UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELA MARTINS FURLAN DE LÉO

Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior matogrossense

Ribeirão Preto
2014

MARCELA MARTINS FURLAN DE LÉO

Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior matogrossense

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Pesquisador: Marcela Martins Furlan de Léo
Orientador: Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Ribeirão Preto
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcialdeste trabalho, por qualquer meio convencional oueletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde quecitada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ***ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE***

Léo, Marcel Martins Furlan de.
Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior matogrossense / Marcel Martins Furlan de Léo. – Ribeirão Preto, 2014

Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Orientador: Antonia Regina Ferreira Furegato

1. Enfermagem em reabilitação. 2. Enfermagem psiquiátrica. 3. Reabilitação. 4. Doentes mentais - Reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem em reabilitação; Informalidade; Reabilitação; Readaptação ao emprego; Readaptação ao mercado de trabalho competitivo.

LÉO, Marcela Martins Furlan de.

Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior matogrossense.

Aprovado em 06/ 11/ 2014

Banca Examinadora

Prof.

Dr._____

Instituição:_____

Assinatura_____

Prof.

Dr._____

Instituição:_____

Assinatura_____

Prof.

Dr._____

Instituição:_____

Assinatura_____

Prof.

Dr._____

Instituição:_____

Assinatura_____

Prof.

Dr._____

Instituição:_____

Assinatura_____

Dedico este esforço

a Maurício de Léo

e a meus filhos,

André Luiz e Lucca,

Por embarcarem comigo neste sonho, todos os dias.

Pela compreensão. Pelo amor.

Vocês são o sentido de minha vida.

AGRADECIMENTO

A meu Anjo da Guarda, pela presença. Pelo incansável aconselhamento. Pela dedicação incondicional. Por ter, tantas vezes, me ajudado a enxergar.
Por me guiar no caminho até aqui, me auxiliando a atribuir o devido valor às experiências.

A Professora Antonia Regina Ferreira Furegato, pelo exemplo de competência, simplicidade e, sobretudo, humanidade. Pela oportunidade que me concedeu, pela grande lição, pela disponibilidade. Por ter, muitas vezes, a paciência de me levar pela mão... Por ter me ensinado, a partir de seu exemplo pessoal, a carregar comigo meus filhos durante os empreendimentos acadêmicos.
São tantos motivos para agradecer, legitimamente.

Ao professor Jair Lício Ferreira Santos, pelo precioso apoio metodológico,
pela disponibilidade, pelo carinho.

A minha mãe, Maria das Graças, pelo incentivo desde minha infância, pela confiança, por acreditar comigo. Por todas as vezes que se ausentou de sua casa para cuidar da minha. Pelo exemplo de honestidade que hoje me ajuda a ser íntegra o suficiente,
para jamais lesar o outro na busca de meus ideais.

A meus sogros, Sra. Sandra e Sr. Zito de Léo (*In Memorian*),
pelo acolhimento incondicional em sua casa, por terem oferecido todas as condições para o curso deste Doutorado, garantindo o bem estar de meus filhos durante as viagens a Ribeirão Preto. Sem eles, esta etapa de minha vida não teria acontecido.
Pela lição de amor.

A professora Cléa Regina de Oliveira Ribeiro,
pela amizade, por ter aberto as portas para este Doutorado, me dirigindo à professora Regina. Por ter me recebido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, há tantos anos, acolhedora, competente, carinhosa. Por estar sempre tão presente, ainda que na ausência física.

Ao professor Paulo Sérgio Moreira, da Universidade Federal de Mato Grosso,

por viabilizar meu afastamento para este trabalho, pelo apoio amigo, pela proximidade.
A Adriana Borela Bortoletti Arantes demais pessoas do setor de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP),
pelo carinho e dedicação sempre que precisei durante esta empreitada.

ARosemeire A. Vicente, da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), pela fundamental colaboração com
a finalização deste estudo.

Ao professor Luiz Jorge Pedrão (USP)
pelo exemplo de vida, com quem aprendi a gentileza e o amor no caminho universitário.

A meus colegas de trabalho na Universidade Federal de Mato Grosso, com quem partilho meu sonho, todos os dias, de quem recebo apoio em minhas lutas.

A todos que me incentivaram, que acreditaram que o Doutorado seria possível, que estiveram comigo, acolhendo minhas lágrimas ou colhendo minhas alegrias, que partilharam comigo este projeto de vida.
São tantas pessoas, e poucas palavras que possam expressar minha gratidão.

A vida é assim mesmo.

É sempre possível deixar o barco atracado

ou só navegar nas baías mansas.

Aí não há perigo de naufrágio.

Mas não há o prazer do calafrio

e do desconhecido.

Rubem Alves

LÉO, M. M. F. de. Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior matogrossense.2014. 176p. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

RESUMO

Em virtude dos danos cognitivos, sensório motores e psicossociais causados pelo transtorno mental no funcionamento ocupacional, a qualidade de vida dos sujeitos é deteriorada e o isolamento e a inatividade se impõem, acentuando a exclusão. OBJETIVO: Identificar o nível de desempenho em atividades de vida independente de portadores de transtornos mentais e correlacionar variáveis. MÉTODO: Estudo transversal descritivo em dois serviços de saúde mental matogrossenses. Amostra constituída por 146 sujeitos (73 portadores de transtorno mental/ 73 informantes destes). Foi feita a Revisão Integrativa da Literatura sobre atividades de vida independente em portadores de transtorno mental, posteriormente aplicado um questionário sociodemográfico e o Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para identificar áreas da vida independente potencialmente prejudicadas. ANÁLISE DOS DADOS: Análise e correlações pelo STATA. Escores obtidos equiparados de acordo com a pontuação do ILSS, no escore global e subescalas.RESULTADOS: Maioria mulheres (71,2%), casados (63%), 35 a44 anos (46%), baixo nível escolar (48% concluíram quarta série), baixo poder de compra (68,6% com renda máxima R$ 1.024,00). Os domínios da vida independente mais comprometidos são Emprego, Lazer e Transporte, que sofreram influência de diagnóstico, tempo de transtorno mental, escolaridade e nível econômico. DISCUSSÃO: Os escores da versão para o informante ficaram em 1,3 (de 0 a 4) e do paciente, em 10,2% (de 0 A 100%), indicando graves limitações em atividades de vida independente e discrepâncias entre a percepção dos dois grupos. Foram correlacionados prejuízo nas atividades de vida independente e baixa escolaridade, baixo nível econômico, desqualificação profissional, maior tendência a abandonar estudos e cursos profissionalizantes. Os homens são mais vulneráveis ao comprometimento e sofrem maior impacto na área laboral. CONCLUSÕES: Os domínios comprometidos são relacionadas à contratualidade e socialização pelas atividades, merecendo intervenções de enfermagem diretas e singulares, macrossociais e empreendidas no habitat.

Descritores: Reabilitação; Enfermagem em Reabilitação; Vida Independente; Atividades Cotidianas.

LÉO, M. M. F. de. Independent living skills in people with mental disorders of matogrossense interior.2014. 176 p.[PhD thesis]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

ABSTRACT

Because of the cognitive, sensory motor and psychosocial damage caused by mental disorders in occupational functioning, quality of life is deteriorating, isolation and inactivity are result, accentuating the deletion. OBJECTIVE: To identify the level of performance in life activities regardless of the mental patients and correlate variables.METHODS: A descriptive cross-sectional study in two Mato Grosso mental health services. Sample of 146 subjects (73 patients with mental disorders / 73 informants of them). Integrative Literature Review was done about independent living activities in patients with mental disorders, afterward to a sociodemographic questionnaire and the Inventory of Independent Living Skills (ILSS-BR) was intended to identify areas of potentially impaired independent living. ANALYSIS: Analysis and correlations by STATA. Similar scores obtained by the score of ILSS, the overall score and subscales. RESULTS: Most women (71.2%), married (63), 44 35 years old (46%), low educational level (48% completed fourth grade), low purchasing power (68.6% with R$1.024,00 maximum income). The more committed areas of independent living are Employment, Leisure and Transport, who have been influenced by diagnosis, duration of mental disorder, education and income. DISCUSSION: The scores for the informant version were 1.3% and patient, at 10.2%, indicating severe limitations in independent living activities and discrepancies between the perceptions of the two groups. Injury were correlated in independent living and low education, low income, greater tendency to abandon studies and vocational courses activities. Men are more vulnerable and suffer greater impact in employment area. CONCLUSIONS: The affected modules are related by contractuality and socialization activities, requiring direct and individuallynursing interventions in macrosocial-habitat.

