

**EMILIO FERNANDES VASQUES JUNIOR**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS  
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE  
PALMAS – TO**

**BRASÍLIA, 2010**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**EMILIO FERNANDES VASQUES JUNIOR**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS  
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE  
PALMAS – TO**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências  
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra  
Tomaz

BRASÍLIA, 2010

**EMILIO FERNANDES VASQUES JUNIOR**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS  
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE  
PALMAS – TO**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências  
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz- (presidente)  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Hartmut Günther  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro  
Universidade de Brasília

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Isolda de Araújo Günther (suplente)  
Universidade de Brasília

## RESUMO

A história do tratamento dos indivíduos com transtornos mentais evolui de uma época em que eram associados ao sobrenatural, seguido do entendimento por Philippe Pinel, na França do século XVIII, de que eram pessoas doentes e que necessitavam de tratamento, ficando isolados em hospitais. Este olhar alienista perdurou no Brasil com a construção de macro-hospitais na década de 40 e 50, manteve-se até a década de 70, época em que o tratamento baseava-se apenas no controle dos sintomas. No mesmo período, surgem movimentos questionando o tratamento asilar e um novo paradigma, no qual prevalece não mais focar na doença, e sim, produzir a saúde mental. A partir deste fato, um novo olhar, focado na participação e reinserção do usuário na família e na sociedade, tem como base o fechamento gradativo dos manicômios e a substituição por pequenas unidades de tratamento ambulatorial, denominadas Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessas duas últimas décadas, cresceu muito também o interesse em se estudar a qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais e as repercussões desta qualidade sobre o dia-a-dia. Observa-se que a qualidade de vida dessas pessoas não está relacionada apenas com a possibilidade de vida mais longa, pois viver com o transtorno é deparar-se com situações de discriminação, abandono, segregação, estigmatização, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. Este trabalho traz uma avaliação da qualidade de vida dos usuários do CAPS de Palmas, realizado no ano de 2009, por intermédio da utilização do Wisconsin - quality of life index (WQLI). Os dados foram analisados mediante estatísticas descritivas e de teste de  $\chi^2$  com  $\alpha = 0,05$ . Tratam-se de usuários, em sua maioria, jovens, solteiros, com baixa escolaridade, que vivem com os familiares e não possuem trabalho remunerado. A maioria está satisfeita com relação à sua vivência, acham que seu estado emocional e sua saúde física são bons, seguem as indicações médicas e acham fundamental a medicação para sua melhora, além de não considerarem os sintomas como importantes para sua qualidade de vida que foi considerada boa. As queixas se referem à falta de emprego e de apoio inconstante da família. Isso demonstra que, em uma análise com base subjetiva, apresentam uma boa qualidade de vida, contudo, se considerado critérios objetivos, fatores importantes, como emprego e suporte social mais estável, ainda são insatisfatórios e demonstram a necessidade de aprimoramento dos serviços nesta direção.

**Palavras-chave: qualidade de vida; CAPS; saúde mental.**

## **ABSTRACT**

The history of treatment of individuals with mental disorders has evolved from a time when they were associated with the supernatural, followed by the understanding by Philippe Pinel in France in the eighteenth century that they were sick and in need of treatment, being isolated in hospitals. This look alienist persisted in Brazil with the construction of large hospitals in the 40 and 50 remained until the '70s, in which treatment was based only on symptom control. At the same time, movements arise questioning asylum and a new treatment paradigm, in which prevails no more focus on disease, but rather produce mental health. From this fact, a new look, focusing on user participation and reintegration into the family and society, is based on the gradual closure of asylums and replacing them with small units of outpatient treatment, called Center of Psychosocial Attention (CAPS). In these last two decades has grown too much interest in studying the quality of life of people with mental disorders and impact of quality on the day - day. Well, it is observed that the quality of life of these people is not only related to the possibility of longer life, for living with this disorder are faced with discrimination, abandonment, separation, stigma, lack of social resources and financial breakdown in relationships and problems with sexuality. This paper provides an assessment of quality of life of users of CAPS Palmas conducted in 2009 using the Wisconsin - quality of life index (WQLI). Data were analyzed with descriptive statistics and test  $\chi^2$  test with  $\alpha = 0.05$ . It's users, mostly young, unmarried, low education, living with relatives and has no paid work. Most are satisfied with respect to their experience, think that your emotional state and physical health are good, follow the medical indications and find essential medications for its improvement as well as the symptoms do not consider as important to their quality of life that was considered good. Complain of lack of employment and family support fickle. This demonstrates that an analysis based on subjective provide a good quality of life, however, objective criteria are considered important factors such as employment and social support more stable, are still not satisfactory and demonstrate the need for improved services in that direction.

### **Assessment of quality of life of users of the Center for Psychosocial Care (CAPS) of Palmas - TO**

**Keywords: quality of life; CAPS; mental health.**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Atividades desenvolvidas pelos pacientes nas últimas quatro semanas antes da pesquisa.....	26
Figura 2 Atividades principais as quais se dedicam e atividades que gostariam de desenvolver.....	26
Figura 3 Nível de satisfação com relação à sua atividade principal.....	27
Figura 4 Estado emocional dos pacientes do CAPS quatro semanas antes de ser aplicado o questionário.....	29
Figura 5 Aspectos do incômodo emocional sentido pelos pacientes do CAPS durante o mês antes de responderem ao questionário.....	30
Figura 6 Estado da saúde física, segundo os pacientes do CAPS de Palmas que responderam ao questionário da pesquisa.....	32
Figura 7 Atividades nas quais participaram ou não os pacientes do CAPS recentemente.....	37
Figura 8 Pontuação dada pelos pacientes como indicação de sua qualidade de vida.....	42
Figura 9 Nível de expectativa dos pacientes do CAPS em atingir a qualidade de vida que desejam.....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização em percentual dos pacientes do CAPS de Palmas em 2009.....	23
Tabela 2 - Moradia e convivência dos pacientes do CAPS de Palmas que participaram da pesquisa.....	24
Tabela 3 - Nível de importância com relação à sua vivência.....	24
Tabela 4 - Nível de satisfação com relação à sua vivência.....	25
Tabela 5 - Respostas com relação à maneira como se sentia um mês antes de responder ao questionário.....	28
Tabela 6 - Sintomas de incômodo emocional e interferência na vida diária dos pacientes do CAPS.....	30
Tabela 7 - Nível de satisfação e importância da saúde física, segundo as respostas dos pacientes do CAPS.....	32
Tabela 8 - Medicação psiquiátrica e seus efeitos, segundo os pacientes do CAPS.....	33
Tabela 9 - Quesitos relacionados com o nível social de apoio (amigos, familiares e outras pessoas) dos pacientes do CAPS que participaram da pesquisa.....	35
Tabela 10 - Expectativas com relação ao tratamento médico.....	39
Tabela 11 - Escala de pontuação dada pelos pacientes aos três objetivos principais que esperam obter como resultado do seu tratamento em saúde mental.....	40
Tabela 12 - Atividades desenvolvidas pelos pacientes do CAPS nas últimas quatro semanas .....	40
Tabela 13 - Importância dos fatores na determinação da qualidade de vida, segundo os pacientes do CAPS.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

SUS – Sistema Único de Saúde

WQLI – Wisconsin -Quality of life index



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	1
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
2.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	5
2.2	QUALIDADE DE VIDA .....	11
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
4	MATERIAIS E MÉTODOS .....	17
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	17
4.2	LOCAL DA PESQUISA .....	17
<b>4.2.1</b>	<b>Estado do Tocantins .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Cidade de Palmas .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial de Palmas (CAPS) .....</b>	<b>19</b>
4.3	AMOSTRA.....	19
4.4	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	19
4.5	COLETA DE DADOS .....	20
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	20
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	21
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
5.1	EPIDEMIOLOGIA.....	22
5.2	NÍVEL DE SATISFAÇÃO .....	24
5.3	ATIVIDADES OCUPACIONAIS.....	25
5.4	BEM-ESTAR PSICOLÓGICO .....	27
5.5	SINTOMAS E ATITUDES.....	29
5.6	SAÚDE FÍSICA .....	31
5.7	ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....	33
5.8	RELAÇÕES SOCIAIS/APOIO .....	34
5.9	DINHEIRO.....	36
5.10	ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA .....	37
5.11	OBJETIVOS.....	38
5.12	QUALIDADE DE VIDA.....	41
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49
	ANEXO A - WISCONSIN - QUALITY OF LIFE INDEX (W-QLI).....	55

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFT .....	66
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS .....	68
APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	69

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, os indivíduos com doenças mentais eram temidos, devido às crenças que associavam a doença aos demônios ou ao sobrenatural e, conseqüentemente, eram maltratados, isolados, segregados, abandonados pela sociedade e pelas famílias. (1) O pensamento sobre essas crenças diminuiu com o tempo e com o aumento do conhecimento científico a respeito das doenças mentais, assim como com as mudanças nas atitudes culturais, religiosas e sociopolíticas. Até mesmo durante a idade média, a associação da doença mental com a feitiçaria e o sobrenatural continuava a predominar na comunidade européia. Contudo, paralelamente, começava a ocorrer uma mudança de atitude, considerando-se que os indivíduos estavam efetivamente doentes. (1) (2) (3)

Philippe Pinel (4), na França, no século XVIII, principiou um olhar diferente para os doentes mentais, pois até então esses ficavam acorrentados juntamente com os criminosos. Ele se notabilizou por ter considerado que os seres humanos que sofriam de perturbações mentais eram doentes e que, ao contrário do que acontecia na época, deviam ser tratados como doentes e não de forma violenta. (5) Em consonância com os tempos das Revoluções Francesa e Industrial com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, suas propostas aderiram ao ideário revolucionário, sendo representada em termos de “liberdade” no hospício, “igualdade” entre sãos e doentes e fraternidade, como filantropia e esclarecimento. (5) (4) (6)

O alienismo veio sugerir como uma possível solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania, mas que, também, para não contrariar aqueles mesmos lemas, não poderiam ser simplesmente excluídos. O asilo tornou-se então o espaço da cura da Razão e da Liberdade, da condição precípua do alienado tornar-se sujeito de direito. (2)

A assistência aos doentes no Brasil colonial era extremamente precária. A maior parte dos cuidados era prestada por curandeiros de todos os matizes. Os médicos formados eram raríssimos e mesmo os cirurgiões e barbeiros licenciados dificilmente eram encontrados, a não ser nos centros maiores e serviam principalmente às pessoas consideradas importantes. (7)

Foi entre o fim do século XVIII e o início do XIX, com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, que a medicina começou a tomar a forma atual. A Revolução Francesa, no plano político, e os avanços científicos relacionados com a Revolução Industrial, no plano econômico, foram as influências. O Brasil sofrera grandes transformações socioeconômicas e políticas. A corte portuguesa se mudara para o Rio de Janeiro, tangida pela invasão das tropas napoleônicas. (8)

O início da urbanização mudou a fisionomia do Rio de Janeiro que, por outro lado, criou, ampliou e expôs novos problemas sanitários. Um deles dizia respeito aos enfermos psiquiátricos que, se eram inoperantes nas pequenas comunidades rurais, tornavam-se visíveis e perturbadores no meio urbano. Cuidar deles se transformou em um ônus difícil de ser suportado até pelas famílias, tanto no plano objetivo como no subjetivo. (7) (8)

O Hospício do Rio de Janeiro, fundado em 1853, foi inaugurado como parte da comemoração da Declaração da Maioridade do Imperador Pedro II e já nasceu moderno, pois seguiu o recém-instituído modelo francês e serviu de paradigma para os demais que o seguiram. (9)

Othon Bastos (10) cita, ao descrever a realidade dos doentes mentais da época, referindo-se a uma visita feita pelo Conselho Geral de Salubridade no Grande Hospital de Caridade de Recife em julho de 1846:

Estavam os loucos em hospital. Havia “enfermarias” com “leitos” para os “doentes de medicina” ou “de cirurgia”. O “andar térreo” do estabelecimento – possível eufemismo de porão – era a “residência dos loucos” com “tarimbas” (“estrado de madeira onde dormem os soldados nos quartéis e posto de guarda; cama rude, dura e desconfortável”) sem colchão e lençol.

Este foi o início do sistema manicomial, que culminou na construção dos grandes hospitais psiquiátricos no Brasil. Assim, desde o início, o doente mental foi tratado com descaso, como alguém incapaz e que deveria ser segregado da sociedade.

Questionamentos de um tratamento inadequado, asilar, de marginalização do paciente psiquiátrico, nos manicômios, fizeram surgir, a partir da década de 70, movimentos como o realizado por Franco Basaglia e colaboradores na cidade de Trieste, na Itália, que acarretou no fechamento do manicômio da referida cidade e na criação de pequenas unidades para tratamento psiquiátrico, em nível ambulatorial,

surgindo um novo paradigma para o tratamento da doença mental que culminou em uma lei que fechou todos os manicômios da Itália. Este movimento foi disseminado para vários países e, no Brasil, resultou na reforma psiquiátrica brasileira. (7)

A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços evidenciados, tanto em nível local quanto nacional ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Alguns desses pontos podem ser assinalados, como a forma de alocação de recursos financeiros do SUS (Sistema Único de Saúde); o aumento considerável da demanda em saúde mental (novos casos); a diminuição dos gastos com internações psiquiátricas, o pouco repasse de verba para o novo modelo; as fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da equipe multiprofissional, assim como o estigma, o preconceito e a rejeição em relação à loucura. (11)

Entretanto, o pilar central para a sustentação deste processo são projetos terapêuticos ancorados na idéia de reinserção social, na busca da autonomia e cidadania do portador de transtorno mental. Embora cientes da importância da luta pelos direitos sociais, considera-se insuficiente para que se vençam os desafios impostos pela desinstitucionalização, pois há poucos recursos e investimentos públicos na área de saúde mental, sendo que somente 2% do orçamento da saúde no Brasil são investidos nesta área, enquanto outros países investem até 11% no campo da saúde mental. (12)

A reforma Psiquiátrica Brasileira, desencadeada pelas discussões do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) nos anos 80, avançou, por intermédio do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que culminou com a Lei nº 10.216/2001, que propõe a extinção gradativa dos manicômios, e a criação de serviços extra-hospitalares para o tratamento dos indivíduos que sofrem de transtornos mentais, como os NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial, posteriormente os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial (13) (14), que procuram resgatar a cidadania dessas pessoas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida deles e de seus familiares. Segundo Tenório (15), o que contribuiu de forma significativa com a reforma psiquiátrica brasileira foi a restauração da democracia e a intensidade das ações dos movimentos sociais que insistiam no direito do doente mental à cidadania, aliados não mais à discussão sobre curar o doente, mas adaptá-lo ao grupo e reabilitá-lo para as relações sociais.

Conforme Amarante (2), a reforma psiquiátrica nasceu dentro das instituições psiquiátricas, buscando superar a herança asilar e carcerária predominante nos hospitais psiquiátricos. Portanto, a expressão reforma psiquiátrica passa a expressar os movimentos reformistas de contemporaneidade, cuja ênfase se dá na promoção da saúde mental, buscando a humanização da assistência psiquiátrica dentro de um novo modelo, com ênfase ao tratamento ambulatorial.

Portanto, os CAPS oferecem um atendimento diário sem que o usuário precise estar internado. Desta forma, o atendimento procura ser personalizado e específico, respeitando a história de vida e a dinâmica familiar de cada indivíduo, enfatizando-se a busca pela autonomia, liberdade, emancipação, direito à voz e à escuta.

