem), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) voluntário(a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE:

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado pelo meu representante legal, após a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Serviços de Residências Terapêuticas: Demanda de cuidados para Enfermagem”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento).

A rogo de _____, que é (não alfabetizado/juridicamente incapaz/ deficiente visual), eu _____ assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo.

Assinatura: _____ Local e data _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome Testemunha 1

Assinatura

Nome Testemunha 2

Assinatura

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE ANUÊNCIA



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Vanessa Vieira França**, mestranda em enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Serviço de Residências Terapêuticas da Coordenação de Saúde Mental, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Serviços de Residências Terapêuticas: Demanda de cuidados para enfermagem.", sendo orientada por Iracema da Silva Frazão.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 01 de agosto de 2014.

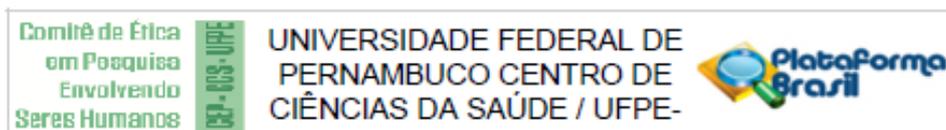
Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matricula nº 87.655-5

ANEXO 2 : Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: DEMANDA DE CUIDADOS PARA ENFERMAGEM

Pesquisador: IRACEMA DA SILVA FRAZÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37085914.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

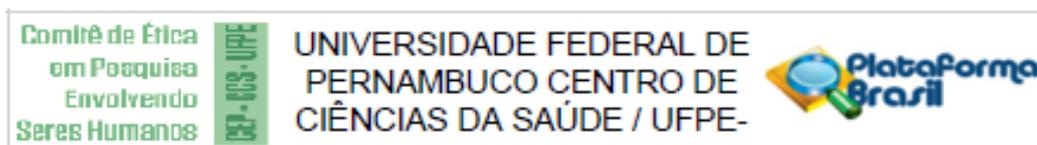
Número do Parecer: 859.731

Data da Relatoria: 04/11/2014

Apresentação do Projeto:

Através da portaria 108 de 11 de fevereiro de 2000, foram instituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em saúde mental. Estas instituições são casas inseridas na comunidade e que tem como público os portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e com laços familiares ausentes ou fragilizados que inviabilizassem sua inserção social. Essas instituições recebem a retaguarda dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades de Saúde da Família (USF) do território, além de contar com cuidadores de ensino superior e técnico para responder as demandas diárias de cuidado. A Prefeitura do Recife vem buscando alternativas para realizar formações e cursos de atualização para esses profissionais no tocante às necessidades clínicas do morador do SRT. Todavia, para que essas intervenções sejam mais eficazes, é necessário que seja investigado a situação de saúde desse grupo de moradores, além disso, faz-se importante conhecer como se dá a atuação dos profissionais nesses serviços, bem como as necessidades de conhecimento que os mesmos têm, a fim de realizar um diagnóstico prévio das reais necessidades desse grupo. Dessa forma, será possível realizar intervenções educativas construtivistas para contribuir de forma consistente com a mudança de uma realidade.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 859.731

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as demandas de cuidado para a enfermagem evidenciadas no cotidiano dos moradores dos Serviços de Residências Terapêuticas.

Objetivo Secundário:

- a) Descrever as características psicossociais, econômicas e demográficas da população estudada;
- b) Realizar avaliação da situação de saúde dos moradores dos serviços residenciais terapêuticos da cidade do Recife através de consultas de enfermagem;
- c) Apontar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para os moradores dos serviços residenciais terapêuticos;
- d) Descrever a estrutura física dos SRT em relação a segurança e acessibilidade;
- e) Investigar a opinião dos cuidadores sobre as suas principais demandas de conhecimento em relação ao manejo dos moradores dos SRT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

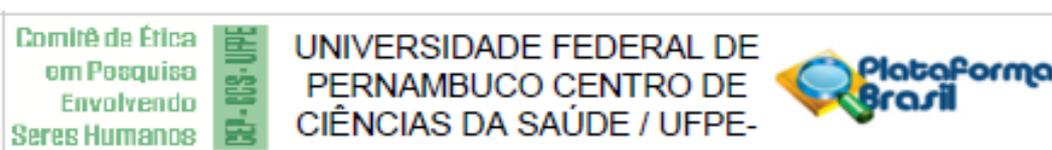
Considerando que o estudo não envolve procedimentos clinicamente invasivos, entende-se o risco envolvido no estudo como mínimo e relacionado a um possível constrangimento do participante ao tratar de questões pessoais. Para tanto, a equipe de pesquisa já vem pactuando com a gestão dos SRT para garantir a condição de privacidade ao entrevistado. Além da anuência da Secretaria de Saúde, a participação voluntária será garantida e condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a aprovação do projeto pelo CEP/UFPE.