Descriptors: Rehabilitation; Nursing Rehabilitation; Daily Living; Independent Living.

LÉO, M. M. F. de. Habilidades de vida independiente para las personas contrastornosmentalesMatogrossense interior. 2014. 176p. [TesisDoctoral].Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

RESUMEN

Debido a la motor sensorial cognitiva y daño psicológico causado por lostrastornosmentalesenelfuncionamiento ocupacional, calidad de vida se deteriora y elaislamiento tema y lainactividadsonnecesarios, lo que acentúalalaexclusión social. OBJETIVO: Identificar elnivel de desempeñoenactividades de la vida independiente de los pacientes mentales y correlacionar variables. MÉTODOS: Estudiodescriptivo de corte transversal en dos servicios de salud mental de Mato Grosso. Muestra de 146 sujetos (73 pacientes contrastornosmentales / 73 estos informantes). Integrativa Revisión de la literatura se realizó sobre lasactividades de vida independienteenlos pacientes contrastornosmentales, después de uncuestionariosociodemográfico y el Inventario de Habilidades de Vida Independiente (ILSS-BR) enlossujetos para identificar áreas de potencial alteración de la vida independiente. ANÁLISIS: El análisis y correlaciones por STATA. Puntuaciones similares obtenidos por lapuntuación de ILSS, lapuntuación total y lassubescalas. RESULTADOS: La mayoría de lasmujeres (71,2%), casados (63), A44 35 años (46%), bajo nivel educativo (48% completado cuarto grado), el bajo poder adquisitivo (68,6% a R $ 1.024 de renta máxima 00). Las áreas de la vida independienteson de Empleo más comprometidos, de ocio y transporte, que han sido influenciados por el diagnóstico, laduración de laenfermedad mental, laeducación y losingresos. DISCUSIÓN: Lascalificaciones de laversión informante fueron de 1,3% y el paciente, enel 10,2%, lo que indica graves limitacionesenlasactividades de vida independiente y lasdiscrepancias entre las percepciones de los dos grupos. Lesión se correlacionaronenla vida independiente y laeducación bajo, bajosingresos, mejora de lascompetencias, una mayortendencia a abandonar losestudios y actividades de los cursos de formaciónprofesional. Los hombresson más vulnerables a comprometer y sufrirmayor impacto enelempleo de la zona. CONCLUSIONES: Los módulos afectados se relacionan mediante actividadescontractualidad y socialización, las intervenciones que merecen-hábitat macro directa y individualmente, y llevado a cabo enlaenfermería.

Palabras clave: Rehabilitación; EnfermeríaenRehabilitación; Vida Independiente; Actividades de la Vida Diaria.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo do comportamento ocupacional, a partir do Modelo de Ocupação Humana.....40
Figura 2 - Distribuição de classe econômica por pontos e renda média familiar (CCEB/ ABEP)..... 56
Figura 3 –Distribuição dos 46 portadores de transtorno mental que recebem renda mensal justificada - emprego, aposentadoria ou Benefício de Prestação continuada (BPC), Sinop, Brasil, 2014. 82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação percentual entre estado civil, arranjo domiciliar e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014 51

Gráfico 2 - Relação entre arranjo domiciliar e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014 51

Gráfico 3 - Posição hierárquica no domicílio (provedores, não provedores e dependentes) em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014 59

Gráfico 4 - Distribuição percentual de homens e mulheres portadores de transtornos mentais em relação à situação laboral antes e após o desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014 60

Gráfico 5 - Distribuição etária dos portadores de transtornos mentais que estão atualmente trabalhando, Sinop, Brasil, 2014 61

Gráfico 6 - Distribuição percentual de profissões/ocupações exercidas por mulheres portadoras de transtorno mental antes e posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, de acordo com a CBO 22, Sinop, Brasil, 2014. 62

Gráfico 7 - Distribuição da frequência relativa de profissões/ocupações exercidas pelos homens portadores de transtorno mental anteriormente e posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, de acordo com a CBO, Sinop, Brasil, 2014. 63

Gráfico 8 - Relação percentual entre idade e situação laboral e previdenciária atual em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014 64

Gráfico 9 - Relação percentual entre idade dos portadores de transtornos mentais atualmente empregados e formalidade e informalidade do trabalho atual, Sinop, Brasil, 2014 64

Gráfico 10 - Distribuição percentual de mulheres portadoras de transtorno mental que trabalharam, em relação à sua inserção no mercado formal e informal, antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014 65

Gráfico 11 - Distribuição percentual de homens portadores de transtorno mental que trabalharam em relação à sua inserção no mercado formal e informal, antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014 66
Gráfico 12 - Distribuição percentual de mulheres portadoras de transtorno mental em função do tipo de trabalho (formalidade/ informalidade) e regime de trabalho (CLT, autônomo que contribui com a previdência e autônomo informal), antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014. 67
Gráfico 13 - Distribuição percentual de homens portadores de transtorno mental em função do tipo de trabalho (formalidade/ informalidade) e regime de trabalho (CLT, autônomo que contribui com a previdência e autônomo informal), antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014 67
Gráfico 14 - Distribuição de portadores de transtornos mentais com menos de 34 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014. 68
Gráfico15 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais na faixa etária de 35 a 44 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014. 68
Gráfico18 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais na faixa etária de 45 a 54 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014 69
Gráfico17 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais com mais de 55 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014. 69
Gráfico 18 - Percentual de licenças e aposentadorias, especificadas por causa, em homens e mulheres portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014 70
Gráfico 19 - Relação entre nível de escolaridade e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014 73
Gráfico 20 - Desfechos dos cursos profissionalizantes iniciados por portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental de Sinop, Brasil, 2014 75
Gráfico 21 - Distribuição de portadores de transtornos mentais inseridos no mercado de trabalho e sua relação com a área de formação profissional, antes e após desenvolverem transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014 79

Gráfico 22 - Relação entre emprego/cargo atuais em relação aos exercidos após o desenvolvimento do transtorno mental (manutenção do cargo/ emprego, ascensão, rebaixamento, readaptação de função), por idade, em portadores de transtornos mentais, Sinop, Brasil, 2014 81
Gráfico 23 – Distribuição dos portadores de transtornos mentais (33) que trabalham atualmente em relação ao emprego/ cargo exercidos após o desenvolvimento do transtorno mental (manutenção do cargo/ emprego, ascensão, rebaixamento, readaptação de função), Sinop, Brasil, 2014 81
Gráfico 24. Distribuição percentual de diagnósticos psiquiátricos de pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop em relação à idade, Brasil, 2014 91
Gráfico 25 – Distribuição de homens e mulheres atendidos em serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, por tempo vivido de transtorno mental, Brasil, 2014 92
Gráfico 26 – Distribuição percentual de agravos à saúde, excluindo transtorno mental, apresentados por 31 pacientes de serviços abertos de atenção em saúde mental do interior mato-grossense, Brasil, 2014

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação dos resultados da Revisão Integrativa da Literatura sobre Habilidades de vida independente em portadores de transtorno mental, a partir dos descritores (DeCS/ MeSH) Desempenho psicomotor; vida independente; reabilitação; autonomia pessoal; atividades cotidianas, Brasil, 2014. 44

Tabela 2 - Relação entre sexo e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 49

Tabela 3. Relação entre estado civil e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014 50

Tabela 4 - Relação entre filhos e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 52

Tabela 5 - Relação entre ter filhos e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 52

Tabela 6 - Relação entre sexo e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 53

Tabela 7 - Relação entre etnia e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 53

Tabela 8 - Relação entre etnia e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 54

Tabela 9 - Relação entre procedência e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 214. 55

Tabela 10 - Relação entre classe econômica e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 56

Tabela 11 - Relação entre classe econômica e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 57

Tabela 12 - Relação entre posição hierárquica no domicílio e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 58

Tabela 13 - Relação entre posição hierárquica no domicílio e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014. 59

Tabela 14 – Situação laboral atual de portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, por idade, Brasil, 2014. 64