Os CAPS se organizaram como unidades regionalizadas que trabalham com o modelo da reabilitação psicossocial, com oficinas e atividades em grupo, desvinculadas do espaço hospitalar, e que podem funcionar em regime integral e parcial. Pode-se dizer que os CAPS são serviços comunitários que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem de transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. (14) Dentro desses serviços, devem-se garantir relações entre trabalhadores e usuários centrados no acolhimento, no vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social. (1) (16)

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Concluiu-se, com a aprovação pelo Congresso Nacional e a sanção do presidente da República, em 6 de abril de 2001, da Lei nº 10.216, um ciclo histórico da saúde pública no Brasil para promoção da reestruturação da assistência psiquiátrica no País. O processo teve início com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG) pela Câmara Federal, em 1989 e, posteriormente, encaminhado para apreciação do Senado, onde recebeu várias emendas e substitutivos. No que se denominou “reforma psiquiátrica”, a aprovação representou apenas a legalização institucional de um movimento que avançou de forma vigorosa desde o final dos anos 70 e durante toda a década de 1980. (17)

Faz-se necessário retornar a 1940 para compreender a política de assistência psiquiátrica da década de 1970. Preponderavam, na época, os hospitais públicos, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do País. Exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica os famosos asilos — como o Juqueri em São Paulo, o Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro e o São Pedro em Porto Alegre —, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. (18)

Perdurou de 1941 a 1954 a administração de Adauto Botelho à frente do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), caracterizando-se pela expansão dos hospitais públicos. O Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946, certamente propiciou esse crescimento, pois autorizava o serviço a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, arcar com as despesas de manutenção e pagar a folha salarial, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos. (19)

Sob a influência de Oswaldo Cruz, ele entendia que o asilo teria uma função preventiva e só deveria acabar quando a doença mental fosse erradicada. (20) O hospital psiquiátrico se afirmava cada vez mais como espaço de atuação, ao mesmo

tempo em que a psiquiatria lutava pelo seu reconhecimento como especialidade médica.

Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Aduino Botelho havia promovido, em sua gestão de 13 anos, um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Contudo, a situação caótica vigente não foi amenizada pela criação de novos hospitais, ao contrário, na década de 1950, os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o Hospital do Juqueri chegava a abrigar aproximadamente 13 mil doentes. (18)

Segundo levantamento feito por Sampaio (19), o período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados. Em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%). Esses últimos, embora em maior número, representavam apenas 19,3% dos leitos psiquiátricos, enquanto os públicos detinham 80,7%. Em 1961, o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos (40%) e 81 privados (60%). Notava-se, no entanto, um crescimento de 24,9% dos leitos psiquiátricos privados e uma diminuição de 75,1% dos leitos públicos.

Mas quando se observam os números dos 20 anos seguintes (1961 a 1981), percebe-se que o quadro se modificou completamente. Em 1981, os hospitais privados eram responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto os hospitais públicos possuíam apenas 29,4%. (18)

A partir do golpe de 1964, o novo modelo econômico em vigor caracterizou-se pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. Firmou-se uma aliança com os setores dominantes do capitalismo nacional e internacional. A princípio, o governo militar buscou sua legitimação como poder político junto aos grupos sociais excluídos, além dessa aliança, investiu-se na estratégia de ampliar a cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam. A contratação dos serviços de saúde da rede privada e a garantia da cobertura previdenciária para as classes trabalhadoras refletiram diretamente na área da saúde mental:

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados



aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda. (21)

Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado. (22)

A grande modificação no sistema de prestação de serviços previdenciários ocorreu com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em novembro de 1966. Com o processo de unificação dos institutos previdenciários, a extensão da assistência médica atingiu setores mais amplos da população. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados. (15)

O início da década de 1970 se caracterizou, no Brasil, pela crescente influência de propostas da psiquiatria comunitária que se apresentavam efetivas na Europa e, principalmente, nos Estados Unidos. Baseando-se nos conceitos preventivistas, lançados pelo professor Gerald Caplan, o decreto do presidente John F. Kennedy, em fevereiro de 1963, denominado *Community Mental Health Center Act*, redirecionava os objetivos da psiquiatria. A partir de então, seria incluída como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental. (23)

Tanto no âmbito institucional, pela recém-criada Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), como no acadêmico e associativo a influência das propostas preventivistas tornaram-se a referência maior de setores organizados da psiquiatria brasileira, em contraposição ao modelo hospitalar privado que se tornava hegemônico.

Em 1970, na cidade de São Paulo, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Durante o evento, foi lançada a Declaração de Princípios de Saúde Mental, em que se pôde observar o predomínio dessa corrente de pensamento. A postura preventivista era cada vez mais nítida também na esfera internacional, por meio das recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde. (18)

A Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em âmbito nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Estavam lançadas as raízes do que viria, dois anos depois, consagrar os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil: o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica. (24)

Aprovado em 19 de julho de 1973 pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, o manual privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares. Seu intuito era recuperar rapidamente o paciente para que ele voltasse às suas atividades normais. Nos casos em que fosse necessária a internação, esta deveria ser feita próxima à residência do indivíduo, com uma ampla e diversificada rede de serviços, evitando-se a internação em hospitais com mais de 500 leitos. Os princípios técnico-administrativos baseavam-se nos conceitos de integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal. Incentivava-se também a formação de equipes multiprofissionais e serviço extra-hospitalar como ambulatórios, emergências, pensões ou lares protegidos. O manual nunca saiu das intenções. (18).

Em janeiro de 1974, o Ministério da Saúde, por intermédio da DINSAM, expediu a Portaria nº 32 definindo, esta divisão como órgão normatizador e preconizando os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária. A portaria nada mais era do que a reedição de documentos anteriores, como o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica, o Plano Decenal de Saúde para as Américas e as Declarações de Princípios da ABP. (24) (25)

Embora a portaria ratificasse a posição oficial do Ministério da Saúde, este se encontrava política e financeiramente enfraquecido. Vivia-se um momento de crise do Governo Ernesto Geisel, provocado pelo fim do milagre econômico, em que se apresentava uma realidade de deterioração das condições de vida da população brasileira. Certamente distúrbios limitantes e crônicos como as doenças mentais não eram vistos como prioridade naquele momento. Em 1971, a assistência psiquiátrica respondia por 8,24% das despesas em assistência médica do INPS; em 1974, correspondia a apenas 5,73% e, no início da década de 1980, chegou ao patamar inferior de 4,25%. (18)

Em 1978, começa a ser constituído o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro. No contexto da redemocratização, surge, no Rio de Janeiro, o Movimento

dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. O MTSM, num primeiro momento, constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão do modelo a partir do conceito de desinstitucionalização incorporando críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, marcando sua entrada no aparelho público. (17) (8)

Quase uma década depois, o então Ministério da Previdência e Assistência Social aprovou, em 1982, um "Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária", plano que deveria ser implantado de forma gradual e progressiva pelo INAMPS. Os princípios específicos da área da saúde mental ali propostos novamente incluíam uma atenção predominantemente extra-hospitalar, a utilização de equipe multiprofissional, a inclusão em estratégia de atenção primária de saúde, a utilização de recursos e métodos intermediários entre o ambulatório e a internação integral, a utilização de internação integral pelo menor prazo possível apenas para aqueles pacientes que representem risco para si ou para terceiros e, finalmente, a promoção progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais. (25)

Em dezembro de 1987, no encontro dos trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru – SP, surgiu uma nova e fundamental estratégia. O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental, e passa a apostar na desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico, etc. O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica. (17) (26)

A década de 1980 assistiu ainda ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. Ao menos duas delas são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade. Outro marco inaugural dos novos paradigmas de cuidados em saúde mental no

Brasil é o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo. Funcionando desde 1987, o CAPS tornou-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira. (24)

No final da década de 80 e início da década de 90, uma série de diferentes iniciativas e documentos clama por um respeito aos direitos dos pacientes psiquiátricos que devem ter reconhecida sua cidadania, e por mudanças na legislação que regula a assistência psiquiátrica, particularmente no que concerne ao modelo hospitalocêntrico vigente e à questão das internações involuntárias. É de 1989 a Declaração de Luxor sobre os Direitos Humanos dos Doentes Mentais, da Federação Mundial para Saúde Mental e, no Brasil, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no País. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo. (27)

Em 1990, surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde, que pede a retirada do hospital de seu papel hegemônico, a reestruturação da assistência ligada ao atendimento em nível primário, o respeito aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, a formação de recursos humanos voltada para o atendimento comunitário e a revisão da legislação dos países. (17)

Finalmente, neste mesmo período, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas adota, em dezembro de 1991, os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental.

A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços, ainda apresenta muitos desafios e impasses que vão desde a gestão até mesmo à construção de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade (28). Alguns desses pontos podem ser vistos na alocação de recursos financeiros do SUS para o modelo assistencial proposto, e o aumento considerável da demanda em saúde mental como, por exemplo, aumento de usuários de álcool e outras drogas, depressão entre crianças e adolescentes, estresse na população, dentre outros.

Contudo, apesar de toda esta problemática encontrada, os CAPS buscam sustentação do novo modelo assistencial (extra-hospitalar), com estabelecimento de

meios que melhorem de fato as condições básicas de vida do paciente e da família; a necessidade de capacitar trabalhadores para lidar com essa nova perspectiva de tratamento; além de buscar modificar a concepção de loucura em todos os segmentos sociais envolvidos e, também, a idéia de que o tratamento do 'louco' só pode dar-se com o seu confinamento em hospitais psiquiátricos. O novo modelo está sempre ancorado na idéia de reinserção social, familiar, de programas de geração e renda e, desta forma, tenta promover autonomia e cidadania dessas pessoas. (27) Deve-se lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente como a ausência de doença. (29)

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA

Como uma das consequências do progresso da medicina, aparece o prolongamento na expectativa de vida, com tratamentos que não curam, mas que permitem o controle dos sintomas ou um retardo de seu curso natural. Com isso, há um prolongamento da vida à custa de um convívio com uma forma abrandada ou assintomática das doenças. Começou-se, a partir disso, a considerar de grande importância a forma como as pessoas vivem esses anos a mais. (30)

Usado de forma coloquial, o termo *qualidade de vida* (QV) é utilizado em duas vertentes, uma na concepções da linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas e uma segunda apresentação aparece no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde. (31) (32)

Iniciado na década de 70, o conceito de qualidade de vida como desfecho em saúde, surgiu nesse contexto, e algumas vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito atual como os estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e o bem-estar, indicadores sociais como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a psicologia positiva, a satisfação do cliente e o movimento de humanização da medicina. (30)

Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, o seu conceito ainda é polêmico. Na pesquisa de novas metodologias para tratamento e prevenção de doenças, surgiu a necessidade de se padronizar a sua avaliação, para tanto, a ciência médica precisou definir conceitualmente o que ela entende por qualidade de vida. A busca da operacionalização desse constructo e do desenvolvimento de instrumentos capazes de medi-lo exige empenho em níveis variados como conceituais, metodológicos, psicométricos e estatísticos. (30) (33)

*Estado de saúde, estado funcional, bem-estar, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde* são conceitos que costumam ser usados sem muita exatidão e de forma alternada, alguns distorcidos por uma visão eminentemente biológica e funcional ou sociais e psicológica. É pouco provável que uma definição seja apropriada para todos os usos ou indivíduos. Contudo, há uma considerável concordância que o constructo qualidade de vida é mais abrangente do que o estado de saúde, a saúde é somente um domínio. (30). Ao usarmos conceitos amplos de saúde, como o da OMS em que saúde é “um *status* de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (34), as medidas de status de saúde passam a ter intersecções significativas com as de qualidade de vida. As duas definições são diferenciadas por Gill e Feinstein (35) ao afirmarem que “qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do status de saúde, é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu *status* de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida”. A saúde depende de fatores individuais e psicológicos, mas, também, de fatores ambientais, socioeconômicos, culturais, históricos e políticos das comunidades e dos países onde os indivíduos estão inseridos. (36)

A qualidade de vida, nas últimas décadas, tornou-se então um novo paradigma e representa os ideais dessa medicina moderna, pois é um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e as relações desses domínios com características ambientais. (37)

Segundo Fleck (30), existem vários modelos teóricos subjacentes ao conceito de qualidade de vida, mas, associando-o à idéia central, é possível reunir em dois grandes grupos o modelo da satisfação e o modelo funcionalista. O primeiro é desenvolvido a partir de abordagens sociológicas e psicológicas de “felicidade” e de

“bem-estar” que relaciona a qualidade de vida à satisfação com os vários domínios da vida definidos pelo próprio indivíduo. Calman (38) sintetiza esse aspecto definindo a qualidade de vida como o “hiato entre expectativas e realizações”, demonstrando que o senso de satisfação é uma experiência muito subjetiva e está bastante associada ao nível de experiência. Assim, um indivíduo pode estar satisfeito com níveis diferentes de aquisições. O segundo modelo, de abordagem funcionalista, considera que o indivíduo, para ter uma boa qualidade de vida, precisa estar “funcionando”, isto é, desempenhando, de forma satisfatória, seu papel social e as funções que valoriza. A doença, desse modo, torna-se problemático na medida em que interfere nesses papéis e, implicitamente, a saúde é considerada o maior valor da existência. (39)

A ausência de consenso a respeito de um conceito em um campo novo de conhecimento é algo comum. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse é um conceito multidimensional e o que melhor traduz a abrangência desse constructo que incorpora, de forma complexa e bastante completa, envolvendo os diferentes domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. (37) (30) Três aspectos fundamentais estão implícitos nessa definição: a subjetividade, que é a perspectiva do indivíduo; a multidimensionalidade, uma vez que a qualidade de vida é composta por várias dimensões; e a presença de dimensões positivas e negativas, pois, para ter uma “boa” qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes e outros ausentes. (40)

A qualidade de vida está relacionada intimamente com um dos anseios básicos do ser humano de viver bem e sentir-se bem. Definir qualidade de vida ou seus conceitos mais próximos é uma preocupação antiga, no entanto, a busca de operacionalização desse constructo e o desenvolvimento de instrumentos capazes de medi-lo são complexos. Muitos pesquisadores buscam um meio-termo no debate entre uma abordagem completamente idiográfica, que enfatiza o indivíduo, e uma abordagem nomotética, que enfatiza o grupo e o geral. (30)

Para Burckardt (41), um dos principais problemas das pesquisas sobre qualidade de vida diz respeito ao conceito utilizado. Esses autores afirmam que eles

são, na maioria das pesquisas, unilaterais e, quase sempre, não levam em consideração a opinião de doentes ou de pessoas envolvidas com eles. Esses conceitos são chamados de unilaterais, porque foram construídos a partir da opinião de amostras de populações homogêneas (pesquisadores, populações saudáveis) sobre os aspectos que são importantes para a qualidade de vida do ser humano. Isto faz com que os pesquisadores avaliem as necessidades de populações diferentes daquelas que originaram o conceito.

Mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença podem desenvolver-se a partir de estudos na área de qualidade de vida. Os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida fornecem informações de como o processo de doença impede o bem-estar do paciente em várias áreas de sua vida e que podem ser direcionadas para as políticas de saúde com finalidade de melhoria da qualidade de vida da população. No campo econômico, a avaliação de qualidade de vida auxilia a definição da relação custo-benefício no impacto que uma doença pode determinar na capacidade produtiva de um sujeito, além de avaliar a qualidade dos recursos de saúde disponíveis. (42)

Nessas duas últimas décadas, cresceu muito também o interesse em se estudar a qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais e as repercussões desta qualidade sobre o dia-a-dia. Observa-se que a qualidade de vida dessas pessoas não está relacionada apenas com a possibilidade de vida mais longa, pois viver com o transtorno é deparar-se com situações de discriminação, abandono, segregação, estigmatização, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. (43)

Os estudos desenvolvidos por Lehman (44) e por Mcgilp (45) buscam identificar quais aspectos da vida do doente são afetados pela doença mental. Para Sylvester e Bean (46), o interesse é demonstrar que a qualidade de vida do doente mental é um fator importante que determina o tempo de permanência deste na comunidade, após uma internação psiquiátrica. Quanto melhor é a qualidade de vida na comunidade mais tempo o doente mental consegue permanecer em seu contexto social.

Existe uma intensa busca por instrumentos capazes de medir esta qualidade, e com o intuito de medir os diferentes domínios da vida dessas pessoas, a sua inserção na comunidade e na família, as novas propostas de intervenção, de



reorientação do tratamento visando potencializar aspectos ou domínios dessas pessoas e a definição de novas políticas públicas para o cuidado dos indivíduos com transtornos mentais.