Benefícios:

Os benefícios diretos deste estudo estão relacionados à oportunidade de sair da rotina, possível aumento de conhecimento sobre sua saúde ao ser submetido à uma consulta de enfermagem e uma possível sensação de conforto por ter seus sentimentos e ideias ouvidos e discutidos com um profissional de saúde. Já os benefícios indiretos podem estar relacionados à utilização das evidências de demandas de cuidado encontradas neste estudo para a elaboração de capacitações dos profissionais dos SRT.

Neste protocolo os Riscos de constrangimento dos participantes tanto moradores quanto profissionais estão corretamente previstos. Os Benefícios Diretos contribuem positivamente para

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 850.731

os moradores. Os Benefícios Indiretos estão mais relacionados aos profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

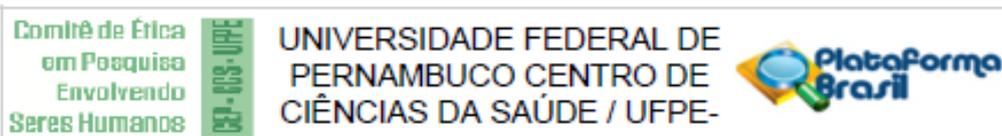
Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa e de características censitárias, que terá como população amostral 276 pessoas divididas em dois grupos: 1– composto por 240 moradores dos SRT (Serviços de Residências Terapêuticas) e 2– composto por 36 profissionais dos SRT da cidade do Recife. Como critérios de inclusão para os moradores: o participante deverá ser morador de um SRT da cidade do Recife há pelo menos um mês. Como critério de exclusão não apresentar condições físicas ou mentais que o habilitem a responder questões sobre sua vida pessoal, seja por desorientação psíquica ou por fragilidade física ocasionada por alguma morbidade. A avaliação/indicação desta condição será realizada previamente pelo profissional cuidador responsável pela casa. Os critérios de inclusão para os profissionais são: trabalhar em um dos SRT do Recife há pelo menos um ano e ter idade superior à 18 anos. Como critério de exclusão: não possuírem disponibilidade de tempo para participação, faltarem por três vezes aos encontros previamente agendados e aqueles em licença médica ou férias durante o período de coleta de dados. Para coleta de dados com moradores será realizada a consulta de enfermagem aplicando um roteiro de entrevista estruturada. Além de uma avaliação individualizada, será realizada a avaliação do ambiente físico da residência terapêutica, a fim de evidenciar possíveis riscos físicos para essa população. Para avaliação dos profissionais, será realizada Investigação das principais demandas de conhecimentos evidenciadas através de entrevista semi-estruturada com perguntas de caráter socioeconômico e três questões norteadoras, cujo conteúdo será devidamente ajustado à compreensão do voluntário participante no momento da entrevista.

Para análise dos dados obtidos dos moradores será utilizado o programa estatístico SPSS for Windows. Para análise das entrevistas com os profissionais, será empregado o software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE) versão para o Windows. Este programa utiliza métodos estatísticos e matemáticos para a análise do conteúdo textual através da repetição de radicais e palavras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta Folha de Rosto tendo IRACEMA DA SILVA FRAZÃO como Pesquisadora Responsável e assinada pela Vice-chefe do Departamento de Enfermagem do CCS da UFPE. A Carta de Anuência da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife autoriza a enfermeira VANESSA VIEIRA

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 850.731

FRANÇA, em cujo currículo consta como mestranda de Enfermagem, a realizar a pesquisa com o mesmo título da Folha de Rosto. Orçamento exequível. O Cronograma se inicia em 2015 e vai até 2016, com duas fases de coleta de dados e concluindo com um relatório à Prefeitura do Recife. Apresenta 03 modelos de TCLE e 02 modelos de instrumentos de coleta, um para os moradores e outro para os profissionais. Foram anexados os currículos da equipe de pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 05 de Novembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br