Tabela 15 - Relação entre escolaridade e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014. 71
Tabela 16 - Relação entre situação escolar atual e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014. 71
Tabela 17 - Relação entre escolaridade e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014. 72
Tabela 18 - Relação entre situação escolar atual e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014. 73
Tabela 19 - Relação entre educação profissionalizante e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014**.** **74**
Tabela 20 - Relação entre situação escolar profissionalizante e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014. 75
Tabela 21 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período anterior ao desenvolvimento do transtorno mental, por sexo, Brasil, 2014. 76
Tabela 22 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período anterior ao desenvolvimento do transtorno mental, excluindo a atualidade, por idade, Brasil, 2014. 77
Tabela 23 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período posterior ao desenvolvimento do transtorno mental, excluindo a atualidade, por sexo, Brasil, 2014. 77
Tabela 24 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período posterior ao desenvolvimento do transtorno mental, excluindo a atualidade, por idade, Brasil, 2014. 78
Tabela 25 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período atual, excluindo a atualidade, por sexo, Brasil, 2014. 78
Tabela 26 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período atual, excluindo a atualidade, por idade, Brasil, 2014. 79
Tabela 27 - Relação entre emprego/cargo atuais em relação aos exercidos após o desenvolvimento do transtorno mental (manutenção do cargo/ emprego, ascensão, rebaixamento, readaptação de função), por sexo, em portadores de transtornos mentais, Sinop, Brasil, 2014. 80
Tabela 28 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado antes de desenvolver transtorno mental, por sexo, Brasil, 2014. 83

Tabela 29 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado antes de desenvolver transtorno mental, por idade, Brasil, 2014. 83
Tabela 30 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental, excluindo-se o período atual, por sexo, Brasil, 2014. 84
Tabela 31 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental, excluindo-se o período atual, por idade, Brasil, 2014. 85
Tabela 32 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não trabalhar atualmente, por sexo, Brasil, 2014. 86
Tabela 33 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não trabalhar atualmente, por idade, Brasil, 2014. 87
Tabela 34 – Diagnóstico psiquiátrico principal (CID – 10) por sexo em portadores de transtornos mentais dos serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014. 88
Tabela 35 – Distribuição dos 38 pacientes diagnosticados com Transtornos do humor (F30-39), segundo as subcategorias da categoria diagnóstica (CID – 10), Sinop, Brasil, 2014. 89
Tabela 36 – Diagnóstico psiquiátrico principal (CID – 10), por idade, em portadores de transtornos mentais dos serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014. 90
Tabela 37 – Agravos de causa orgânica (exclui-se transtorno mental), por sexo, em pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014 92
Tabela 38 – Agravos de causa orgânica (exclui-se transtorno mental), por idade, em pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014 93
Tabela 39 – Consumo de substancias psicoativas licitas e ou ilícitas, por sexo, em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental do interior mato-grossense, Brasil, 2014 94
Tabela 40 – Uso de prótese ou órtese, por idade, em pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014. 95
Tabela 41 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus

informantes, por diagnóstico médico (CID-1), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 97
Tabela 42 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por tempo de desenvolvimento do transtorno mental, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 98
Tabela 43 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por escolaridade, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 99
Tabela 44 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por nível econômico (CCEB – ABEP, 212), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 100
Tabela 45 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por diagnóstico médico (CID-1), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 101
Tabela 46 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por tempo de desenvolvimento do transtorno mental, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 101
Tabela 47 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por escolaridade, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 102
Tabela 48 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por nível econômico (CCEB – ABEP, 212), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 103
Tabela 49 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por diagnóstico médico (CID-1), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 104

Tabela 50 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por tempo de desenvolvimento do transtorno mental, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 105
Tabela 51 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por escolaridade, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 105
Tabela 52 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por nível econômico (CCEB – ABEP, 212), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014. 106

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 22
2. OBJETIVO 23
2.1 Objetivo geral 23
2.2 Objetivo geral. 23
3. MÉTODO 24
3.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA **24**
3.1.1 Referencial metodológico 24
3.1.2 Definição da questão norteadora 25
3.1.3 Coleta de dados 26
3.1.4 Análise crítica dos dados 27
3.1.5 Interpretação dos dados 28
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E IDENTIFICAÇÃO DO DESEMPENHO EM ATIVIDADES DE VIDA INDEPENDENTE 28
3.2.1 Local da pesquisa e população 29
3.2.2 Sujeitos da pesquisa 30
3.2.3 Tamanho da amostra 31
3.2.4 Instrumentos de coleta de dados 31
3.2.5 Procedimento de coleta de dados 34
3.2.6 Procedimentos éticos 36
3.2.7 Análise dos dados 36
4. REFERENCIAL TEÓRICO 37
5. RESULTADOS 44
5.1 Revisão Integrativa da Literatura: habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais 44
5.2 Caracterização por idade e sexo 49
5.3 Situação socioeconômica e inserção no mercado de trabalho 55
5.4 Inserção no mercado de trabalho ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental 59
5.5 Escolaridade e profissionalização 70
5.6 Relação entre a ocupação/ profissão exercida e a área de formação 75

5.7 Justificativas para não imergir no mercado de trabalho ou para interromper a atividade laboral 82
5.8 Morbidade 88
5.9 Desempenho em atividades de vida independente (ILSS-BR) 95
5.9.1 Habilidades para o emprego e manutenção do trabalho 96
5.9.2 Habilidades para o lazer 100
5.9.3 Habilidades para o transporte 103
6. DISCUSSÃO. 107
7. CONCLUSÕES 124
8. REFERÊNCIAS 126
APÊNDICES
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VERSÃO PACIENTE 133
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VERSÃO INFORMANTE) 135
APÊNDICE 3 - Instrumento de coleta de dados para revisão integrativa da literatura 137
APÊNDICE 4 - Caracterização dos sujeitos 140
APÊNDICE 5 - Habilidades de vida independente (%) por tempo vivido de transtorno mental 147
APÊNDICE 6 - Habilidades de vida independente (%) por diagnóstico psiquiátrico (CID – 10) 150
APÊNDICE 7. Habilidades de vida independente (%) por nível econômico (CCEB – ABEP) 153
ANEXOS
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 157
ANEXO B - Inventário de Habilidades de Vida Independente(ILSS – BR) VERSÃO PARA O PACIENTE 158
ANEXO C - Inventário De Habilidades De Vida Independente (ILSS-BR)VERSÃO PARA O INFORMANTE 166
ANEXO D - Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID – 1) Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F-F99) 173

1. INTRODUÇÃO

O transtorno mental é um dos problemas de saúde pública mais importantes e tem alta prevalência mundial (os casos severos afetam 3% da população), sendo responsável pelo maior número de anos de vida saudável perdidos em razão de doença crônica, considerando-se indicadores de mortalidade e incapacidade (correspondem a 18% da carga global de doenças, podendo-se acrescer 1% quando se consideram homicídios e acidentes de trânsito) (BRASIL, 2010; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; REICHENHEIM et al., 2011; WHO, 2012).

O agravo gera alto custo social e econômico, atinge pessoas de todas as idades e causa incapacitações graves e definitivas que aumentam a demanda no sistema de saúde (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Compromete o desempenho ocupacional, prejudicando as habilidades de vida independente, a produtividade e os relacionamentos, contribuindo para a exclusão social (ABELHA, 2006; KAPLAN, 2007; SÁ JUNIOR; SOUZA, 2007), apontando para a atuação profissional em ações individualizadas que otimizem a adaptação e o convívio com incapacidades (BEZERRA; SANTOS, 2008).

Para enfrentar o problema, serviços abertos de saúde mental na comunidade pretendem minimizar limitações e maximizar a autonomia dos sujeitos, com vistas à inclusão social, por meio da reabilitação psicossocial (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006).

A enfermagem assiste o portador de transtorno mental tanto na saúde mental quanto em outras subáreas da saúde, já que ele circula pelo sistema de saúde, facilitando o desenvolvimento de habilidades sociais e pragmáticas, a partir da perspectiva psicossocial, que prevê a ampliação da rede social de apoio, o trabalho com valor social e o aumento das habilidades pessoais para minimizar danos e deficiências que possam estar relacionadas ao transtorno mental, em virtude do prejuízo funcional (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006; WHO, 2012).

Este trabalho se inscreve no projeto terapêutico singular (PTS), um dispositivo que norteia a dinâmica interdisciplinar para atingir objetivos clínicos, ao evidenciar os principais domínios de habilidades ocupacionais que estão prevalentemente prejudicados, constituindo necessidades a serem diagnosticadas para o planejamento de uma assistência centrada na pessoa, visando a promoção da inclusão social destas pessoas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar o nível de desempenho em atividades de vida independente de portadores de transtornos mentais e variáveis correlacionadas.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Desenvolver a Revisão Integrativa da Literatura sobre desempenho em atividades de vida independente em portadores de transtornos mentais, e

2.2.2 Identificar o nível de funcionamento de portadores de transtornos mentais em atividades de vida independente, segundo o Independent Living SkillsSurvey (Inventário De Habilidades De Vida Independente).