Têm sido desenvolvidas, desde a década de 80, diferentes escalas para avaliar a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais. Porém, dificuldades freqüentes como o longo tempo na aplicação, a exigência de entrevistadores treinados e a ausência de estudos confiáveis de validação de suas propriedades psicométricas têm sido responsáveis pela inexistência de um instrumento universal que possa avaliar programas e tratamentos. Em uma revisão de literatura sobre 11 instrumentos de medida de Qualidade de Vida de pacientes psiquiátricos, Nieuwenhuizen e colaboradores (47) conseguiram identificar três deles com estudos de propriedades psicométricas bem conduzidos: QOL Scale (48); QOL Interview (49); Lancashire QOL Profile (50).

As escalas desenvolvidas mais recentemente, como a W-QLI, têm buscado superar as dificuldades levantadas nessa primeira geração de instrumentos e têm merecido, desde a sua formulação, em 1993, diferentes estudos que a defendem como um instrumento adequado à avaliação da qualidade de vida e de sua relação com programas e/ou tratamentos específicos voltados para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (51).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial de Palmas – TO.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários;
- Caracterizar os diferentes domínios da qualidade de vida dos entrevistados;
- Avaliar a satisfação dos pacientes com o tratamento realizado no CAPS;
- Comparar a qualidade de vida dos usuários do CAPS de Palmas – TO com resultados de estudos semelhantes;
- Avaliar a relação dos pacientes com álcool e drogas ilícitas;
- Relacionar a qualidade de vida dos pacientes com o novo paradigma da psiquiatria.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, referente ao período de janeiro a dezembro de 2009 e que avaliou a qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais acompanhados pelo CAPS – Palmas - TO, a partir da escala *Wisconsin-Quality of life index (WQLI)*.

O estudo descritivo tem o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento em termos quantitativos e os dados obtidos devem ser apresentados em forma de tabelas e gráficos e utilizados para identificar grupos de risco e sugerir explicações para as variações de frequências. Na modalidade de investigação de estudo transversal “causa” e “efeito” são detectados automaticamente e as relações entre exposição e doença analisadas, construindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento. Tem como vantagem o baixo custo, rapidez, objetividade, é uma boa opção para descrever as características dos eventos na população e útil para planejamento de saúde. As limitações principais são em condições de baixa prevalência, possibilidade de erros de classificação, dados da exposição atual podem não representar a passada, não determina o risco absoluto. (52)

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

#### 4.2.1 Estado do Tocantins

Aproveitando um momento oportuno para mobilizar a população em torno de um projeto de quase um século e pelo qual lutaram muitas gerações, no ano de 1987, ocorreu a autonomia política do norte goiano, já batizado Tocantins. O mais novo estado das 27 unidades federativas do Brasil está localizado a sudeste da Região Norte e tem como limites o Maranhão a nordeste, o Piauí a leste, a Bahia a sudeste, Goiás ao sul, Mato Grosso a sudoeste e o Pará a noroeste. Ocupa uma área de 277.620 km<sup>2</sup>, pouco menor que o Equador. As maiores cidades do estado

são respectivamente: Palmas, Araguaína, Gurupi, Porto Nacional e Paraíso do Tocantins. Juntas, estas cinco cidades abrigavam em 2009 cerca de 36,5 % da população total do estado. A economia se baseia no comércio, na agricultura (arroz, milho, feijão, soja, melancia), na pecuária e em criações.(53)

#### **4.2.2 Cidade de Palmas**

Palmas é a capital e também a maior cidade do estado do Tocantins. A cidade foi fundada em 20 de maio de 1989, logo após a criação do Tocantins pela Constituição de 1988. Antes desta data, Palmas foi planejada inicialmente pelos arquitetos Luiz Fernando Cruvinel Teixeira e Walfredo Antunes de Oliveira Filho, sendo que a partir daí, a cidade começou a ser construída pelos trabalhadores que vieram do interior do Tocantins e de vários outros estados do país. Entretanto, somente a partir do dia 1º de janeiro de 1990, é que passou a ser a capital definitiva do estado, já que antes a cidade ainda não possuía condições físicas de sediar o governo estadual, que estava alocado temporariamente no município vizinho de Miracema do Tocantins.

Após vinte anos, a população chega aos duzentos mil habitantes. Setenta por cento das quadras habitadas já estão pavimentadas. O mesmo ocorrendo com saneamento básico e água tratada que chega a 98% da população.

Segunda capital mais segura do Brasil (superada apenas por Natal - RN) é também a última cidade do século XX completamente planejada, já que a cidade nasceu e foi projetada desde o início para ser a capital do estado do Tocantins, sendo também a mais nova capital estadual do país. (53)

A rede de saúde mental da cidade é composta por 10 leitos de psiquiatria no Hospital Geral de Palmas (HGP), atendimento ambulatorial em três pontos do município, distribuídos nas regiões norte, centro e sul além de uma unidade para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad) e uma unidade do CAPS II.

### 4.2.3 Centro de Atenção Psicossocial de Palmas (CAPS)

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial de Palmas – TO, localizado na quadra 704 sul, alameda 6, lote 17. O órgão faz parte do Serviço de Saúde Mental do município e funciona desde 1998. Atualmente, o serviço é classificado como CAPS II e mantém, em atendimento, 189 pacientes, acompanhados por uma equipe multidisciplinar nas categorias intensiva (frequência diária), semi-intensiva (2 a 3 dias por semana) e não intensiva (1 a 2 vezes por quinzena).

### 4.3 AMOSTRA

- Os critérios de inclusão para composição da amostra são: ser usuário do CAPS Palmas – TO, em qualquer dos sistemas de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) no período de janeiro a dezembro de 2009 e ter idade entre 18 e 70 anos.
- Foram excluídos todos os pacientes que apresentaram desorientação, de acordo com o parecer do médico psiquiatra, e que não conseguiram compreender a finalidade da pesquisa em questão, os que tiveram alta médica do serviço no ano de 2009, antes do início da coleta dos dados, e os que, de forma espontânea, recusaram-se a participar da coleta de dados.

### 4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados os prontuários e a *Wisconsin-Quality of life index*.

De acordo com Pitta (54), desde os anos 80, o número de escalas que têm sido desenvolvidas para avaliar a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais severos tem sido expressivo. Contudo, a autora identifica como dificuldades mais presentes nas diferentes escalas disponíveis o longo tempo na sua aplicação, uma exigência de entrevistadores especialmente treinados, a ausência de estudos

confiáveis de escalas psicométricas de qualidade de vida e a inexistência de instrumento que possa avaliar tratamentos e qualidade de vida.

O instrumento de avaliação *Wisconsin - Quality of life index*, para pacientes psiquiátrico trabalha com o paciente em diferentes domínios da vida, como: indicadores socioeconômico-demográficos, ocupacionais e de atividades, psicológico e de bem-estar, sintomas mentais, sintomas físicos e de saúde, relações de reunião social de suporte, finanças, atividades de vida diária. Ela ainda é composta de oito subescalas que se agrupam para o escore final, incluindo escalas já estudadas e conhecidas. Os estudos iniciais de validação foram feitos com pacientes esquizofrênicos de forma simultânea no Brasil e Canadá.

Ainda segundo Pitta, o instrumento foi construído para ser autoaplicável, com o paciente determinando o peso de cada artigo na sua vida baseado na sua própria percepção. Contudo, no Brasil, são necessários entrevistadores treinados, considerando o universo sociocultural dos usuários e o tempo para ser aplicado é de aproximadamente 30 a 40 minutos.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Após a seleção da amostra, conforme os critérios de inclusão e exclusão pelo pesquisador, foi enviado um convite ao paciente e a um familiar responsável, contendo data e horário para comparecimento ao CAPS de Palmas - TO, onde eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa. Foi apresentado, de forma clara, o termo de consentimento livre e esclarecido e então foram convidados a participar do estudo respondendo ao questionário.

Os dados foram coletados por estudantes universitários treinados e supervisionados pelo pesquisador, conforme cronograma, e foi utilizado o questionário Wisconsin-Quality of Life Index (W-QLI).

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins - UFT processo número 0044/2009 e da Prefeitura Municipal de Palmas número 08-0209. A pesquisa seguiu os princípios éticos, de acordo com

a Resolução nº 196/96 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e que determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, respeitando, para isto, toda a privacidade do ser humano que será pesquisado. Foi elaborado um termo de consentimento livre e claro, de acordo com as normas do Conselho Nacional de Pesquisa do Ministério da Saúde (55), que foi lido e explicado de forma clara, além de terem sido esclarecidas todas as dúvidas do paciente e seu familiar na data e horário previamente agendados.

Os sujeitos pesquisados, caso quisessem, poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isto trouxesse qualquer prejuízo para seu atendimento.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados construindo, para as variáveis, tabelas e figuras com frequências absolutas e relativas. A variável quantitativa contínua (horas trabalhadas) foi analisada usando uma medida de tendência central e uma de dispersão. O teste de qui quadrado ( $\chi^2$ ), com correção de Yates (para graus de liberdade igual a 1) e  $\alpha = 0,05$ . As análises dos dados foram feitas com o auxílio de Epi Info, versão 3.5.1 e Bio Estat 5.0, sendo programas de distribuição livre.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 EPIDEMIOLOGIA

A caracterização socioeconômica e demográfica dos pacientes do CAPS de Palmas que participaram do estudo encontra-se na Tabela 1. Os diagnósticos sindrômicos dividem-se da seguinte maneira: quadros psicóticos (F20 a F29) constam como diagnóstico para 39 usuários, 22 entrevistados com transtornos de humor (F30 a F33) apresentam quadro de transtornos mentais e comportamentais, devido à lesão e disfunção cerebral e a doença física (F06), doze pacientes e apenas um usuário tem diagnóstico de retardo mental. A distribuição por gênero não difere estatisticamente ( $\chi^2_{\text{corrigido}}=0,014$ ;  $P=0,9$ ) da esperada (1:1). O maior percentual de pacientes é jovem, abaixo de 40 anos (58%), sendo o paciente mais idoso de 70 anos. A maioria dos pacientes (46%) identifica-se pela cor “parda” (Tabela 1). Mais de 50% dos pacientes são solteiros, sendo 15 casados ou convivem com outra pessoa sem ter oficializado a união. Com relação à escolaridade, esta variou amplamente (Tabela 1), são encontrados desde analfabetos (8%) a com curso superior completo (4,1%), sendo que a maioria dos pacientes diz ter alguns anos de estudo (primeiro grau incompleto = 44%). A maioria dos pacientes (31%) que participou da pesquisa vive da renda familiar. Para 30%, o auxílio-doença é a fonte de sustento e, para 20%, os rendimentos provêm de pensão privada ou aposentadoria (Tabela 1)

Com relação à moradia, a maioria dos pacientes (89%) mora em casa ou apartamento (próprio ou alugado) e é neste tipo de residência que também gostariam de morar 93% dos pacientes do CAPS (Tabela 2). Apenas um paciente diz ter morado na rua (desabrigado) no mês anterior à aplicação do questionário. Dos cinco pacientes que moram em quartos alugados, apenas um está satisfeito com a condição.

A maioria dos pacientes do CAPS (62%) mora com seus familiares, sendo que 17 moravam com seus companheiros (as) ou cônjuges.



Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes do CAPS de Palmas em 2009

VARIÁVEL	amostra		total		
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
	Feminino	36	48,60	96	50,80
	Masculino	38	51,40	93	49,20
<b>Faixa Etária</b>					
	20 a 29 anos	17	22,97	30	15,87
	30 a 39 anos	26	35,14	60	31,74
	40 a 49 anos	18	24,32	52	17,51
	≥ de 50 anos	13	17,57	47	24,86
<b>Diagnóstico sintomático</b>					
	Quadros psicóticos (F20 a F29)	39	52,70	120	63,49
	Transt. de humor (F30 a F33)	22	29,73	47	24,86
	Transt. orgânico (F06)	12	16,21	15	7,93
	Retardo mental	1	1,35	6	3,17
	Quadro demencial	0	0	1	0,52
<b>Cor</b>					
	Negra	14	18,90	62	32,80
	Amarela	2	2,70	2	1,05
	Branca	24	32,40	34	17,98
	Parda	34	45,90	91	48,14
<b>Estado Civil</b>					
	Solteiro	41	56,20	108	57,14
	Casado/União cons.	15	20,50	49	25,92
	Divorciado	9	12,30	21	11,11
	Viúvo	8	11,00	11	5,82
<b>Número de Uniões</b>					
	Nenhuma	16	26,70	76	49,21
	Uma	27	45,00	71	37,56
	Mais de uma	17	28,30	32	16,93
<b>Grau de Escolaridade</b>					
	Analfabeto	6	8,20	27	14,28
	1º Grau incompleto	32	43,80	99	52,38
	1º Grau completo	6	8,20	13	6,87
	2º Grau completo	20	27,40	41	21,69
	Superior incompleto	1	1,40	3	1,58
	Superior completo	3	4,10	6	3,17
<b>Renda</b>					
	Renda cônjuge	2	2,70	13	6,87
	Emprego remunerado	6	8,10	19	10,05
	Outras	6	8,10	12	6,35
	Renda familiar	23	31,10	57	30,15
	Aposentadoria/auxílio doença	37	50,00	88	40,56

Tabela 2 - Moradia e convivência dos pacientes do CAPS de Palmas que participaram da pesquisa

VARIÁVEL		n	%	n	%
<b>Moradia</b>		<b>Onde mora</b>		<b>Onde gostaria de morar</b>	
	Apartamento/Casa	66	89,20	69	93,10
	Quarto Alugado	5	6,80	1	1,40
	República	1	1,40	1	1,40
	Desabrigado	1	1,40	0	0,00
	Outros	1	1,40	3	4,10
<b>Convivência</b>		<b>Com quem mora</b>		<b>Com quem gostaria de morar</b>	
	Sozinho	3	4,05	8	10,00
	Pais ou outros familiares	52	70,27	43	53,50
	Cônjuge	17	22,97	29	36,50
	Amigos	2	2,70	0	0,00

## 5.2 NÍVEL DE SATISFAÇÃO

Na Tabela 3, são apresentados os dados relativos aos níveis de importância de diferentes domínios da vida cotidiana. A somatória das freqüências das 10 perguntas individuais apresenta um valor que foi considerado para estabelecer o nível de importância deste quesito. O maior total foi para o quesito muito importante, seguido de moderadamente importante (Tabela 3). Segundo as respostas, os dois extremos da variável categórica (nada e extremadamente) apresentam as menores freqüências, 85 e 76, respectivamente.

Tabela 3 - Nível de importância com relação à sua vivência

Quanto é importante para você	Nível de importância					N
	Nada	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremadamente	
Gasta seu tempo	8	12	22	26	5	73
Confortável sozinho	39	7	8	17	2	73
Moradia	4	5	14	41	9	73
Vizinhança	7	15	26	21	2	71
Comida	-	6	25	34	8	73
Roupa	4	7	18	37	6	72
Serviço de Saúde	2	2	10	41	18	73
Transporte	2	13	20	31	8	74
Vida Sexual	13	20	15	18	8	74
Segurança Pessoal	6	11	17	29	10	73
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>98</b>	<b>175</b>	<b>295</b>	<b>76</b>	

Considerando o nível de satisfação com relação à sua vivência, a maioria está moderadamente satisfeita ou muito satisfeita em relação a oito dos 10 itens avaliados (Tabela 4). Os itens com os quais estão menos satisfeitos são “sentir-se confortável sozinho” e “vida sexual”, com 37 e 25 pacientes marcando as categorias “muito insatisfeito” e “moderadamente satisfeito”, respectivamente. Ao contrário, os itens “comida” e “serviço de saúde” apresentaram as maiores freqüências para as categorias “moderadamente satisfeito” e “muito satisfeito”.

Tabela 4 - Nível de satisfação com relação à sua vivência

Quanto é importante para você	Nível de satisfação							n
	Muito insat.	Moderad. insat.	Um pouco insat.	Nem satis. nem insat.	Um pouco satis.	Moderad. satis.	Muito satis.	
Gasta seu tempo	8	8	9	11	5	15	17	73
Confortável	30	7	10	8	3	7	7	72
Sozinho								
Moradia	4	5	6	8	6	19	25	73
Vizinhança	5	4	4	15	9	19	13	69
Comida	1	3	5	10	7	24	23	73
Roupa	2	5	2	7	14	19	24	73
Serviço de Saúde	3	0	4	6	5	22	33	73
Transporte	4	6	11	12	8	16	14	71
Vida Sexual	15	10	6	15	3	7	17	73
Segurança	4	4	12	9	13	14	18	74
Pessoal								
	26	52	69	101	73	162	191	

### 5.3 ATIVIDADES OCUPACIONAIS

Dos 72 pacientes que responderam a questão, quarenta e dois por cento disseram ter parado de estudar ou trabalhar (Figura 1). Com relação às horas por semana dedicadas a atividades como escola ou trabalho, quarenta e oito responderam que não desenvolvem nenhuma dessas atividades, dezessete pacientes disseram que se ocupam destas atividades entre uma e 40 horas semanais, sendo a moda= 20 horas (Freqüência = 4). Dos 73 pacientes que responderam à questão relativa aos afazeres domésticos, dezenove afirmaram que não dedicam nem uma hora a essas atividades. Os demais responderam que se dedicam entre duas e 50 horas a atividades ligadas aos afazeres domésticos. A

grande variabilidade nas respostas, com relação às horas trabalhadas nas residências, pode ser estimada pelo desvio padrão calculado ( $\bar{x} = 14,52 \pm 12,54$  horas).

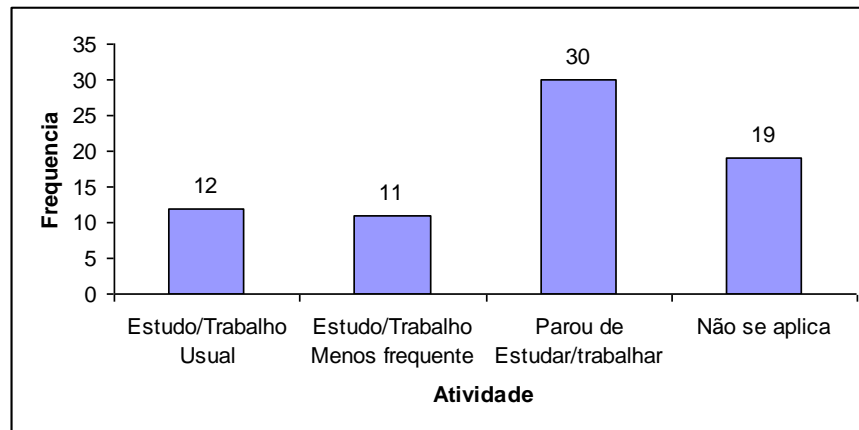


Figura 1 Atividades desenvolvidas pelos pacientes nas últimas quatro semanas antes da pesquisa

Todos os 74 pacientes do CAPS responderam s perguntas relacionadas com as atividades que mais se dedicam e com as que gostariam de realizar. Como pode ser observado na Figura 2, 65% (n=48), eles gostariam de trabalhar como empregados, mas somente 9,4% (n=7) conseguiram um posto de trabalho. Apenas um paciente diz gostar de ter como atividade principal o programa de tratamento/reabilitação.

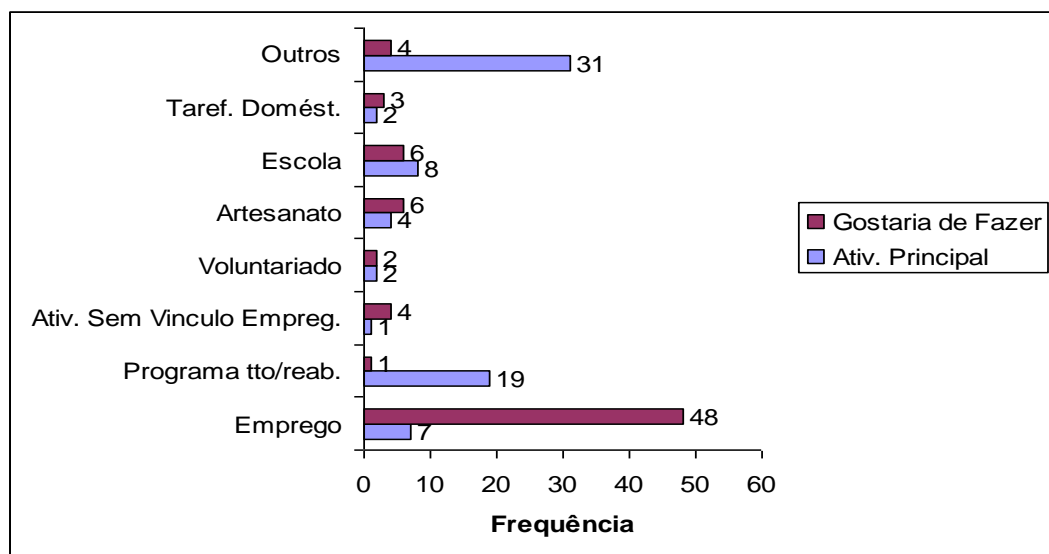


Figura 2 Atividades principais as quais se dedicam e atividades que gostariam de desenvolver

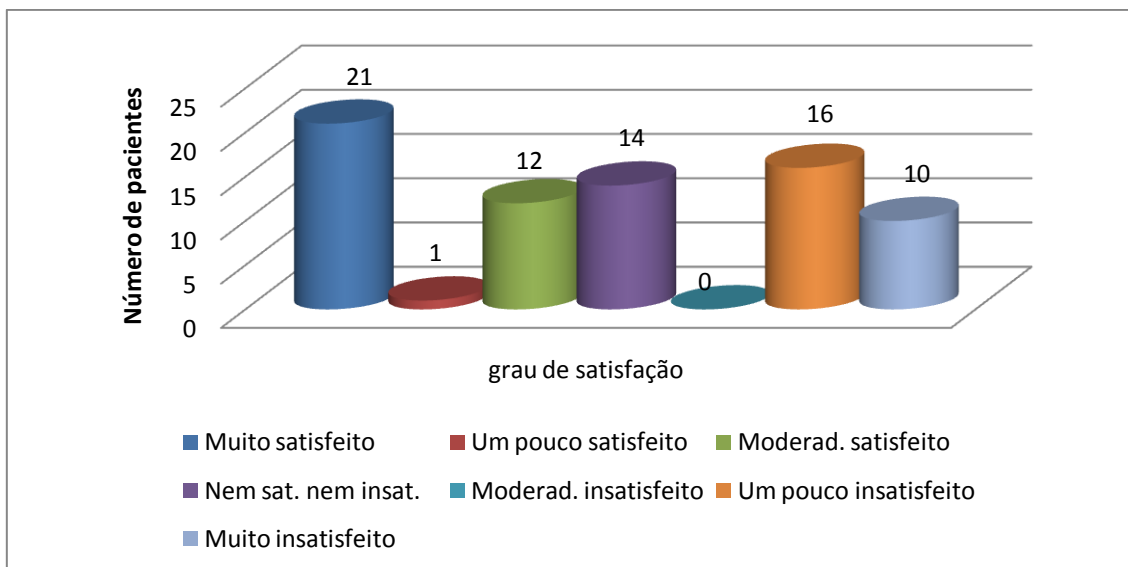


Figura 3 Nível de satisfação com relação à sua atividade principal

Quando perguntado como está se empenhando na atividade principal, as respostas foram: menos do que gostaria (20), mais do que gostaria (9) e na medida certa (43).

Quando questionados sobre o nível de satisfação com relação à sua atividade principal, vinte e oito vírgula quatro por cento estão muito satisfeitos, enquanto 21,6 estão um pouco insatisfeitos (21,6%) e as demais categorias apresentaram valores intermediários com relação a este quesito (Figura 3).

#### 5.4 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Na Tabela 5, são apresentadas as informações dos pacientes do CAPS com relação à maneira como se sentiu nas quatro semanas anteriores ao período da pesquisa. A grande maioria (79%) está contente por ter conseguido realizar uma coisa de seu interesse, sessenta e seis por cento estava orgulhoso por ter sido cumprimentado por alguém como reconhecimento de uma atividade realizada por ele. Setenta e um por cento dos pacientes estavam animados ou interessados por desenvolver alguma atividade. Os demais domínios avaliados variaram entre 29 e 38 respostas positivas. Com relação às respostas negativas, sessenta e um por cento dos pacientes estavam chateados por críticas de outras pessoas e este mesmo

percentual não acha que “tudo está às mil maravilhas”. Quarenta e dois pacientes dos 73 que responderam a esta questão estavam entediados um mês antes de responderem ao questionário. Quarenta e um dos pacientes se sentiram inquietos e não conseguiam ficar muito tempo sentado. Houve diferença significativa ( $\chi^2=17,96$ ;  $P<0,0001$ ) quando tomadas todas as categorias analisadas. A diferença entre as opções “positivo (sim=426)” e “negativo (não=311)”, nos itens contente por ter conseguido realizar algo, orgulhoso porque alguém o cumprimentou por algo que fez, chateado porque alguém o criticou, particularmente animado ou interessado em algo e tudo está maravilhosamente bem, certamente contribuiu para ter encontrado essa diferença significativa global.

Tabela 5 - Respostas com relação à maneira como se sentia um mês antes de responder ao questionário

Opção		Maneira como se sentiu nas últimas quatro semanas
Sim	Não	
58	15	Contente por ter conseguido realizar algo
35	39	*Muito sozinho ou distante das outras pessoas
31	42	*Entediado
33	41	As coisas saíram do jeito que você queria
31	43	*Tão inquieto que não conseguia ficar muito tempo sentado
49	25	Orgulhoso porque alguém o cumprimentou por algo que você fez
29	45	*Chateado porque alguém o criticou
52	21	Particularmente animado ou interessado em algo
38	36	*Deprimido ou muito triste
29	45	Tudo está às mil maravilhas

\*Para realizar a análise, os valores foram invertidos.

Segundo 34% dos pacientes do CAPS, nas últimas quatro semanas antes de responderem ao questionário, seu estado emocional esteve regular. Para 43%, seu estado emocional foi bom ou excelente. Somente 4% acharam que seu estado emocional foi ruim.

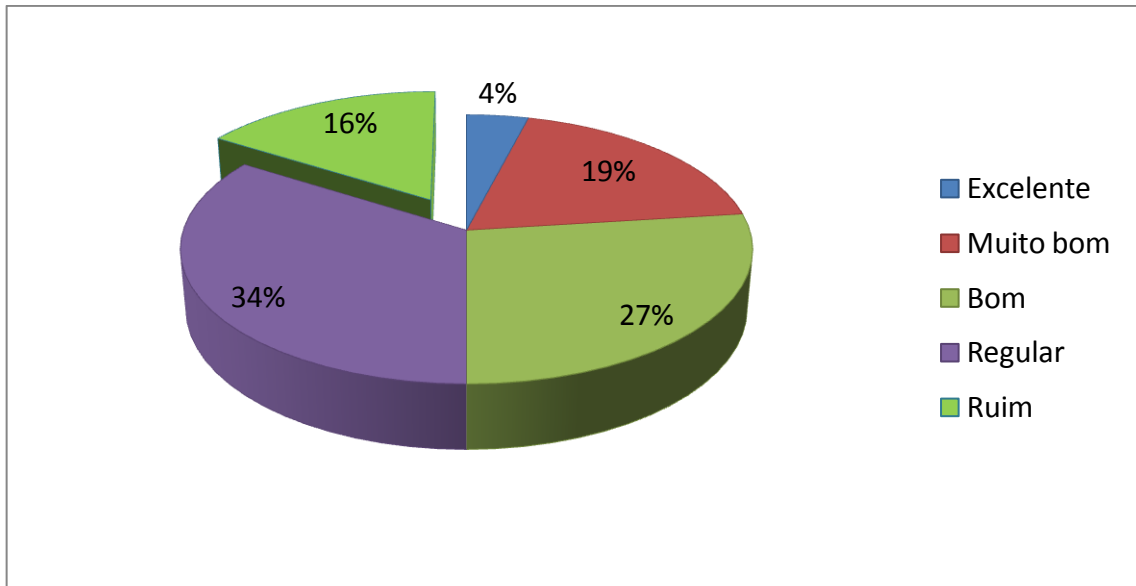


Figura 4 Estado emocional dos pacientes do CAPS quatro semanas antes de ser aplicado o questionário

## 5.5 SINTOMAS E ATITUDES

Trinta e oito por cento dos pacientes do CAPS se sentiram calmos e positivos, de modo geral, durante o último mês antes de responderem ao questionário. Trinta e cinco por cento dizem ter tido períodos de ansiedade e depressão e o restante (27%) se sentiu confuso, amedrontado, ansioso ou deprimido, de modo geral.

Com relação ao incômodo emocional, envolvendo quadros de depressão, ansiedade, ouvir vozes, etc., quinze por cento disseram ter sentido de forma moderada esses sintomas e 51% afirmaram que não sentiram nada ou apenas um pouco desses sintomas (Figura 5). Esses sintomas, quando somados às respostas individuais para interpretar o total do domínio geral, não afetaram a vida dos pacientes ou afetaram ocasionalmente. Nesses itens, foram obtidas 165 respostas (Tabela 6).

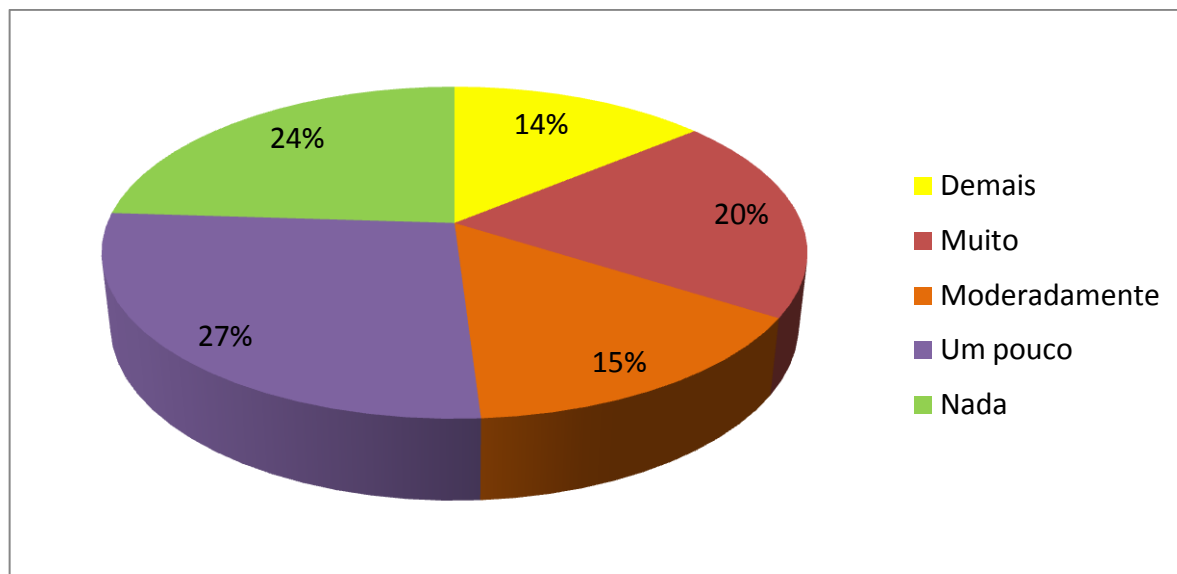


Figura 5 Aspectos do incômodo emocional sentido pelos pacientes do CAPS durante o mês antes de responderem ao questionário

Do total de respostas para as três questões com relação ao incômodo emocional relacionado com a vontade de tirar sua própria vida, cinquenta e seis por cento responderam nunca terem sentido esta vontade e apenas 8 (11%) pacientes disseram ter constantemente a idéia na mente. Dois deles responderam que, na maior parte do tempo, pensam na possibilidade. Com relação à vontade de machucar os outros, apenas seis responderam que pensam nisso constantemente e a grande maioria (64%) afirmou nunca pensar nisso e 22% pensar ocasionalmente (Tabela 6).