3. MÉTODO

Inicialmente foi empreendida a Revisão Integrativa da Literatura, que pretendeu descrever o fenômeno do funcionamento em atividades de vida independente em portadores de transtornos mentais.

Posteriormente foi mensurado o desempenho ocupacional em uma amostra de portadores de transtorno mental em tratamento em serviços abertos de saúde mental, por meio do Independent Living Skills Survey (Inventário De Habilidades De Vida Independente) – versão brasileira (ILSS-BR) (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003). Este instrumento foi aplicado em pacientes (versão para o paciente) e em seus familiares (versão para o informante) para comparar os dados.

Um instrumento de caracterização dos sujeitos foi útil para identificar variáveis que interferem no desempenho de atividades independentes.

Estas informações foram importantes para responder à hipótese deste estudo: **o prejuízo em atividades de vida independente limita a inserção do portador de transtorno mental e deve ser alvo do cuidado de enfermagem.**

Estes dados pretendem subsidiar o cuidado de enfermagem sob a perspectiva psicossocial, baseado em evidências sobre quais são as reais necessidades, ou seja, quais domínios da vida independente estão comprometidos, para o desenvolvimento de propostas de inclusão funcional destas pessoas na comunidade.

3.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

3.1.1 Referencial metodológico

A revisão integrativa consiste em um dos métodos ordenados de revisão de literatura que permite explorar amplamente o conteúdo experimental e não experimental de estudos científicos elaborados a partir de múltiplas vertentes metodológicas, inclusive qualitativa, o que é particularmente importante no campo da enfermagem, que dispõe de um rol limitado de pesquisas experimentais; a multiplicidade de pesquisas compiladas contribui para o

aprofundamento na compreensão e maior abrangência de conclusões sobre o tema (MENDES, 2008).

Os textos elencados são organizados visualmente em um instrumento de coleta de dados e elementos figurativos (gráficos, quadros e tabelas) que permitem ao leitor comparar as informações revisadas detalhadamente, além de contar com comentários críticos do pesquisador sobre possíveis vieses, acurácia e pertinência do método utilizado no estudo primário; estas vantagens do método lhe garantem o uso atual na prática clínica baseada em evidências (PBE) em várias áreas do conhecimento, incluindo a enfermagem (MENDES, 2008; SOUZA, 2010).

A busca pela aplicação do referencial científico na prática da enfermagem lhe confere seriedade, oportunizando a avaliação objetiva da relação custo-benefício, determinação de objetivos e avaliação mensurável de resultados das intervenções propostas, e é seguida pelo reconhecimento social.

Em especial no que tange à saúde mental e enfermagem psiquiátrica, o procedimento de revisão integrativa, por si só, traz contribuições para o desenvolvimento de uma prática clínica centrada em evidências sobre o desempenho funcional e ocupacional de portadores de transtornos mentais.

3.1.2 Definição da questão norteadora

Considerando a relevância da autonomia do portador de transtorno mental em seu processo de inclusão social - que é foco das políticas contemporâneas de saúde mental – e o papel da enfermagem psiquiátrica neste processo, foi investigado, enquanto problema do estudo, *se o desempenho em atividades de vida independente está prejudicado em pessoas com transtorno mental.*

A partir desta constatação, foi possível compreender se o prejuízo em atividades de vida independente esbarra na enfermagem, enquanto foco de intervenção na reabilitação psicossocial.

A experiência clínica da pesquisadora aponta para esta questão como central para o trabalho da enfermagem em saúde mental: é importante que o método de trabalho da enfermagem, a reabilitação psicossocial, seja baseado em evidências clínicas, contrariando um

serviço empírico e inverificável. Estas evidências pretendem sustentar planos de cuidados e intervenções mensuráveis e com maior possibilidade de assertividade.

O plano de cuidados centrado em evidências sobre o funcionamento do sujeito em atividades de vida independente resultará no Projeto Terapêutico Singular (PTS) direcionado, que objetive minimizar o impacto desta limitação na qualidade de vida do paciente e maximizar experiências funcionais e inclusivas.

3.1.3 Coleta de dados

A coleta de dados para a revisão integrativa consiste na reunião de material científico publicado sobre o tema a partir da definição clara e objetiva da questão norteadora, devendo partir da adoção de um instrumento que possibilite sintetizar as informações-chave pré-designadas (MENDES, 2008).

Foram compilados artigos publicados em bases informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE), Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo (DEDALUS) e Portal de Periódicos da CAPES, que contemplaram os idiomas português, inglês e espanhol.

Os descritores selecionados para a revisão por intermédio do sistema DeCS/ MeSH da Biblioteca Virtual de Saúde foram: *Desempenho psicomotor (psychomotor performance); vida independente (independent living); reabilitação (rehabilitation); autonomia pessoal (personalautonomy); atividades cotidianas (dailyactivities).*

A revisão foi realizada em julho de 2013 e atualizada em 2014, utilizando-se, para isto, um instrumento elaborado pelo estudo contendo itens investigativos que contemplaram as informações: identificação dos sujeitos, metodologia utilizada, tamanho da amostra, variáveis, método de análise e conceitos fundamentais dos estudos em questão (APÊNDICE 3).

O objetivo do instrumento é dispor igualitariamente os principais achados trazidos pelos artigos compilados para fins de comparação e avaliação de sua pertinência e ainda identificar possíveis vieses.

Considerando que a literatura sobre o tema se mostrou escassa em uma avaliação preliminar, e que se trata de um assunto atemporal, não será feito recorte histórico das publicações.

Foram selecionados os artigos de acordo com os critérios de inclusão:

- artigos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e/ ou espanhol;
- abordagem sobre o fenômeno em pessoas adultas;
- artigos que abordem no resumo as informações-chave abaixo descritas, a partir da combinação dos descritores anteriormente referidos.

As informações buscadas nos artigos incluíram definição e características de atividades de vida independente e desempenho de portadores de transtornos mentais em atividades de vida independente. A coleta de dados tem papel fundamental na Revisão ao clarear elementos próprios que constituem o termo atividades de vida independente, diferenciando-o de outros.

Foram encontrados, a partir dos referidos descritores em bases de dados indexadas, 172 artigos científicos. Os resumos foram explorados com a finalidade de identificar a resposta para as questões norteadoras e, destes, 143 foram excluídos da amostra.

Os 29 selecionados foram estudados exaustivamente, porém 9 deles ofereceram a resposta buscada e, portanto, constituíram a amostra do estudo.

3.1.4 Análise crítica dos dados

A pertinência da inclusão dos artigos, bem como o uso dos dados depende da avaliação do pesquisador, de acordo com sua experiência clínica e fundamentação na literatura.

O nível de evidência segundo Stetler (1998) contribuiu para avaliar o rigor metodológico dos estudos selecionados e, portanto, sua aplicabilidade ao presente estudo de revisão. Esta avaliação crítica rigorosa reduz o número de artigos a serem incluídos na fase final da revisão e ajuda a buscar explicações para resultados conflitantes ou diferentes entre amostra, além de apontar lacunas para estudos posteriores, segundo recomendam Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Os dados coletados foram agrupados em uma planilha do EXCEL que contemplou os itens investigativos do instrumento de coleta de dados, comparados a partir do referencial

teórico, analisados sistematicamente, interpretados e discutidas suas convergências, objetivos, lacunas e possíveis vieses (MENDES, 2008).

3.1.5 Interpretação dos dados

Nesta etapa os dados reunidos e analisados em relação ao rigor metodológico foram interpretados e comparados para tecer a relação entre o desempenho em atividades de vida independente e a pessoa que sofre com o transtorno mental: a relação existe? Como ela acontece? Quais elementos a compõem? Quais são os domínios da vida independente mais acometidos em pessoas com transtorno mental?

Para isso foi fundamental interpretar se a definição e características do objeto são suficientes para constituí-lo uma possível resposta do portador de transtorno mental, passível de intervenção pela enfermagem; em outras palavras, se esta resposta é sensível ao cuidado de enfermagem.

A apresentação dos dados foi incluída na sessão Resultados deste trabalho.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E IDENTIFICAÇÃO DO DESEMPENHO EM ATIVIDADES DE VIDA INDEPENDENTE

Esta etapa constituiu um estudo transversal descritivo realizado em dois serviços abertos de atenção psicossocial do interior matogrossense.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário para caracterização dos sujeitos e uma escala para mensurar o funcionamento ocupacional em atividades de vida independente, em dois grupos de sujeitos: uma amostra de pacientes portadores de transtornos mentais e outra de informantes destes mesmos pacientes (familiares ou cuidadores, para comparar as informações e aumentar a fidedignidade das respostas, considerando-se o prejuízo cognitivo dos portadores de transtornos mentais).