Tabela 6 - Sintomas de incômodo emocional e interferência na vida diária dos pacientes do CAPS

CATEGORIA	Nunca	Ocasion.	Frequ.	Maior parte do tempo	Constan.
Sintomas afetaram a vida diária	21 (28,4) *	23 (31,1)	12 (16,2)	5 (6,8)	13(17,6)
Sentir vontade de se matar	41 (56,2)	17 (23,3)	5 (6,8)	2 (2,7)	8 (11)
Sentir vontade de machucar os outros	47 (64,4)	16 (21,9)	4 (5,5)	0 (0,0)	5 (6)
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>56</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>26</b>

\* (%)



## 5.6 SAÚDE FÍSICA

Para 28 (38%) pacientes do CAPS que responderam ao questionário, sua saúde física, durante o mês que antecedeu a pesquisa na qual participaram voluntariamente, era boa. Para 33 (45%) pacientes, sua saúde física esteve entre regular e ruim. Apenas 13 pacientes acharam que sua saúde física era muito boa ou excelente (Figura 6).

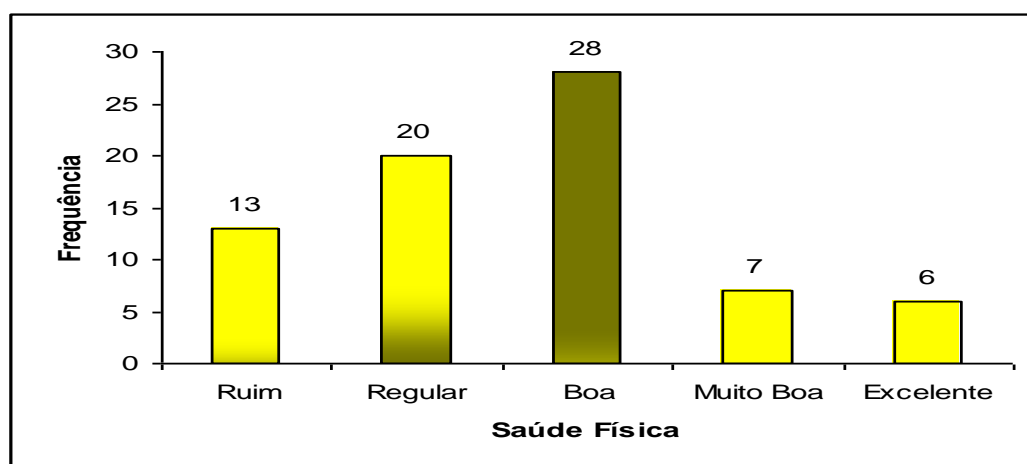


Figura 6 Estado da saúde física, segundo os pacientes do CAPS de Palmas que responderam ao questionário da pesquisa.

Ao serem questionados com relação a como se sentiram durante as últimas quatro semanas, vinte e quatro (33%) afirmaram se sentirem desanimados ou com mal-estar com certa frequência, vinte e um (29%) disseram se sentirem doentes ou indispostos a maior parte do tempo e o restante, vinte e sete (38%) responderam que se sentiram muito bem.

Quando considerado o nível de satisfação dos pacientes com relação à sua saúde física, vinte e dois (30%) estão insatisfeitos (3 primeiras categorias), dezesseis deles (20%) estão muito satisfeitos com sua saúde física e as restantes categorias (Tabela 7) apresentam valores intermediários.

Tabela 7 - Nível de satisfação e importância da Saúde Física, segundo as respostas dos pacientes do CAPS

<b>Condição da Saúde Física</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Como se sente quanto à Saúde Física	Muito insatisfeito	12	16,20
	Um pouco insatisfeito	9	12,20
	Moderad.insatisfeito	1	1,40
	Nem sat., nem insat.	15	20,30
	Moderad. satisfeito	17	23,00
	Um pouco satisfeito	5	6,80
	Muito satisfeito	16	20,31
Quanto é importante sua Saúde Física	Nada importante	1	1,40
	Levemente importante	4	5,50
	Moderadamente importante	15	20,50
	Muito importante	44	60,30
	Extremadamente importante	9	12,30
	Muito importante	44	60,30

No momento da pesquisa, todos os pacientes do CAPS que responderam à questão estavam tomando medicação para aliviar seus sintomas (Tabela 8). A grande maioria (78%) segue as indicações médicas de acordo com as categorias sempre e muito frequentemente. Apenas dois pacientes disseram nunca seguir as recomendações do médico. Segundo 24 dos pacientes, os efeitos colaterais são fortes ou severos e 11 deles disseram não sentir efeitos após tomar a medicação prescrita. Com relação à ajuda que a medicação oferece para controlar os sintomas, todos os pacientes concordam que os medicamentos ajudam (não ajudam = 0). De acordo com 55 (71%), a medicação é fundamental para sua melhoria (soma dos quesitos: ajudam, ajudam bem e eliminam todos os sintomas). Considerando como se sentem tomando a medicação, a maior frequência observada (22) foi de pacientes que se sentem muito satisfeitos com a medicação, seguido de moderadamente satisfeitos (14). Com relação ao nível de insatisfação, onze dos pacientes disseram que se sentem muito insatisfeitos tomando a medicação prescrita pelo psiquiatra.

Tabela 8 - Medicação psiquiátrica e seus efeitos, segundo os pacientes do CAPS

<b>Questão</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Toma medicação psiquiátrica	Sim	73	100,00
	Não	0	0,00
Segue as prescrições do médico	Nunca	2	2,70
	Às vezes	7	9,60
	Muito irregular	7	9,60
	Muito frequentemente	16	21,90
	Sempre	41	56,20
Efeito colateral da medicação	Nenhum	11	15,10
	Fraco	23	31,50
	Moderado	15	20,50
	Forte	21	28,80
	Severo	3	4,10
A medicação ajuda a controlar os sintomas	Não ajudam	0	0,00
	Ajudam um pouco	19	25,70
	Ajudam	25	33,80
	Ajudam bem	23	31,10
	Eliminam todos os sintomas	7	9,50
	Como se sente ao tomar a medicação	Muito insatisfeito	11
Um pouco insatisfeito	13	18,10	
Moderad. insatisfeito	1	1,40	
Nem sat., nem insat.	10	13,90	
Moderad. satisfeito	14	19,40	
Um pouco satisfeito	1	1,40	
Muito satisfeito	22	30,60	

## 5.7 ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Poucos pacientes responderam aos quesitos álcool e drogas, talvez devido ao fato de que poucos deles fazem uso dessas drogas. A grande maioria dos pacientes (68) do CAPS não bebeu durante o mês que antecedeu a entrevista. Dos cinco que disseram ter bebido, quatro responderam com relação aos dias que beberam. Dois disseram ter bebido um dia, os outros dois disseram que beberam três e quatro dias, respectivamente. Apenas seis pacientes responderam à questão relacionada com a

visão deles a respeito da bebida. Dois deles responderam que é “um grande problema”, dois afirmaram que “não é um problema” e os outros dois se dividiram entre “ajuda muito” e “é um problema pequeno”.

Considerando o consumo de drogas ilegais (cocaína, maconha, heroína, ácido, crack, benzina, etc.), das 72 respostas apenas duas foram positivas. Dessas, um utilizou durante um dia e o outro usou drogas em cinco dias do mês anterior ao que respondeu o questionário. A questão envolvendo o parecer deles com relação ao uso de drogas ilegais, três responderam que “é um grande problema” e um disse que a droga o “ajuda um pouco”.

## 5.8 RELAÇÕES SOCIAIS/APOIO

De acordo com as respostas dadas no questionário por 73 pacientes do CAPS, quatorze (19,2%) disseram não ter amigos, quatorze afirmaram que têm entre um e dois amigos e doze (16,4%) informaram que têm entre três e cinco amigos. Sobre ter cinco amigos, a resposta foi dada por 45,2% (33) pessoas.

Considerando o nível de satisfação dos pacientes com relação aos amigos, trinta e quatro (54%) dos pacientes está satisfeito com a quantidade de amigos que tem (muito satisfeito e um pouco satisfeito). Isso faz sentido, pois a maioria dos pacientes (59) diz contar com amigos para sua convivência.

Com relação ao relacionamento com seus amigos (Tabela 9), as maiores frequências são encontradas nos itens “muito satisfeito” (14) e “um pouco satisfeito” (22). Apenas seis pacientes dizem estar muito insatisfeitos com seu círculo de amigos. Considerando o relacionamento com seus familiares, os números variaram entre quatro (muito insatisfeito e um pouco insatisfeito) e 31 (um pouco satisfeito). Quando perguntados sobre o nível de satisfação com relação às pessoas com que moram (não familiares), as maiores frequências foram encontradas em “moderadamente satisfeito” (13) e “um pouco satisfeito” (28). O item menos pontuado (2) foi “um pouco insatisfeito”. “Um pouco satisfeito” também aparece com maior número (18) no item relacionamento com outras pessoas, sendo que o menor valor de frequência (3) encontrado foi de “um pouco insatisfeito” (Tabela 9).

Tabela 9 - Quesitos relacionados com o nível social de apoio (amigos, familiares e outras pessoas) dos pacientes do CAPS que participaram da pesquisa

<b>Nível de satisfação</b>	<b>Muito insat.</b>	<b>Um pouco insat.</b>	<b>Moder. insat.</b>	<b>Nem sat., nem insat.</b>	<b>Um pouco sat.</b>	<b>Mod. satisf.</b>	<b>Muit. sat.</b>
A quantidade de amigos que você tem	5 (7,9)*	4 (6,3)	2 (3,2)	7 (11,1)	22 (34,9)	7 (11,1)	12 (19,0)
Relacionamento com seus amigos	6 (8,3)	3 (4,2)	3 (4,2)	5 (6,9)	22 (30,6)	9 (12,%)	14 (19,4)
Relacionamento com seus familiares	4 (5,5)	4 (5,5)	5 (6,8)	7 (9,6)	31 (42,5)	14 (19,2)	8 (11,0)
Relacionamento com as pessoas que mora	4 (5,6)	2 (2,8)	4 (5,6)	9 (12,7)	28 (39,4)	13 (18,3)	10 (14,1)
Seu relacionamento com outras pessoas	5 (6,8)	3 (4,1)	6 (8,2)	12 (16,4)	18 (24,7)	14 (19,2)	15 (20,5)

<b>Nível de importância</b>	<b>Nada import.</b>	<b>Lev. import.</b>	<b>Mod. import.</b>	<b>Muito impor.</b>	<b>Extrem. import.</b>	<b>N</b>
Ter um número adequado de amigos	9 (12, 3)	4 (5,5)	19 (26,0)	34 (46,6)	7 (9,6)	73
Dar-se bem com seus amigos	5 (6,8)	6 (8,2)	20 (27,4)	38 (52,1)	4 (5,5)	73
A relação familiar	1 (1,4)	7 (9,7)	12 (16,7)	35 (48,6)	17 (23,6)	72
As pessoas (não familiares) com quem vive	2 (2,8)	2 (2,8)	21 (29,6)	37 (52,1)	9 (12,7)	71
Dar-se bem com outras pessoas	4 (5,4)	10 (13,5)	16 (21,6)	38 (51,4)	6 (8,1)	74

\* valor percentual

Na Tabela 9, também estão sumariadas as respostas relativas ao nível de importância dada aos amigos, familiares e a outras pessoas. A quantidade de respostas variou de 71 a 74 (Tabela 9). Os menores números (1 a 9) foram encontrados nas escalas “nada importante” e “levemente importante” (2 a 10), ao passo que as maiores freqüências, em todos os quesitos (de 34 a 38), foram encontradas no item “muito importante”; sugerindo a necessidade dos pacientes de estarem bem relacionados com amigos e familiares.

Finalmente, quando questionados sobre o entorno social (amigos e família), das 70 respostas obtidas 23 (32,9%) dizem ter apoio inconstante da família e dos amigos ou apenas quando absolutamente necessário. Quinze (21,4%) disseram que

tem um moderado apoio da família e os outros 32 (45,7%) responderam que têm um bom relacionamento familiar e recebem apoio da família e dos amigos.

## 5.9 DINHEIRO

Dos 66 pacientes do CAPS que responderam ao quesito “você recebe para trabalhar ou ir à escola”, treze (19,7%) disseram que sim e o restante, cinquenta e três (80,3%) afirmaram que não recebem dinheiro algum. Para todos os pacientes, ter dinheiro é importante (“nada importante” = 0). Quatro pacientes responderam que é “levemente importante”, dezoito que é “moderadamente importante” e 36 (49%) que é “muito importante”. As respostas para a categoria “extremadamente importante” foram de 16 pacientes.

O controle do dinheiro também é fundamental para os pacientes, visto que 32 (43,2%) responderam que “é muito importante”, seguido de 17 (23%) que disseram ser “moderadamente importante”. Apenas dois (2,7%) pacientes disseram não ser “nada importante” ter o controle do dinheiro. Ainda 11 pacientes (14,9%) responderam que é “levemente importante” o controle do dinheiro e 12 (16,2%) que é extremamente importante ter o controle do dinheiro.

Quando questionados com relação à falta de dinheiro para realizar atividades, quinze (20,3%) responderam que a falta de dinheiro às vezes os impede de fazer alguma coisa e 19 (25,7%) disseram que frequentemente o dinheiro é um problema. A maioria, trinta e três (44,6%) dos pacientes, respondeu que quase sempre a falta de dinheiro é um problema contra apenas sete (9,5%) que afirmaram que dinheiro nunca tem sido um problema que os impeça de fazerem alguma coisa.

As freqüências anteriormente definidas estão relacionadas com as perguntas envolvendo o nível de satisfação com referência ao dinheiro que os pacientes têm ou manejam. Quarenta e um (55,4%) dos pacientes estão satisfeitos, de modo geral, com o dinheiro que têm e 11 (14,9%) não estão nem insatisfeitos e nem satisfeitos com o dinheiro. Os restantes, vinte e dois (30%), estão, de alguma forma, insatisfeitos com o dinheiro que manejam ou têm. Com relação ao controle que têm sobre o dinheiro, trinta e sete (50%) estão satisfeitos com o controle do dinheiro, dezesseis vírgula dois por cento (12) não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos e

os 25 restantes (33,8%) estão insatisfeitos, sendo que desses últimos, oito (10,8) disseram estar muito insatisfeitos.

## 5.10 ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Segundo os pacientes do CAPS que participaram da pesquisa, dos seis itens perguntados sobre as atividades corriqueiras da vida, desenvolvidas recentemente, cinco (Figura 7) tiveram maiores frequências positivas quando comparadas com as negativas. A única variável que mostrou maior frequência para “não” foi “ir a um restaurante ou a um café”.

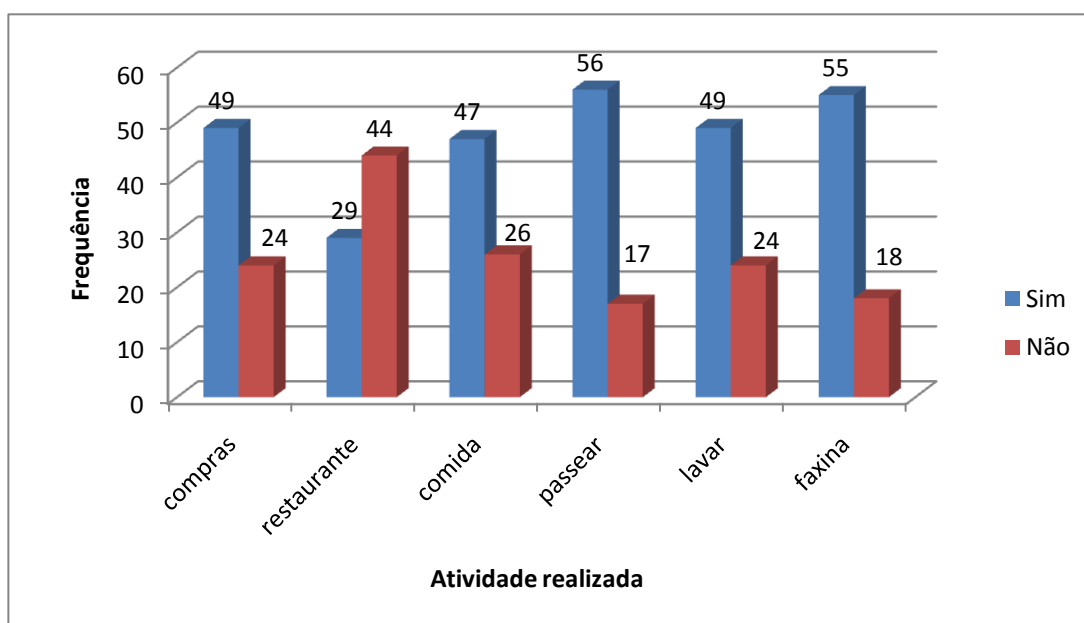


Figura 7 Atividades nas quais participaram ou não os pacientes do CAPS recentemente

Nas últimas quatro semanas, trinta e seis pacientes (49,3%) disseram que fizeram a maioria das coisas sozinhos, vinte e cinco (34,2%) precisaram de ajuda e os 12 restantes (16,4%) responderam que tiveram dificuldades para realizar as coisas, mesmo com ajuda. Ao serem questionados sobre a frequência em que tiveram dificuldades para fazer a higiene pessoal, onze (15,1%) responderam “às vezes”, quatro (5,5%), “frequentemente”, dois (2,7%) disseram que quase sempre precisaram de ajuda e a grande maioria (56 = 76,7%) respondeu que “nunca” precisou de ajuda para realizar esta atividade.