Este procedimento de avaliação funcional é importante porque fornecerá dados para avaliar em que nível o agravo, no caso o transtorno mental, compromete o desempenho em atividades cotidianas de forma autônoma (FANGEL et al., 2013).

3.2.1 Local da pesquisa e população:

Os sujeitos da pesquisa foram recrutados em dois serviços de atenção psicossocial do município de Sinop, ao norte do Estado de Mato Grosso, sendo um Ambulatório de Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atendem adultos, portadores de transtornos mentais, excluindo-se a demanda de álcool e outras drogas.

Ambos são geridos pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde e atendem a demanda referenciada do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito local-municipal, além da demanda espontânea, no horário comercial.

O CAPS é destinado ao tratamento de transtornos mentais severos e persistentes, cujas características extrapolam a capacidade técnica da rede básica de saúde e dos ambulatórios de saúde mental (BRASIL, 2010) e atende mensalmente uma média de 100 pacientes. Oferece atendimento psiquiátrico especializado de medicina (1 psiquiatra), enfermagem (1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem), terapia ocupacional (1 terapeuta ocupacional), psicologia (2 psicólogos), assistência social (1 assistente social), e dispõe ainda de 2 técnicos administrativos.

Além das consultas médica e psicológica, os pacientes participam de atividades individuais e/ ou em grupo, propostas pelos profissionais (psicoterapias, oficinas de terapia ocupacional, grupos de educação em saúde, grupos de assistência social, grupos de família).

A frequência do paciente ao serviço e as atividades das quais participará são definidas de acordo com a gravidade e tipo de agravo. Em geral as intervenções se restringem ao espaço interno do serviço.

Cada atendimento no CAPS é registrado formalmente como um *procedimento* no prontuário do paciente e em um sistema de controle de produtividade (por exemplo, uma administração de medicamento, a participação em um grupo de terapia ocupacional, uma consulta psiquiátrica, um atendimento de enfermagem, entrega de medicamentos, etc). Cada procedimento tem sua equivalência financeira, em reais, de acordo com tabelas de honorários profissionais.

Os servidores devem atingir uma meta individual de produtividade para garantir o repasse de verbas ao serviço, pelas secretarias. Assim, existe uma política de incentivo à quantidade dos atendimentos multiprofissionais, proposta pelas secretarias de saúde e adotada por todos os serviços mantidos pelo SUS no município. Não são adotadas medidas de avaliação qualitativa dos serviços prestados.

Para ser admitido no serviço, o tipo e gravidade do quadro clínico deve requerer atendimentos regulares e intervenções multiprofissionais. Do contrário, o caso é encaminhado ao Ambulatório de Saúde Mental ou a uma Unidade Básica de Saúde, apesar da resistência dos profissionais deste âmbito de atenção.

O Ambulatório de Saúde Mental é vinculado ao Serviço de Especialidades Médicas (SEM) e se destina ao tratamento de transtornos mentais comuns ou menores, que dispensam atenção multiprofissional e intensiva, ou pacientes que não aderem ao CAPS, apesar da indicação multiprofissional. Dispõe de um médico psiquiatra ou médico especialista em psiquiatria, unicamente, que atende em consultório 16 pacientes por dia, quatro vezes por semana, totalizando, em média, 244 atendimentos mensais. Excluindo-se os retornos ou duplicidade de sujeitos no mesmo mês (pacientes atendidos duas vezes no mesmo mês, com intervalo de 15 dias ou menos), estima-se que sejam atendidos 200 pacientes mensais (base de cálculo relativa a março de 2013, de acordo com o Serviço de Arquivo Médico da instituição).

O retorno é agendado para quinze, trinta, sessenta ou noventa dias, a depender do tipo e gravidade do transtorno mental. O paciente pode, ainda, ser encaminhado a uma Unidade Básica de Saúde, ao CAPS ou ao Pronto Atendimento Municipal, a depender da gravidade dos sintomas. Normalmente a alta do CAPS culmina em encaminhamento ao Ambulatório de Saúde Mental, garantindo assistência especializada não intensiva no momento em que o paciente retomará sua rotina diária sem o amparo multiprofissional. Os pacientes não podem ser matriculados simultaneamente nos dois serviços.

3.2.2 Sujeitos da pesquisa

A) Pacientes (P): Foram selecionados pacientes (P) do CAPS e do Ambulatório de Saúde Mental, em uma amostra aleatória, com base nos critérios de inclusão:

- Estar matriculado como paciente no CAPS ou no Ambulatório de Saúde Mental;
- Estar presente no local da pesquisa, nos dias de coleta de dados;
- Ter idade superior a 18 anos, no momento da coleta dos dados;
- Apresentar condições para compreender os termos de sua participação na pesquisa e responder às perguntas do instrumento;

- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante registro no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – versão para o paciente (P) (APÊNDICE 1);
- Dispor de um familiar ou cuidador que aceite participar da pesquisa e responder ao instrumento de coleta de dados (versão para o informante).

B) Informantes (I): Os familiares ou cuidadores dos mesmos pacientes,que terão sido recrutados no CAPS e no ambulatório, também participaram da pesquisa como informantes (I), compreendendo os seguintes critérios de inclusão:

- Conviver ou ser intimamente vinculado ao paciente a ponto de conhecer sua rotina e atestar a frequência de realização de atividades de vida independente pelo paciente ao longo dos últimos trinta dias que terão precedido a coleta de dados;
- Ter idade superior a 18 anos, no momento da coleta dos dados;
- Apresentar condições para compreender os termos de sua participação na pesquisa e responder às perguntas do instrumento;
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante registro no TCLE – versão para o informante (I) (APÊNDICE 2).

3.2.3 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado para estimar as proporções de interesse com um erro máximo de 1%, sob 95% de probabilidade (SILVA, 2004). Nestas condições,calculou-se o valor inicial da amostra: n (inicial) = 96.

Para a devida correção decorrente da população de referência ser finita, foi considerado que os dois serviços apresentam em conjunto um volume mensal de atendimento de 300 pacientes. Assim, a amostra final desse movimento foi composta por n = 73 pacientes, sendo 24 no CAPS e 49 no Ambulatório.

Considerando que foram incluídos um informante para cada paciente, essa amostra foi constituída por 73 informantes, totalizando 146 sujeitos.

3.2.4 Instrumentos de coleta de dados

a) Questionário para Caracterização dos Sujeitos: criado pelos pesquisadores especificamente para este estudo e inclui dados demográficos (sexo, idade, etnia, estado civil, arranjo domiciliar, filhos, classificação econômica e posição hierárquica no ambiente familiar), clínico-psiquiátricos (diagnóstico, interface com consumo e abuso de drogas, tempo de transtorno mental e contextualização ocupacional e laboral, outros agravos à saúde, uso de serviços de saúde, uso de prótese ou órteses) e informações sobre o funcionamento escolar e laboral (escolaridade, profissionalização, situação escolar e laboral anterior à manifestação do transtorno mental, situação escolar e laboral atual contextualizada em relação ao tempo de manifestação do transtorno mental, justificativa de não estudar ou trabalhar) (APÊNDICE 4).

b) Independent Living SkillsSurvey (Inventário De Habilidades De Vida Independente) – versão brasileira (ILSS-BR) (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003): objetiva medir o construto "funcionalidade" a partir da frequência de atividades de vida independente dos pacientes portadores de transtornos mentais nos últimos 30 dias anteriores à sua aplicação (WALLACE, 1986).

A escala foi adaptada para a realidade brasileira (ILSS-BR) em duas versões, ambas validadas, uma para ser aplicada junto ao paciente (ILSS-BR-P), considerando, portanto, a sua própria percepção sobre seu desempenho nas atividades cotidianas, e outra para o seu informante (familiar ou cuidador) (ILSS-BR-I). No ILSS-BR-I o informante responderá sobre as atividades ocupacionais do portador de transtorno mental em questão.

O ILSS foi validado em termos de consistência interna, validade concorrente, estabilidade temporal e confiabilidade entre os observadores e foi considerado adequado em termos de propriedades psicométricas (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003;MARTINI et al., 2012).

As versões do ILSS para o paciente e para o informante preveem cálculos específicos para determinação da pontuação, disponíveis ao final das duas escalas. Na versão para o paciente o resultado significará a porcentagem de habilidade nas atividades de vida independente (0 a 100%), e na versão para o informante será obtido um escore entre 0 e 4, em que 4 significa maior nível de autonomia nestas atividades.

Independent Living SkillsSurvey (Inventário De Habilidades De Vida Independente) – versão brasileira (ILSS-BR-I) para o informante

Na versão para o informante, todos os itens permitem mensurar o grau de desempenho funcional do paciente em atividades cotidianas, por meio de uma escala do tipo *likert* com cinco categorias ou alternativas, em que a frequência do item assinalada pelo respondente é emparelhada a números inteiros (escalonada de 0 a 4, em que o paciente 0 = *nunca realiza esta atividade* e 4 = *sempre realiza*).

Esta versão dispõe de 84 itens, suficientes para representar todas as dimensões do construto em relação ao contexto cultural, cujos nove fatores são: alimentação, preparo e conservação de alimentos, gerenciamento de dinheiro, uso de transporte, inserção no emprego, cuidados pessoais, atividades domésticas, hábitos de saúde e lazer (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003).

Independent Living SkillsSurvey (Inventário De Habilidades De Vida Independente) – versão brasileira (ILSS-BR) para o paciente

A versão para o paciente (ILSS-BR-P) foi validada com portadores de esquizofrenia, adaptada com 7 itens divididos em 10 domínios: higiene pessoal, aparência e vestuário, cuidado com os objetos pessoais, preparo dos alimentos, saúde, administração do dinheiro, transporte, lazer, emprego e manutenção do trabalho (MARTINI et al., 2012). Para cada item sobre a realização da atividade ocupacional nos últimos trinta dias, estão disponíveis três categorias de respostas ou alternativas, correspondentes a SIM, NÃO e NÃO SE APLICA.

O item *Não se aplica* se refere a tarefas do dia a dia que são culturalmente destinadas a outras pessoas (funcionária doméstica ou um familiar que naturalmente assumiu a função, independentemente do comprometimento psicomotor do paciente).

O teste originalmente é autoaplicável, mas por tratar de portadores de disfunção cognitiva, seu criador (WALLACE, 1986; MARTINI, et al., 2012) recomenda que o entrevistador conduza as questões e assinale as respostas obtidas junto aos pacientes.

Cálculo da pontuação do ILSS – BR

A aplicação da versão para o paciente da escala ILSS – BR gerou escores de 0 (zero) a 1 (um) para cada subescala (p. ex. Aparência e Vestuário) e para o total de subescalas. O valor 1 equivale a 100% de habilidades preservadas para este fim, proporcionalmente.

Para fazer esta correspondência as respostas positivas dos pacientes (Sim), que indicam que ele conseguiu realizar a atividade nos últimos trinta dias, equivaleram a 1 e as respostas negativas (Não) equivaleram a 0. As respostas correspondentes a Não se Aplica (por exemplo se culturalmente a atividade não é realizada pelo paciente ou se a atividade não faz parte do seu cotidiano) também equivaleram a 0.

Para calcular o nível de funcionamento por subescala somou-se as respostas positivas de cada subescala e o resultado foi dividido pela quantidade de itens válidos de cada subescala, considerando-se itens válidos aqueles aplicáveis ao paciente, que geraram uma resposta positiva ou negativa. Para calcular a pontuação total da escala somou-se todas as respostas positivas da escala e o resultado foi dividido pela quantidade de itens válidos (aplicáveis) da escala.

Para se avaliar o nível de funcionamento dos pacientes de acordo com a versão do ILSS para o informante, em relação às nove áreas de habilidades da vida cotidiana independente, calculou-se o escore médio das respostas obtidas em cada uma das nove subescalas do ILSS-BR-I. Esta média varia entre 0 e 4, sendo que 4 indica o nível mais elevado de habilidades de vida independente. O nível de funcionamento global nas habilidades da vida cotidiana pode ser estimado calculando-se a média das respostas obtidas nos 84 itens que compõem a escala (Anexo B).

De acordo com o ILSS, antes de se calcular a média dos escores de cada subescala e a média global é necessário inverter os escores de alguns itens cujo sentido difere dos demais itens da escala, de modo que todos os escores da escala possam ser indicativos de maior independência dos sujeitos, quanto maior o escore médio for próximo de 4. Os escores a serem invertidos se referem aos seguintes itens: os itens 5 e 8 da subescala Alimentação; o item 13 da subescala de Cuidados Pessoais e o item 8 da escala de Saúde (todos com destaque de cor na escala). Nas demais subescalas, não há itens a serem invertidos.

Se o paciente recebeu o escore 0 em um dos itens a serem invertidos, seu escore deverá ser invertido para o extremo oposto da escala, recebendo, portanto, o valor 4. Caso o paciente tenha obtido o escore 1, este resultado seria invertido para o valor 3. No caso do paciente ter obtido o escore 2, ele permanece com este valor, pois trata-se de um valor mediano. O contrário é verdadeiro, se o paciente recebeu o escore 4 em um item que precisa ser invertido, deve-se inverter seu resultado para o extremo oposto da escala, ou seja, 0 . Caso ele tenha recebido o escore 3, inverte-se seu resultado para o valor 1 (Anexo C).

3.2.5 Procedimento de coleta de dados:

Os instrumentos de coleta de dados (APÊNDICE 4; ANEXO B; ANEXO C) foram aplicados em pacientes do CAPS e do Ambulatório de Saúde Mental, nos próprios serviços e, posteriormente, em seus familiares ou cuidadores, também nos serviços.

O ILSS-BR foi aplicado em suas duas versões, para o paciente e para um informante, objetivando-se comparar as respostas do paciente e de seu familiar ou cuidador sobre o seu funcionamento ocupacional, evidenciando a percepção de ambos os sujeitos sobre o mesmo fenômeno, bem como de complementar e expandir a análise sobre as habilidades que mais exigem intervenções profissionais para o desempenho em atividades cotidianas.

Os pacientes foram abordados, individual e aleatoriamente, em salas de atendimento privativas nos serviços, em dias úteis, no horário de funcionamento. Caso o informante estivesse presente, o contato com o mesmo já era estabelecido e a entrevista acontecia na mesma ocasião. Se não estivesse presente, o contato era estabelecido por telefone e a coleta de dados agendada, de forma que nenhum informante dificultou o procedimento, colaborando de pronto com a pesquisa.

Após as apresentações, os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados foram explicados, e foi oferecida a oportunidade de participarem voluntariamente do estudo. Foi enfatizada a necessidade de participação de um familiar ou cuidador na pesquisa, enquanto critério de inclusão do paciente no estudo.

Os sujeitos tiveram acesso a informações detalhadas sobre o estudo, mediante a leitura e esclarecimentos pertinentes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Após assinarem o TCLE, receberam uma cópia deste documento e responderam às questões dos instrumentos, lidas em voz alta pela pesquisadora, que anotou nos instrumentos as respostas, à vista dos sujeitos.

Ao final deste único encontro, a pesquisadora leu em voz alta todas as perguntas e respostas e os pacientes tiveram a oportunidade de alterá-las, mas nenhum o fez.

Assim, após entrevistar os pacientes, seus familiares ou cuidadores (informantes) também responderam voluntariamente à escala, na versão para o informante. A pesquisadora esclareceu, também junto a eles, todos os detalhes do estudo, incluindo objetivos e procedimentos, e forneceu a eles uma cópia do TCLE (APÊNDICE 2).

Em seguida os informantes passaram a responder às questões dos instrumentos, lidas em voz alta pela pesquisadora, que anotou, em sua presença, as respostas. Ao final do

encontro, a pesquisadora leu em voz alta todas as perguntas e respostas e os informantes não fizeram qualquer correção.

Uma vez que a pesquisadora já exercia atividades profissionais de ensino junto a esta clientela, enquanto docente de uma universidade federal no município, a relação preexistente de proximidade e vinculação com a maioria dos sujeitos da pesquisa foi um evento facilitador para o desenvolvimento do estudo. O momento da coleta de dados subsidiou intervenções terapêuticas entre enfermeira e sujeitos (pacientes e informantes), sobretudo pautadas no relacionamento interpessoal não diretivo, de base rogeriana, humanista, e na psicoeducação, mais diretiva, chamando a atenção para a preciosidade de qualquer aproximação entre o enfermeiro e o binômio portador de transtorno mental/ família.

Muitos dos sujeitos foram encaminhados, com ciência e autorização dos administradores dos locais da pesquisa, ao projeto de extensão Cuidado Psicossocial a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, conduzido pela pesquisadora junto à Universidade Federal de Mato Grosso, que tem como objetivo principal a construção de relações solidárias, constituindo uma fonte a mais de apoio à reabilitação psicossocial para este grupo, com atendimentos grupais e domiciliares, no tecer da Rede de Atenção Psicossocial. A contra referência foi garantida, de forma que os locais da pesquisa foram informados sobre o acompanhamento dos sujeitos, ampliando as relações interdisciplinares e a coresponsabilidade entre universidade e serviços da rede.