## 5.11 OBJETIVOS

Dos 74 pacientes que participaram da pesquisa, vinte e três não enunciaram o que esperam obter como resultado do seu tratamento em saúde mental. Os 51 restantes (Tabela 10) desejam, como primeiro objetivo, “ficar bom” (88%). Para o segundo objetivo, novamente a cura da doença aparece com a maior frequência (17), seguida de voltar a trabalhar ou estudar que, de certa forma, reflete a condição de estar “bom” para exercer atividades profissionais. Ser feliz e conviver com os filhos também aparece como uma segunda meta para seis pacientes. No terceiro objetivo, “voltar a trabalhar ou estudar” e “ficar bom de saúde” aparecem também com maior frequência (19). Conviver com os filhos e a família é o outro sonho mais almejado pelos pacientes do CAPS que responderam ao questionário.

Quando determinada a escala de pontuação (Tabela 11) para os três objetivos principais definidos na Tabela anterior, as maiores frequências com relação à importância dada à meta foram atingidas na escala “10”, ou seja, os objetivos elencados por eles foram, em sua grande maioria, “extremamente importante”. O objetivo um contou com 41 pacientes (38,67%), o objetivo dois, com 37 (36,27%) e o objetivo três, com 36 (38,29%). Uma situação contrária foi observada com relação à resposta “até que ponto você já atingiu esse objetivo”. O percentual de respostas para a maior escala (10) “Atingiu Completamente” foi de 3,92%, 4,12% e 3,15%, para os objetivos um, dois e três, respectivamente (Tabela 11). No primeiro objetivo, quatorze pacientes responderam que atingiram o objetivo dando a pontuação cinco (aproximadamente 50%, na escala de um a 10) e sete pacientes afirmaram que chegaram a atingir 80% da meta. No segundo objetivo, 10 pacientes responderam que atingiram 50% dos objetivos e cinco disseram que alcançaram 80%. O objetivo três, segundo as respostas de oito pacientes, foi 50% atingido e três pacientes dizem ter chegado a 100% das metas. Não atingiram nenhum dos objetivos traçados os pacientes dois, sete e seis para os objetivos um, dois e três, respectivamente (Tabela 11).



Tabela 10 - Expectativas com relação ao tratamento médico

<b>OBJETIVOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Objetivo 1</b>		
Ficar bom (boa)	45	88,24
Arrumar um serviço	3	5,88
Participar de acompanhamento psicológico	1	1,96
Largar as drogas	1	1,96
Arrumar um marido	1	1,96
<b>N</b>	<b>51</b>	
<b>Objetivo 2</b>		
Ficar boa (bom)	17	33,33
Voltar a estudar ou trabalhar	16	31,37
Ter os filhos de volta	3	5,88
Ser feliz	3	5,88
Conseguir uma casa	2	3,92
Aposentar	2	3,92
Emagrecer	1	1,96
Voltar a ter os amigos de antes	1	1,96
Ter um bom relacionamento familiar	1	1,96
Conhecer melhor a doença	1	1,96
Ajudar a família	1	1,96
Casar	1	1,96
Ter uma vida melhor	1	1,96
Ser respeitado pelas pessoas	1	1,96
Ter melhor qualidade de vida	1	1,96
<b>N</b>	<b>51</b>	
<b>Objetivo 3</b>		
Trabalhar ou estudar	10	21,74
Ficar bom (boa)	9	19,57
Viver com os filhos, família em paz	8	17,39
Passear, viajar	4	8,70
Ter uma casa	3	6,52
Casar	3	6,52
Ter liberdade e respeito	3	6,52
Ter esperança	2	4,35
Aposentadoria	1	2,17
Manter acompanhamento psicológico	1	2,17
Cultivar boas amizades	1	2,17
Arrumar os dentes	1	2,17
<b>N</b>	<b>46</b>	

Tabela 11 - Escala de pontuação dada pelos pacientes aos três objetivos principais que esperam obter como resultado do seu tratamento em saúde mental

OBJETIVO	PONTUAÇÃO									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Importância do obj. 1	0	0	0	0	1	2	1	2	4	41
Quanto atingiu do obj. 1	2	1	7	10	14	1	1	7	4	4
Importância do obj. 2	0	0	1	0	1	2	0	5	5	37
Quanto atingiu do obj. 2	7	5	6	0	10	4	3	5	2	4
Importância do obj. 3	0	0	0	0	3	2	1	4	2	36
Quanto atingiu do obj. 3	6	4	9	6	8	5	4	2	0	3

Quando questionados sobre as atividades desenvolvidas recentemente, as maiores frequências de respostas positivas foram (Tabela 12): passear, participou de grupo com amigos, leu revista ou jornal, assistiu à televisão, foi à igreja e ouviu rádio. As respostas negativas com maior frequência que as positivas foram: foi ao cinema ou jogo, jogou cartas, fez esporte e foi à biblioteca (Tabela 12). Dentre todas as atividades praticadas recentemente, as duas mais importantes foram assistir à TV (87,8%) e ir à igreja (75,3%). As duas menos realizadas foram jogar cartas (91,9%) e ir à biblioteca (87,8%).

Tabela 12 - Atividades desenvolvidas pelos pacientes do CAPS nas últimas quatro semanas

Atividade	Sim	Não
<b>Passear</b>	43 (58,1) *	31 (41,9)
<b>Participou de grupo com amigos</b>	44 (59,5)	30 (40,5)
<b>Foi ao cinema ou a um jogo</b>	10 (13,5)	64 (86,5)
<b>Leu jornal ou revista</b>	38 (51,4)	36 (48,6)
<b>Assistiu à TV</b>	65 (87,8)	9 (12,2)
<b>Foi à igreja</b>	55 (75,3)	18 (24,7)
<b>Jogou cartas</b>	6 (8,1)	68 (91,9)
<b>Ouviu rádio</b>	49 (66,2)	25 (33,8)
<b>Fez esporte</b>	16 (21,6)	58 (78,4)
<b>Foi à biblioteca</b>	9 (12,2)	65 (87,8)

\* (%).

## 5.12 QUALIDADE DE VIDA

Em relação à qualidade de vida, as respostas demonstram escores variando de um (baixa qualidade de vida) a dez (alta qualidade de vida). Todos os números foram pontuados, como mostrados a seguir: um (seis), dois (três), três (três), quatro (dois), cinco (doze), seis (cinco), sete (nove), oito (dez), nove (dez) e dez (quatorze). A maior frequência foi observada para o escore 10, com 19% das respostas indicando que, para 14 pacientes, as coisas foram as melhores possíveis (alta qualidade de vida). Quando somadas as frequências igual ou acima do escore cinco, sessenta pacientes foram contados, correspondendo a 81% dos 74 pacientes do CAPS.

Ao serem questionados sobre suas expectativas em atingir a qualidade de vida que deseja ou se sua qualidade de vida foi menor do que esperavam, as respostas foram, em geral, positivas, refletindo otimismo com relação ao futuro: nenhuma (5 = 6,8%), baixa (5 = 6,8%), moderada (43 = 58,1%) e alta (21 = 28,4%). Isso é especialmente notado no retorno que os pacientes deram à questão relacionada com o controle que têm sobre as áreas mais importantes de sua vida, as respostas foram: nenhum (6 = 8,1%), pouco (12 = 16,2%), moderado (40 = 54,1%) e muito (16 = 21,6%).

Considerando a importância na determinação dos fatores que definem a qualidade de vida, os pacientes do CAPS responderam, com maior frequência, em oito dos nove fatores, que são “muito importantes” (Tabela 13). Ter dinheiro suficiente foi um dos aspectos que a seu modo de ver contribui com a qualidade de vida (muito importante = 59,5%), outros fatores bastante pontuados, nesta categoria (muito importante), foram: pessoas com quem passam o tempo (família e amigos) e ter habilidade para cuidar de si, ambas com 54% (Tabela 13).

Contrariamente, o fator sintomas (problemas mentais) aparece com a maior pontuação nas categorias “nada importante” e “levemente importante” com 47,2 e 27,8%, respectivamente. Dentre os “outros” fatores elencados pelos pacientes se encontram: filhos, ajudar a família, ficar boa (bom), ter um trabalho, vizinhança, casar, aposentadoria, emagrecer, etc. Este fator (outros) pontuou unicamente nas categorias “muito importante” e “extremamente importante” (Tabela 13).

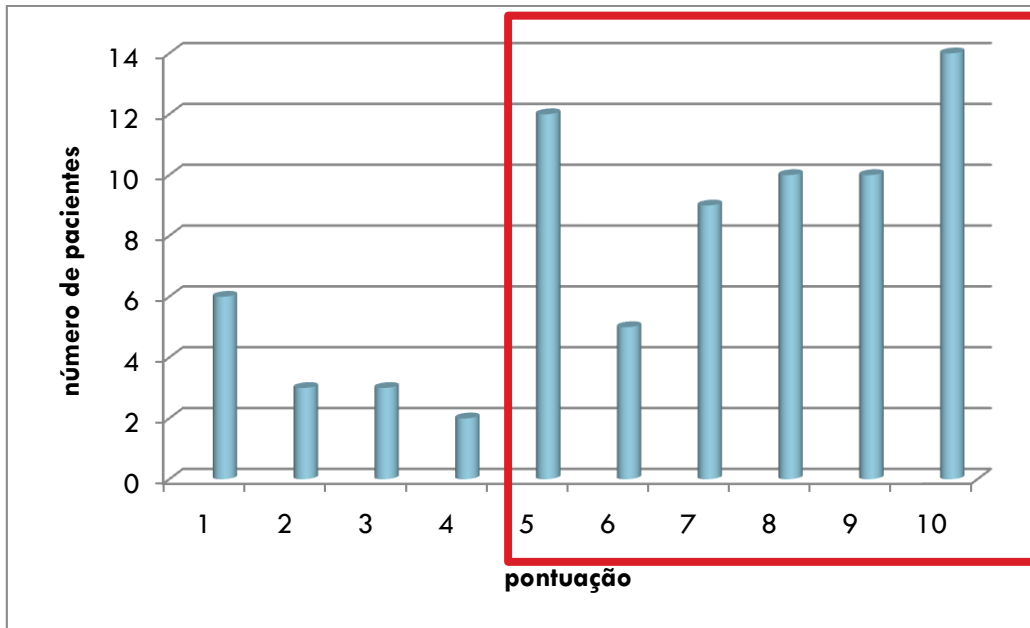


Figura 8 Pontuação dada pelos pacientes como indicação de sua qualidade de vida

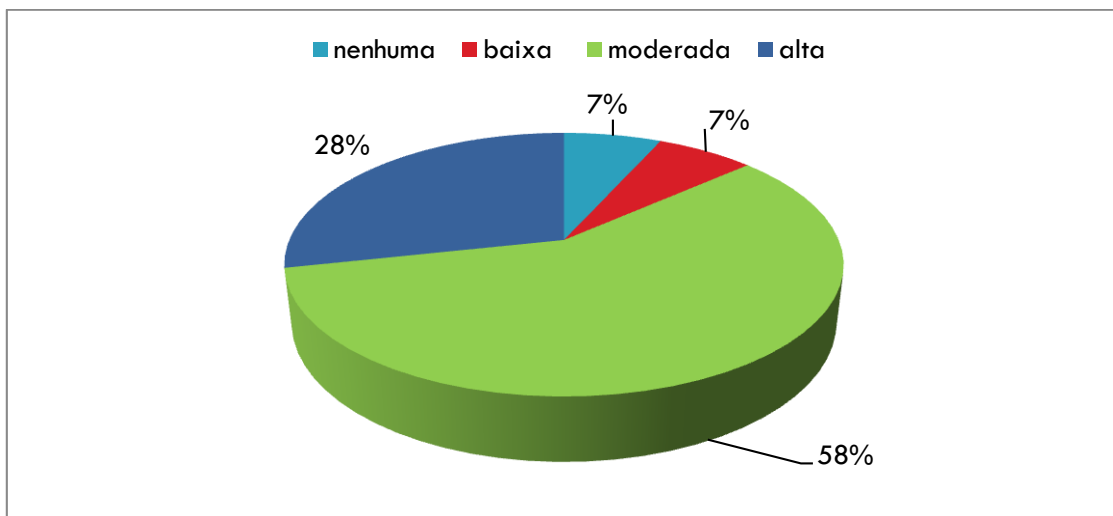


Figura 9 Nível de expectativa dos pacientes do CAPS em atingir a qualidade de vida que desejam

Tabela 13 - Importância dos fatores na determinação da qualidade de vida, segundo os pacientes do CAPS

<b>Fatores</b>	<b>Nada import.</b>	<b>Lev. import.</b>	<b>Mod. import.</b>	<b>Muito import.</b>	<b>Extrem. import.</b>
<b>Trabalho, escola ou outras atividades</b>	3 (4,1) *	5 (6,8)	12 (16,2)	40 (54,1)	14 (18,9)
<b>Sentimentos sobre você mesmo</b>	3 (4,1)	7 (9,5)	16 (21,6)	35 (47,3)	13 (17,6)
<b>Saúde física</b>	1 (1,4)	2 (2,7)	17(23,3)	39 (53,4)	14 (19,2)
<b>Pessoas com as quais passam o tempo</b>	2 (2,7)	6 (8,1)	14 (18,9)	40 (54,1)	12 (16,2)
<b>Dinheiro suficiente</b>	3 (4,1)	1 (1,4)	14 (18,9)	44 (59,5)	12 (16,2)
<b>Habilidade para cuidar de si</b>	2 (2,7)	3 (4,1)	16 (21,6)	40 (54,1)	13 (17,6)
<b>Sintomas (problemas mentais)</b>	34(47,2)	20 (27,8)	7 (9,7)	7 (9,7)	4 (5,6)
<b>Lugar onde mora</b>	2 (2,9)	4 (5,9)	11 (16,2)	34 (50)	17 (25)
<b>Outros</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,5)	21 (87,5)

\* (%).

Finalmente, ao serem questionados acerca de outra coisa que gostariam de que os pesquisadores soubessem, vinte e um dos pacientes do CAPS que participaram da pesquisa escreveram principalmente sobre os sintomas que os afligem no momento e sobre o desejo de ter alta do CAPS e retomar uma “vida normal”.

## 6 DISCUSSÃO

Dentro do novo paradigma da saúde mental, no qual o CAPS é uma estrutura fundamental, tornou-se importante criar medidas de avaliação que permitissem estimar o impacto dessa nova atenção aos pacientes. Ganhou atenção então estudos, como o de Lehman e colaboradores (49), que avaliaram a qualidade de vida desses sujeitos. Baseado nisso, Pitta (54) discute como as repercussões da doença, o cotidiano e o meio podem influir sobre a qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais e fala sobre a dificuldade de mensurar este fato e sobre a busca de instrumentos multidimensionais e com boas propriedades psicométricas que possam medir os diferentes domínios da vida dessas pessoas.

Um fato que merece destaque é número ínfimo de estudos realizados no Brasil e a pequena quantidade no exterior que avaliem a qualidade de vida de portadores de doença mental em geral. Existem diversos estudos, com diferentes escalas que analisam e descrevem a qualidade de vida de esquizofrênicos, mesmo sendo notória a importância desse tipo de avaliação como complemento para o desenvolvimento de políticas de saúde mental, em particular de instituições substitutivas como os Centros de Atenção Psicossocial.