Frente à riqueza destes encontros, a aplicação dos instrumentos teve duração de uma a duas horas para cada sujeito, individualmente.

Cada paciente recebeu um código numérico de identificação que corresponde à ordem crescente de pacientes entrevistados. O código de identificação de cada paciente foi seguido de – P (PACIENTE), que condisse com o código numérico do seu informante, seguido de – I (INFORMANTE). Assim, para o primeiro paciente entrevistado foi estabelecido o código: *cód. 1 – P*, e para seu informante o código: *cód. 1 – I*.

Os TCLEs e instrumentos de coleta de dados preenchidos foram armazenados em seis pastas etiquetadas identificadas como TCLE - P; TCLE - I; CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO – P; CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO – I; ILSS-BR - P; ILSS-BR – I, distinguindo os documentos inerentes aos pacientes (P) e informantes (I), todos anônimos.

Foi assegurado a todos os sujeitos da pesquisa, pacientes e informantes, que eles não teriam acesso às respostas uns dos outros. Uma vez que o estudo previu dois grupos de

sujeitos da pesquisa, foram utilizados dois tipos de TCLE, um para o paciente e outro para seu informante (APÊNDICES 1 e 2, respectivamente).

3.2.6 Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, sob o protocolo 1748413.9.0000.5393.

Considerando-se que o portador de transtorno mental dispõe de autonomia reduzida pela própria condição intelectiva (BRASIL, 1996), sua vulnerabilidade foi duplamente observada durante a condução do estudo. Os conceitos bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça foram obedecidos em todas as etapas da pesquisa e as respostas serão identificadas por códigos numéricos, invalidando a identificação da identidade dos sujeitos.

Uma cópia do TCLE foi fornecido ao sujeito da pesquisa.

3.2.7 Análise dos dados

A análise estatística das informações sócio demográficas e clínicas foi obtida através do software estatístico STATA, que estabeleceu relações entre as variáveis. Os escores obtidos foram equiparados de acordo com a pontuação prevista pelo ILSS, tanto em relação ao escore global quanto às subescalas. Os resultados das escalas foram analisados estatisticamente buscando relação entre as variáveis e obedecendo à pontuação do ILSS-BR. Os resultados foram discutidos com base na literatura sobre este tema.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A ocupação do mundo pelo humano

A ocupação consiste em qualquer atividade que ocupe o tempo das pessoas e atribua sentido às suas vidas, incluindo atividades diárias (autocuidado, manutenção da saúde, socialização, mobilidade funcional e comunitária), atividades laborativas e produtivas (administração da casa, manejo do dinheiro, cuidado com outros, trabalho, planejamento da aposentadoria, voluntariado) e atividades de diversão e lazer (BEZERRA; SANTOS, 2008; TEDESCO; CITERO, 2010).

Segundo o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, que complementa a Classificação Internacional de Doenças (CID – 1) e é considerada padrão ouro no direcionamento de políticas de saúde voltadas ao manejo e inclusão de portadores de incapacidades, a funcionalidade agrega: função e estrutura corporais, participação social e atividades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Este referencial, publicado em 21, tem a vantagem de propor a funcionalidade e a incapacidade como fruto de relações do sujeito com o ambiente.

O desempenho ocupacional está relacionado às necessidades humanas de autocuidado, entretenimento e participação social; a capacidade funcional, que consiste na força das habilidades motoras e cognitivas para exercer atividades cotidianas com eficiência e autonomia, é diretamente relacionada à qualidade de vida (FANGEL et al., 2013).

O Modelo de Ocupação Humana (MOH), desenvolvido por Kielhofner (1986), consiste em um referencial paradigmático na área da Terapia Ocupacional e explica a ocupação como possibilidade de exploração e domínio do ambiente, intrínseca à condição humana, que reflete a sociedade ao longo das épocas (POLIA; CASTRO, 2007; TEDESCO; CITERO, 2010).

Assim, o humano nasce com o poder de manejar o meio e, a depender de como se ocupa das tarefas do dia a dia, é reconhecido ou não pela sociedade como parte integrante de determinado grupo, e ao mesmo tempo reforça as características deste. Ao interagir com pessoas e objetos, o sujeito assume comportamentos e funções esperados pela sociedade,

moldáveis por ele próprio e pela cultura, estabelecendo um *papel ocupacional*, que é o objeto explorado pelo MOH (BEZERRA; SANTOS, 2008; RIBEIRO; QUILES-CESTARI, 2012).

Sob esta perspectiva, de base humanista, o homem consiste em um sistema aberto, cíclico, capaz de ser transformado com as experiências do ambiente, com o qual está em constante relação (QUILES-CESTARI, 2012).

De acordo com Kielhofner, a ocupação tem três componentes fundamentais e inter relacionados, a saber:

1) **Volição** (vontade): a estrutura corporal e neurológica do sistema (sujeito) é dotada do desejo inato de interagir com o mundo, que constitui uma força que o impulsiona à ação. A volição, por sua vez, é mantida por três componentes:

a) causação pessoal: consiste na autopercepção como competente (para a ação) e depende de seu desempenho nos papéis e de como a sociedade percebe este desempenho;

b) metas: geradas pela interação com a sociedade e reforçadas pelo meio e pelo resultado obtido nas ações (experiências de sucesso ou fracasso redefinem ou reforçam as metas);

c) interesses: o sujeito pretende satisfazer suas necessidades e sentir prazer e esses interesses de base pessoal são fortes motivadores para a ação.

A depender de como a sociedade percebe ou concebe a situação do sujeito, a autopercepção do sujeito se molda, sendo ele receptivo às mensagens do meio; sua autopercepção de competência direcionará suas metas e, consequentemente, os seus interesses.

É um processo dinâmico de motivação e ajustamento social que reduz ou amplia as expectativas pessoais e gera maior ou menor satisfação e a percepção de integração social.

2) **Habituação**: consiste na forma como o sujeito estabelece uma rotina de tarefas, a partir de sua motivação pessoal, claramente moldada pelo meio. No processo de habituação são internalizados hábitos e papéis em um ciclo:

a) hábitos: tendência ocupacional adquirida pela repetição de tarefas; os hábitos são ações semiautomatizadas desenvolvidas com a consciência inativa em parte do tempo, poupando energia neuronal. Ao longo das repetições, o sujeito terá internalizado de tal forma a ocupação, que esta será o cerne de seu papel social;

b) papéis: o conjunto de atividades desenvolvidas pelo sujeito no contexto social e cultural é a base de seu papel e implica uma adaptação funcional para que se integre a

determinado grupo: o papel assumido exige tarefas, comportamentos e compromissos inerentes à posição social e é situacional, ou seja, requer flexibilidade, tanto funcional quanto emocional.

Assim, se o papel assumido é de trabalhador, estudante, líder, cuidador, paciente, doente, recreacional, amigo, confidente, vítima, agressor ou outro, é conformado por atividades específicas que a sociedade reconhece como próprias do papel, que são desenvolvidas repetidamente a partir da motivação para gerar, primeiramente, satisfação, mas altamente reforçadas pelo meio, constituindo um padrão de comportamento.

Este padrão, é importante salientar, pode sofrer ajustes ou ser substituído por outro papel, não sendo definitivo. No dia a dia vários papéis são desempenhados e assumidos em diferentes contextos microssociais.

3) **Capacidade**: a capacidade de desempenhar sua ocupação depende da repetição de tarefas e da internacionalização do papel, de acordo com o nível de desenvolvimento em que se encontra o sujeito. Assim que passa de uma fase do desenvolvimento a outra, alguns papéis são esperados: ao saltar da adolescência para a idade adulta, por exemplo, é esperado que se assuma o papel de trabalhador. Posteriormente, é esperado que assuma novos papéis, como de provedor e de pai/ mãe, com novos desafios adaptativos.

O tipo de trabalho desenvolvido dependerá, por sua vez, da valorização cultural, da realidade intrafamiliar, das aptidões construídas e da disponibilidade de recursos no contexto socioeconômico.

A capacidade para desempenhar o papel depende de condições físicas, mentais e cognitivas e requer: coordenação de movimentos corporais, percepção do sujeito sobre o que acontece, problematização do contexto, tomada de decisão, ajustamento das habilidades à realidade presente e aprimoramento. Assim, deverá dispender cada vez menos tempo e atenção para executar a atividade (POLIA; CASTRO, 2007).