Ao analisarmos os resultados obtidos, dentre os aspectos avaliados positivamente pelos pacientes, aparecem questões como as relacionadas com sua vivência e estado psicológico. Os dados demonstram o quanto é importante o reconhecimento pelas atividades realizadas. A presença de pensamentos suicidas (sentir vontade de se matar) é negada pela maioria como também negam vontade de machucar os outros. Fica claro a satisfação com sua saúde física e o fato de aceitarem a medicação como parte de seu tratamento, além de acharem que isso é importante.

Em relação ao comportamento aditivo dos participantes de nossa amostra, seja com o uso de álcool ou de outras substâncias, nomeadas como drogas ilícitas, observa-se que é quase insignificante como influenciador na qualidade de vida dessa amostra. Entretanto é evidente, na literatura, que o consumo de drogas interferem na cognição, exacerbando quadros psicóticos e diminuindo a qualidade de vida. (56)

Em sua amostra de pacientes esquizofrênicos, Helder (56) considerou que, em termos gerais, essa população tinha uma baixa qualidade de vida, contudo, dos valores médios dos cinco domínios analisados, quatro tiveram médias acima de 52 e tão-somente um (relações sociais) esteve abaixo de 50 (44), sugerindo uma qualidade de vida intermediária. Em nossa avaliação, as respostas positivas quanto à forma como se sentiram nas últimas semanas foi significativamente maior que as negativas, sugerindo uma boa qualidade de vida.

Quando inquiridos diretamente sobre a qualidade de vida, o percentual de respostas positivas entre os usuários do CAPS de Palmas avaliados foi elevado e entre aqueles em que a qualidade de vida foi menor do que esperavam a expectativa em atingi-la é alta. A mesma forma foi encontrada por Pitta (54) em sua avaliação de pacientes com transtornos mentais severos em regime de atendimento ambulatorial (CAPS, Hospital-dia e ambulatório de psiquiatria) e internação que também localizou que quase 60% dos usuários declaram boa qualidade de vida (notas de 6 a 10 em uma escala de 10).

Calman (38) considera que uma boa qualidade de vida está presente quando as esperanças e as expectativas de um indivíduo são satisfeitas por sua experiência. A comparação entre as diferentes situações de vida pode ser complexa. O fato também foi descrito por Albrecht e Devlieger (57) que apresentaram o “paradoxo da deficiência” em que demonstram que indivíduos com deficiências graves podem relatar boa ou excelente qualidade de vida, mesmo que, para a maioria dos observadores, essa qualidade seria classificada como indesejável, o que vem demonstrar que estão convivendo de forma satisfatória com sua limitação.

Contudo, vale destacar a observação de Doyle (58) e colaboradores que estudaram a maneira como o *insight* influencia a percepção de pacientes esquizofrênicos sobre suas condições objetivas de vida, considerando que há uma divergência entre estudos que apontam para uma baixa qualidade de vida e outros para uma qualidade melhor. Os resultados do estudo indicam que a pouca capacidade de *insight* pode influenciar de forma diversa o modo como algumas pessoas com esquizofrenia avaliam suas condições de vida. Para aquelas com boa capacidade de *insight*, houve uma significativa correlação entre indicadores objetivos e subjetivos de qualidade de vida, o que não ocorreu entre as pessoas mais “empobrecidas”.

Apesar de os usuários, de forma subjetiva, considerarem sua qualidade de vida boa, alguns fatos devem ser destacados levando em conta uma avaliação objetiva do constructo. Mesmo estando na faixa etária considerada produtiva pela OMS, a grande maioria não possui emprego, mas gostaria de ter uma atividade remunerada. Certamente, como aponta Wagner e King (59), o trabalho é percebido como elemento de realização pessoal que traz como consequência uma visão positiva de si e de melhorias em seu tratamento. Têm se mostrado mais satisfeitas as pessoas envolvidas com algum tipo de atividade profissional, o que é verdade para a população em geral e para pacientes com esquizofrenia ou outras formas de transtornos mentais. (60) (61) (62) Da mesma forma, a ocupação diária, mesmo fora do âmbito do trabalho formal, é vista como importante dimensão para a qualidade de vida e para outros aspectos relacionados com a saúde. Uma semelhança com sintomas depressivos tem sido encontrada em pacientes desinstitucionalizados com relato de baixa participação na rede de trabalho. (60)

Vale destacar que a satisfação também não ocorre em relação à sexualidade e eles se queixam ainda de não se sentirem confortáveis sozinhos, além de haver necessidade de receber o apoio inconstante de seus familiares. O estudo realizado por Cardoso (60) aponta que ser solteiro associou-se consistentemente a uma mais baixa qualidade de vida tanto para homens quanto para mulheres e dados de investigações sobre o estado conjugal em pacientes com esquizofrenia mostram que este marcador é visto como indicador de competência social, repercutindo na qualidade de vida.

Os serviços de saúde mental devem ser incentivados a identificar estratégias para promoverem a qualidade de vida dos pacientes com uma abordagem global e, especificamente, do ponto de vista ocupacional. Este enfoque deve ser direcionado principalmente em relação à atividade ocupacional, considerada, em seu sentido amplo, uma conexão para a integração social. Neste contexto, não se trata apenas das atividades de terapia ocupacional, trata-se aqui de uma escuta clínica flexibilizada, com programas e estratégias individualizadas, visando à autonomia do paciente e a tão desejada inserção social (60). Isso pode ser evidenciado pelo relato de que poucos realizaram o seu segundo objetivo com o tratamento, que é descrito por grande parte dos usuários, como voltar a trabalhar ou estudar.



Os dados obtidos nesse tipo de estudo devem servir como base para a criação de medidas adotadas pelos serviços conforme a necessidade específica de população e em conjunto servir como referência para medidas amplas.

## 7 CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos usuários do CAPS fica evidenciada pelo teor de respostas positivas nos diversos domínios da vida, salvo a necessidade de maior apoio familiar e de conseguir atingir os objetivos que, para um cidadão comum, são mais fáceis, como o emprego, o estudo e a constituição de uma família.

É importante destacar que os resultados da pesquisa em tela, relativos às queixas, apresentam uma similaridade com as conclusões de análises de qualidade de vida de pacientes internados em unidades hospitalares, sugerindo a necessidade de analisar a dificuldade da sociedade com referência aos novos paradigmas de inserção e evidenciando que os pacientes sofrem com suas perdas funcionais, principalmente com aquelas relacionadas com habilidades laborais e afetivas.

O interesse em avaliar o impacto na qualidade de vida das pessoas que freqüentam os serviços de saúde mental, mesmo se tratando de pessoas com transtornos mentais severos, introduz uma mentalidade de promoção da saúde mental. Alcançar melhores padrões de satisfação em diferentes domínios do viver cotidiano parece contribuir para a potencialização da condição de cidadão em uma sociedade excludente, o que deve estimular os profissionais e os serviços a pensarem estratégias de busca por satisfação das necessidades materiais, e preocuparem-se também com as questões de satisfações subjetivas dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em saúde mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- 2 Amarante P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. *Saúde Debate*. 1994; 45(1): 43-6.
- 3 Vietta EP, Kodato S, Furlan R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001 mar; 9(2):97-103.
- 4 Pinel P. Tratado médico filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Tradução de Joice A. Galli. Porto Alegre: Editora da UFGRS; [1800-1801] 2007.
- 5 Facchinetti C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. *Rev latinoam psicopatol fundam*. 2008 set; 11(3): 502-5.
- 6 Moreira-Almeida A. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30 (3):302-4.
- 7 Amarante P. Asilos, alienados e alienistas. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
- 8 Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- 9 Miranda-Sá Jr LS. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29 (2):156-8.
- 10 Bastos O. *A História da Psiquiatria Em Pernambuco e Outras Histórias*. São Paulo: Ed Lemos, 2002.
- 11 Alverga AR, Dimenstein M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: Amarante P (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

- 12 Delgado PG, Weber R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 30 (2):188-9.
- 13 Brasil Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 224. Normas para Atendimento Hospitalar/Hospital Especializado em Psiquiatria, Brasília, DF, 1992.
- 14 Brasil Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002.
- 15 Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira de 1980 ao dias atuais: história e conceito. *Hist ciênc saúde-Manguinhos.* 2002; 9(1): 25-9.
- 16 Rabelo IVM, Torres ARR. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Rev latino-am enfermagem.* 2006; 23(3):219-228.
- 17 Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2): 456-468.
- 18 Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist ciênc saúde-Manguinhos.* 2004; 11(2): 241-58.
- 19 Sampaio JJC. Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis [Tese Mestrado]. Rio de Janeiro: Departamento de Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1988.
- 20 Venancio ATA. Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. *Physis.* 2004; 14(2):283-305.
- 21 Rezende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Costa NR. *et al.* (org.). *Cidadania e loucura — políticas de saúde mental no Brasil.* Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987.
- 22 Amarante P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. *Cad Saúde Públ.* 1995; 11 (3): 491-4.

- 23 Cordeiro DC, Baldaçara L. Emergências Psiquiátricas. São Paulo: Roca, 2007.
- 24 Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesq Práticas Psicossoc.* 2006 Jun;1(1):1-19.
- 25 Jorge MR, França JMF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.*2001; 23(1):
- 26 Basaglia F. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: Amarante P. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- 27 Sadigursky D, Tavares JL. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Rev latinoam enfermagem.*1998; 6(2): 23-7.
- 28 Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios a desinstitucionalização da loucura. *Interface.* 2006;10(20): 299-316
- 29 Kaplan KI, Sadock, BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências de Comportamento e Psiquiatria Clínica.* 7ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.
- 30 Fleck, MPA. *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre : Artmed, 2008.
- 31 Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine Introduction. *Soc Sci Med* 1995; 41:1337-8.
- 32 Rogerson RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med* 1995; 41:1373-82
- 33 Miettinen OS. Quality of life from the epidemiologic perspective. *J Chron Dis.* 1987; 40: 641-3.
- 34 Organização Mundial de Saúde. *Constituição.* Nova York:OMS, 1964.
- 35 Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of - quality of life measurements. *JAMA.* 1994; 272(8):619-26.

- 36 Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estud psico*. 2007; 24 (1): 23-31.
- 37 Souza LA, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(1):50-58.
- 38 Calman KC. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. *J Med Ethics*. 1984; 10(3):124-7.
- 39 McKenna SP, Whalley D. Can quality of life scales tell us when patients begin to feel benefits of antidepressants?. *Eur Psychiatry*. 1998; 13(3):146-53.
- 40 The Whoqol grup. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
- 41 Burckhardt CS, Woods SL, Schultz AA, Ziebarth DM. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Res Nurs Health*. 1987; 12(6):347-54.
- 42 Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 20(2):580-8.
- 43 Galvão MT, Cerqueira AT, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):430-7.
- 44 Lehman, AF. The well-being of chronic mental patient. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40:369-73.
- 45 MCGILP, DA. A quality of life study of discharged long-term psychiatric patients. *J Adv Nurs*. 1991; 16(10):1206.
- 46 Sylvester CT, Bean GJ. Predicting community tenure after psychiatric hospitalization. *Community Ment Health J*. 1989; 25(2):105-20.
- 47 Van Nieuwenhuizen C, Schene AH, Boevink WA, Wolf JRLM. Measuring the quality of life of clients with severe mental illness. A review of instruments. *Psychiatr Rehabil J*. 1997; 20:33-41.

- 48 Heinrichs L, Hanlon TE, Carpenter, W T Jr. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull.* 1984;10(3):388-98.
- 49 Lehman A F, Ward N, Linn L A. Chronic Mental Patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry.* 1982; 139.
- 50 Oliver JPJ. The social care directive: development of a life profile for use in community services for mentally ill. *Soc Work Soc Sci* 3:5-45.
- 51 Becker M, Diamond R. A new patient focused index for measuring quality of life in person with severe and persistent mental. *Qual life Res* 2.1993. 2(4): 239-51.
- 52 Pereira, MG. *Epidemiologia teoria e pratica.* Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,2008.
- 53 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/>
- 54 Pitta, AMF. Escala de qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental - Wisconsin quality of life index WQLI. In: Gorenstein C, Andrade HSG, Zuardi, AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.* São Paulo : Artes Médicas, 2008.
- 55 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Brasília, DF. 1996.
- 56 Helder, SMSM. Qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia da região da Cova da Beira [dissertação de mestrado]. Covilhã : Faculdade de Ciências da Saude;2010 [acesso em 13/01/10]. Disponível em:  
[www.fcsaude.ubi.pt/admin/upload/.../tese%20Sylvia%20Helder\\_.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/admin/upload/.../tese%20Sylvia%20Helder_.pdf)
- 57 Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med.* 1999;48(8):977-88.

58 Doyle M, Flanagan S, Browne S, et al. Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 99(6):466-72.

59 Wagner, LC, King M. Existencial needs of people with psychotic disorders in Porto Alegre. *Br J Psychiatry*. 2005;186:141-5.

60 Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:1303-14.

61 Mueser, T et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with several mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(7):419-26.

62 Eklund M, Hansson L, Bejerholm U. Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia out-patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(2):79-83.



## ANEXO A - WISCONSIN - QUALITY OF LIFE INDEX (W-QLI)

Wisconsin - Quality of Life Index – W-QLI (Becker et al, 1993; copyright 1995. Edição Original Americana: Becker, M.; Diamond, R. e Sainfort, F. University of Wisconsin, Madison) - Traduzido e culturalmente adaptado com a permissão dos autores por: Pitta, A.M.F., Galeano, P.G., Luchesi, M., Barros, S. e equipe do: Laboratório de Investigações em Saúde Mental da Universidade de São Paulo

### Qualidade de Vida

#### **Orientações:**

Estamos interessados nas suas opiniões e sentimentos. Neste questionário, estão incluídas questões a respeito de sua qualidade de vida. Ao responder as questões, indique a resposta que melhor reflete sua opinião.

Você é a pessoa que melhor pode responder a essas questões. Se você quiser que outra pessoa o ajude a responder este questionário, por favor, mencione ao entrevistador ou a alguém da equipe de profissionais que cuidam de você.

Se este questionário foi respondido por outra pessoa que lhe ajudou, por favor, indique o nome dela aqui: \_\_\_\_\_

Qual é sua relação com ela: \_\_\_\_\_.

#### DADOS PESSOAIS

1. Qual é sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Você é:  Homem  Mulher

3. Qual é seu nível de escolaridade?

- analfabeto  primeiro grau incompleto  primeiro grau completo  
 segundo grau incompleto  segundo grau completo  universitário incompleto  
 universitário completo

4. Qual é o seu estado civil?

- solteiro (a)  divorciado (a)  separado (a)  
 casado (a)  união consensual  viúvo (a)

5. Quantas uniões você teve? \_\_\_\_\_

6. Qual é sua fonte de renda? (marque todas que se aplicam)

- emprego remunerado  seguro-desemprego  renda de cônjuge  
 aposentadoria  pensão privada/investimento ou rendimentos  renda familiar  
 auxílio-doença  pensão dos pais  outras

fontes: \_\_\_\_\_

**7. Qual é sua cor? (marque a resposta que melhor se aplica)**

branca  amarela  parda  negra

**8. Nas últimas 4 semanas você morou (marque todas que se aplicam)**

sozinho(a)  com filho(a)

com companheiro(a) ou  
cônjuge

com  
amigo(a)/colega de quarto  com os pais

outros: \_\_\_\_\_

**9. Com quem você gostaria de morar? (marque todas que se aplicam)**

sozinho(a)  com filho(a)

com companheiro(a) ou  
cônjuge

com  
amigo(a)/colega de quarto  com os pais

outros: \_\_\_\_\_

**10. Nas últimas 4 semanas você morou principalmente (marque apenas uma)**

em apartamento/casa

escola/universidade

em pensão

em instituição (hospital ou casa de repouso)

em república

na prisão

em moradia supervisionada

desabrigado(a)

em quarto alugado

outros (favor especificar): \_\_\_\_\_

**11. Onde você gostaria de morar? (marque apenas uma)**

em apartamento/casa

escola/universidade

em pensão

em instituição (hospital ou casa de repouso)

em república

na prisão

em moradia supervisionada

desabrigado(a)

em quarto alugado

outros (favor especificar): \_\_\_\_\_

**Nível de satisfação****12. Quanto é importante para você:**

Nada importante    Levemente importante    Moderadamente importante    Muito importante    Extremamente importante

a) a maneira com que você gasta seu tempo?

b) sentir-se confortável quando está sozinho?



### ATIVIDADES OCUPACIONAIS

**14. Nas últimas 4 semanas, você: (assinale somente uma)**

- estudou/trabalhou ou ocupou-se com afazeres domésticos da maneira usual
- estudou/trabalhou ou ocupou-se com afazeres domésticos com menos frequência do que de costume
- parou de estudar/trabalhar ou ocupar-se com afazeres domésticos comparado com o que você fazia antes
- não se aplica

**15) Quantas horas por semana você vai à escola ou ao trabalho? |\_\_|\_\_| h/ semana**

**15a) Quantas horas por semana você se ocupa com afazeres domésticos? |\_\_|\_\_| h/semana**

**16) Qual é sua atividade principal? (marque apenas uma)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emprego remunerado                     | <input type="checkbox"/> Programa de tratamento/reabilitação          | <input type="checkbox"/> Atividade sem vínculo empregatício |
| <input type="checkbox"/> Trabalho voluntário ou sem remuneração | <input type="checkbox"/> Oficinas de artesanato/lazer/ <i>hobbies</i> | <input type="checkbox"/> Outros: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Escola                                 | <input type="checkbox"/> Tarefas domésticas                           |   |

**17) O quanto satisfeito ou insatisfeito você está com sua atividade principal?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito         | <input type="checkbox"/> Um pouco insatisfeito            | <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeito | <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito | <input type="checkbox"/> Muito satisfeito         |
| <input type="checkbox"/> Um pouco satisfeito        |   |   |

**18) Você sente que está empenhado na sua atividade: (assinale apenas uma, baseado na resposta para questão 16)**

- Menos do que gostaria       Mais do que gostaria       Na medida certa

**19) O que você gostaria de fazer como atividade principal?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emprego remunerado                     | <input type="checkbox"/> Programa de tratamento/reabilitação          | <input type="checkbox"/> Atividade sem vínculo empregatício |
| <input type="checkbox"/> Trabalho voluntário ou sem remuneração | <input type="checkbox"/> Oficinas de artesanato/lazer/ <i>hobbies</i> | <input type="checkbox"/> Outros: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Escola                                 | <input type="checkbox"/> Tarefas domésticas                           |   |

### BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

**20) Agora nós gostaríamos de saber como você se sente em relação as coisas da sua vida. Para cada questão marque a coluna que melhor reflete a maneira que você se sentiu nas últimas 4 semanas.**

SIM NÃO

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Contente por ter conseguido realizar algo    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Muito sozinho ou distante das outras pessoas |

- c) Entediado
- d) As coisas saíram do jeito que você queria
- e) Tão inquieto que não conseguia ficar muito tempo sentado
- f) Orgulhoso porque alguém o cumprimentou por algo que você fez
- g) Chateado porque alguém o criticou
- h) Particularmente animado ou interessado em algo
- i) Deprimido ou muito triste
- j) Tudo está as mil maravilhas

**21) Nas últimas 4 semanas você diria que seu estado emocional esteve:**

- ruim      regular      bom      muito bom      excelente

### SINTOMAS/ATITUDES

**22) Durante as últimas 4 semanas você (assinale apenas uma)**

- sentiu-se calmo e positivo de modo geral
- teve alguns períodos de ansiedade e depressão
- esteve confuso, amedrontado, ansioso ou deprimido de modo geral.

**23) Existem vários aspectos de incômodo emocional, como por exemplo, sentimentos de depressão, ansiedade, ouvir vozes, etc.**

Indique quanto esses sintomas o incomodaram nas últimas 4 semanas?

- Nada      Um pouco      Moderadamente      Muito      Demais

24) Nas últimas 4 semanas:

	Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente	parte do Maior tempo	Constantemente
a) quanto esses sintomas afetaram sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) você sentiu vontade de se matar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) você sentiu vontade de machucar os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SAÚDE FÍSICA

**25a) Como você descreveria sua saúde física nas últimas 4 semanas?**

- ruim      regular      boa      muito boa      excelente

**25b) Durante as últimas 4 semanas você... (assinale uma)**

- sentiu-se muito bem a maior parte do tempo  
sentiu-se desanimado ou com mal-estar com certa frequência  
sentiu-se doente ou indisposto a maior parte do tempo

**26) Como você se sente em relação a sua saúde física?**

- Muito insatisfeito      Um pouco insatisfeito      Moderadamente satisfeito  
Moderadamente insatisfeito      Nem satisfeito, nem insatisfeito      Muito satisfeito  
Um pouco satisfeito

**27) O quanto sua saúde física é importante para você?**

- Nada importante      Moderadamente importante      Extremamente importante  
Levemente importante      Muito importante

**28) Você está tomando medicação psiquiátrica no momento?**

- sim      não (se não, pule para a questão 33)

**29) Se você está tomando medicação psiquiátrica no momento, você segue as prescrições?**

- Nunca      Às vezes      Sempre  
Muito irregular      Muito frequentemente

**30) Se você está tomando medicação psiquiátrica no momento, você sente algum efeito colateral?**

- Nenhum      Fraco      Moderado      Forte      Severo

**31) Se você toma medicação por problemas de saúde mental (problemas de cabeça), você sente que eles ajudam a controlar seus sintomas?**

- Não ajudam nada      Ajudam um pouco      Ajudam bem      Ajudam muito bem      Eliminam todos os sintomas

**32) Como você se sente em tomar medicação psiquiátrica?**

- Muito insatisfeito      Um pouco insatisfeito      Moderadamente satisfeito  
Moderadamente insatisfeito      Nem satisfeito, nem insatisfeito      Muito satisfeito  
Um pouco satisfeito







de dinheiro  
que você  
tem?

b) ao controle  
que você tem  
sobre o seu  
dinheiro?

**48. A falta de dinheiro, na maioria das vezes, impede-o de realizar aquilo que você gostaria?**

Nunca  Às vezes  Frequentemente  Quase sempre

### ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

**49) Abaixo estão algumas atividades das quais você pode ter participado recentemente. Por favor, marque SIM ou NÃO para indicar se você realizou essas atividades nas últimas 4 semanas.**

SIM	NÃO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) fazer compras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) ir a um restaurante ou café
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) preparar sua comida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) passear de carro ou de ônibus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) lavar a roupa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) limpar o quarto/apartamento/casa

**50) Nas últimas 4 semanas você...**

fez a maioria das coisas sozinho  
 precisou de ajuda para fazer as coisas  
 teve dificuldades em fazer as coisas, mesmo com ajuda

**51) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você teve dificuldade em realizar sua higiene pessoal (por exemplo: tomar banho, escovar os dentes, etc.)?**

Nunca  Às vezes  Frequentemente  Quase sempre

### OBJETIVOS

**52) O que você espera obter como resultado do seu tratamento em saúde mental?**

**Por favor, indique até 3 objetivos.**

a) Objetivo 1:

(i) Qual a importância desse objetivo para você?

Nada importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremamente importante
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(ii) Até que ponto você já atingiu esse objetivo?

Não atingiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atingiu Completamente
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

b) Objetivo 2:

(i) Qual a importância desse objetivo para você?

Nada importante  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Extremamente importante

(ii) Até que ponto você já atingiu esse objetivo?

Não atingiu  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Atingiu completamente

c) Objetivo 3: \_\_\_\_\_

(i) Qual a importância desse objetivo para você?

Nada importante  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Extremamente importante

(ii) Até que ponto você já atingiu esse objetivo?

Não atingiu  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Atingiu completamente

**53) Abaixo estão algumas atividades que você possa ter participado recentemente. Por favor marque SIM ou NÃO para indicar se você realizou estas atividades nas últimas 4 semanas.**

SIM NÃO

- |                          |                          |                                   |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) passear                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) participou de grupo com amigos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) foi ao cinema ou a um jogo     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) leu jornal ou revista          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) assistiu à TV                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) foi à igreja                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) jogou cartas                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h) ouviu rádio                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) fez esporte                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j) foi à biblioteca               |

**54) Por favor, marque o quadrado abaixo que melhor indica como você se sentiu a respeito da sua qualidade de vida nas últimas 4 semanas. A mais baixa qualidade significa que as coisas foram muito ruins. Alta qualidade significa que as coisas foram as melhores possíveis.**

Baixa qualidade  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 alta qualidade

**55) Se sua qualidade de vida é menor do que você esperava, qual a expectativa que você tem em atingir a qualidade de vida que deseja?**

nenhuma baixa moderada alta

**56) Que controle você acha que tem sobre as áreas mais importantes da sua vida?**

nenhum pouco moderado muito

**57) Na sua opinião qual é a importância dos seguintes fatores na determinação da sua qualidade de vida?**

	Nada importante	Levemente importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante
a) trabalho, escola ou outras atividades diárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) seus sentimentos sobre você mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sua saúde física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) amigos, família, pessoas com os quais você passa o seu tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ter dinheiro suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ter habilidade para cuidar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) sintomas (problemas mentais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) o lugar onde você mora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) outros: especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—					

**58) Há mais alguma coisa que você gostaria que nós soubéssemos?**

---



---



---

## ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFT

	<b>CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS</b>	
---	--	---

<b>PARECER CONSUBSTANCIADO</b>	
<b>PROJETO DE PESQUISA OU TIPO DE TRABALHO:</b>	<b>PROCESSO Nº</b> <b>0044/2009</b>

O parecer consubstanciado do relator será utilizado como subsídio para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Tocantins do Tocantins elaborar seu parecer final.

### 1 – Identificação da Proposta de Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

Título: Avaliação da qualidade de vida dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Palmas - TO
Coordenador do Projeto ou Professor Orientador do TCC: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Pesquisadores: Emílio Fernandes Vasques Junior
Curso/ Departamento/Faculdade: Secretaria Municipal de Saúde de Palmas e Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins

### 2 – Análise do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

O projeto está bem fundamentado, com o importante objetivo da avaliação da qualidade de vida na área de saúde mental em Palmas - TO, relacionada à família, trabalho, convívio social.

**2.1 – Objetivos e Adequação metodológica** (Verificar a exequibilidade da proposta, isto é, se existe clareza do objeto, compatibilidade entre os objetivos, a fundamentação teórica e a metodologia ou plano de ação, evidenciando consistência entre objetivos, procedimentos, ações de execução da pesquisa e capacidade do proponente, demonstrada por outros trabalhos similares.)

O alcance dos objetivos geral e específicos está assegurado pela descrição das atividades descritas na metodologia. A metodologia exige esforço do entrevistado e talvez, venha a apresentar alguma dificuldade em sua execução.

#### 2.2 – Avaliação do Questionário a ser aplicado e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O questionário é longo, muito minucioso e de boa qualidade. Está prevista a presença de um acompanhante durante o preenchimento do questionário, cujas questões não apresentam caráter constrangedor.  
O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO é simples e claro, contendo os informes necessários.

#### 2.3 – Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica cobre as finalidades do projeto em número e qualidade suficientes.

**3 – Qualificação do Pesquisador/Orientador** (Indicar os atributos do Pesquisador/Orientador, salientando a titulação e experiência compatível com a função de orientação; qualidade e regularidade da produção científica/tecnológica/artística, compatível com o projeto de pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

O Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz é graduado em Psicologia (OFPA); mestre em Psicologia Experimental (USP); doutor em Psicologia Fisiológica e Comparada (DUSSELDORF); Livre-Docente (USP), artigos publicados em revistas internacionais, apresentando currículo adequado para orientação do projeto em análise.

O pesquisador Emílio Fernandes Vasques Junior é médico (Faculdade de Medicina de Marília, FANEMA), especialização em Saúde Mental (FIOCRUZ); Especialização em Psiquiatria (Associação Brasileira de Psiquiatria), atuando na área de Psiquiatria. O currículo apresentado é muito modesto, com apenas uma página e não encontrei referências de trabalhos publicados pelo pesquisador.

**4 – Parecer conclusivo, recomendações e/ou sugestões:**

O projeto está aprovado.

Recomenda-se retirar do "TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO" o número do telefone do CEP.

**5 – Pendências:** (Enumerar sucintamente as pendências a serem sanadas pelo Coordenador do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

--

**6 – Parecer Consubstanciado**Aprovado:  xAprovado com recomendações: Pendências: Não aprovado: **7 – Dados Pessoais do Membro do CEP-UFT**

Nome Completo: <i>Aparecido O Bertolin</i>		
Telefone(s): <i>63 3232 8023</i>	Instituição: <i>Universidade Federal do Tocantins</i>	
Local: <b>Palmas/TO</b>	Data: <i>26/06/09</i>	Assinatura: 
Assinatura do Coordenador do CEP:		Data da reunião:

*Prof. Dr. Aparecido O. Bertolin*  
Presidente do Comitê de  
Ética em Pesquisa  
CEP-UFT

## ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS



**Aqui sou mais feliz**  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS

Secretaria de Saúde  
Edifício Durval Silva, QD. 103 Sul, Rua SO-07, Lt. 03, Centro – CEP 77.015-030  
Telefone: (63) 3218-5332 / E-mail: [saude@palmas.to.gov.br](mailto:saude@palmas.to.gov.br)

### RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO E PESQUISA

Nº 08 - 02/09

**INSTITUIÇÃO:** Universidade de Brasília - UNB

**PESQUISADOR (A):** Emilio Fernandes Vasques Junior

**ORIENTADOR:** Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

**TÍTULO DO TRABALHO:** "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE PALMAS – TO"

#### PARECER

*Após reavaliação da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa, no dia 15 de junho do corrente ano, e de acordo com a resolução 196/96 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, porém com as seguintes ressalvas:*

- Considerando que o campo de estudo é o local de atividade profissional do proponente do projeto, avaliou-se que a utilização de estagiários para coleta de dados atende os requisitos para pesquisa na Rede Municipal de Saúde, não provocando choque de horários e de papéis (pesquisador e profissional); sendo de responsabilidade do proponente a atuação dos estagiários durante a realização da pesquisa.*

SITUAÇÃO DO PROJETO: **APROVADO**

Palmas, 15 de junho de 2009

**Francileura Pereira da Silva**

Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

## APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, familiar do (a) \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_, concordo que ele (a) participe da pesquisa que pretende avaliar a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos acompanhados pelo CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Palmas- TO, Para tanto, ele vai responder uma entrevista que utilizará cerca de 40 minutos, sendo que, a sua participação neste estudo será muito importante, pois ele irá contribuir para a elaboração de ações na melhoria de sua qualidade de vida, sendo que, as sua resposta nas questões não trarão nenhum prejuízo físico, e o pesquisador não permitirá tão pouco constrangimento psicológico e ele. Para tanto, o pesquisador e os entrevistadores comprometem-se a manter o sigilo absoluto sobre as informações, assegurando o anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, além de dar permissão de desistir em qualquer momento, sem que isto traga qualquer prejuízo a sua pessoa ou família. Fui esclarecido ainda pelo entrevistador que, os resultados deste estudo vão ser analisados pelo próprio pesquisador, não havendo a possibilidade de ser utilizada por outras pessoas, e nem haverá divulgação do seu nome, e somente será usada em prol da ciência. Declaro que fui informado que posso indagar o pesquisador Sr. Emilio Fernandes Vasques Junior se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelo telefone (63) 92267484, no seguinte endereço: Quadra 110 Norte, Alameda 05, Lotes 24 e 26, Plano Diretor Norte de Palmas, e o Professor Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, da Universidade de Brasília – UNB, orientador da pesquisa no endereço Universidade de Brasília - UNB faculdade de Ciências da Saúde Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Asa Norte, Campus Darcy Ribeiro, telefone (61) 33073955, e que os resultados da pesquisa serão disponibilizados quando forem publicados. Fui orientado ainda pelo pesquisador que, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, sito a Av NS 15, ALCNO 14, telefone (63) 3232-8070, conforme nº 0044/2009, e que, está pesquisa atende às exigências éticas e científicas do Conselho Nacional de Pesquisa.

Palmas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Assinatura do (a) participante \_\_\_\_\_

Emilio Fernandes Vasques Junior  
Pesquisador

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz  
Orientador da Pesquisa