Este componente da ocupação, a capacidade, reflete a atitude de exploração do meio e é resultante das experiências anteriores, dos reforços familiares e sociais e da volição. Ao mesmo tempo, repercute no aprimoramento de habilidades, reforçando papéis ou, quando vinculada a fracassos recorrentes ou desaprovação, incide no abandono, substituição ou ajuste do papel.

O desempenho do papel assumido depende da interação contínua entre sistema (constituído por volição, hábitos, papéis e habilidades) e ambiente e reflete o comportamento

ocupacional: como o sujeito domina e explora o meio. O papel é evidenciado, portanto, na rotina ocupacional do sujeito, exigindo que ele se adapte a novas demandas, eventualmente.

A forma como o comportamento ocupacional é demonstrado, em razão das demandas do contexto, é expressa em ciclos: se eles satisfazem o sujeito e o meio social, são considerados benignos; do contrário, se são comportamentos mal adaptados, são viciosos e geram uma disfunção ocupacional. Adversidades físicas, emocionais e sociais podem estar na base de disfunções ocupacionais (POLIA; CASTRO, 2007).

O ciclo do comportamento ocupacional pode ser assim expresso: o meio gera informações (contextualizadas) que são capturadas pelo sujeito por meio da sensopercepção (*input*); o sujeito processa estas informações (*troughput*) usando recursos neurológicos que são influenciados por suas características internas para interpretá-las; a depender da compreensão das informações do meio, é gerada uma resposta (*output*) que é percebida pelo meio social.

A resposta do sujeito é percebida pelo meio social como adequada ou não, dependendo dos referenciais valorizados, e o meio reage reforçando positiva ou negativamente o *output*, influenciando ou moldando novas respostas do sistema para que ele se ajuste ao que é esperado, conformando o ciclo do comportamento ocupacional; o sujeito recebe o reforço social para seu comportamento e desenvolve, a partir dele, seu senso de competência, essencial para novos *outputs* (POLIA; CASTRO, 2007).

O ciclo do comportamento ocupacional (*feedback*) está descrito na Figura 1.

Por exemplo, se o papel assumido é o de estudante, espera-se que o sujeito alcance um desempenho em atividades acadêmicas que gere assimilação do conteúdo oferecido e progressão acadêmica, avaliadas pelo meio, no caso os professores, mediante critérios previamente estabelecidos e conhecidos pelo estudante, que estabelece suas metas de acordo com estes critérios e pautadas em sua motivação pessoal – esta é moldada, sobretudo, pelo próprio meio que o circunda (valores, interesses e metas familiares, por exemplo).

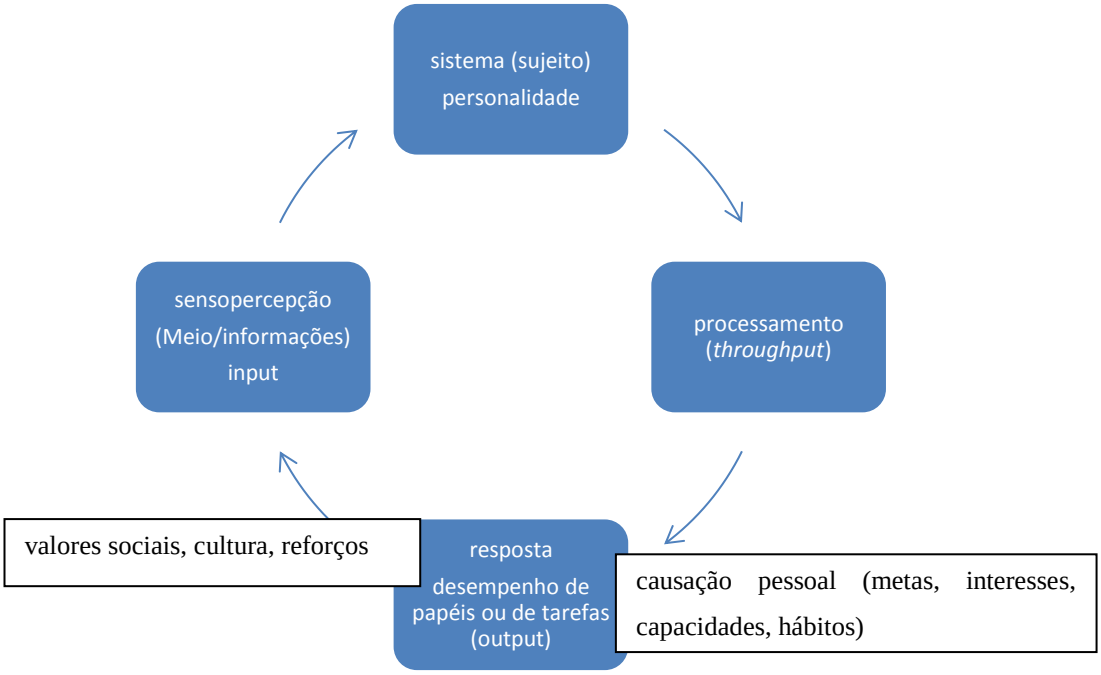

Figura 1 – Ciclo do comportamento ocupacional, a partir do Modelo de Ocupação Humana

Espera-se ainda que ele seja capaz de operar no dia a dia o conhecimento obtido e o reproduza. O seu desempenho foi construído com base no conhecimento oferecido pela academia e moldado por características internas (personalidade, capacidade de enfrentamento emocional) e está sendo avaliado por outro grupo, onde desempenha outros papéis, como em sua casa ou no seu trabalho.

Por exemplo, espera-se que este conhecimento assimilado no ambiente acadêmico resulte no ingresso em uma universidade ou na sua inserção no mercado de trabalho, a depender das metas – do sujeito e do seu entorno social.

Entretanto, apesar do esforço do meio em moldar seu comportamento ocupacional para que atinja o que se espera dele, as metas do sujeito podem não corresponder às metas do meio social: isso pode ocorrer se as metas do grupo não vão ao encontro da sua própria satisfação, por exemplo, ou se não condizem com a sua autopercepção de competência.

O sujeito pode não se julgar capaz de atingi-las e esta imagem de si o persuadirá a restringir suas próprias metas, o levando a não cumprir os critérios exigidos para progressão acadêmica. Neste processo alguns resultados são esperados, como ser retido em um nível de progressão escolar, ausentar-se das aulas, abandonar o curso, etc.

Além disso, o sujeito pode ainda nutrir metas sociais e internalizá-las, mas não dispor de habilidades para as tarefas necessárias ao cumprimento satisfatório do papel, tanto pela falta de hábito em executá-la (repetições), quanto pela limitação cognitiva para processar o conhecimento oferecido, se frustrando repetidamente.

O conflito entre o que o sujeito espera de si, o que a sociedade espera dele e suas reais aptidões ou habilidades operacionais podem gerar um desgaste emocional que resulte em disfunção ocupacional, entre outras consequências.

A resposta desadaptada ao meio (*output*) pode resultar em expectativas sociais de incapacidade, que tendem a comprometer ainda mais o senso de competência do sujeito e desestimulá-lo ou até incapacitá-lo, dependendo de como interpreta e enfrenta as respostas do meio.

Segundo o MOH, todos temos uma imagem simbólica de si e do papel que assumimos e esta concepção interfere diretamente na forma como dominamos o ambiente e a partir dela tentamos nos adaptar e nos engajar nos grupos.

No estudo desenvolvido por Polia e Castro (2007), evidenciou-se que a condição atual adquirida de vítima de lesão medular trouxe aos sujeitos novas demandas, como as impressas no recém-adquirido papel de paciente, que tem como tarefa principal o tratamento clínico e o cuidado com a saúde. Ao mesmo tempo, a condição limitou atividades anteriormente desempenhadas, que dependiam de funções sensitivas e motoras, agora comprometidas, levando os sujeitos a interrompê-las, diminuir a frequência de execução ou substituí-las (adaptação ou disfunção ocupacional).

As autoras ressaltam que alguns dos pacientes internalizaram a rotina médica sobremaneira, a ponto de acreditar que este é o seu papel no mundo.

Neste mesmo estudo, as expectativas sociais de incapacidade associadas à lesão medular serviram como *input* negativo ao sistema, com informações de descrença, desvalorização, incompetência.

É comum que pessoas acometidas por adversidades físicas ou cognitivas se voltem para a incapacidade e ignorem suas habilidades remanescentes e possibilidade de desenvolvimento de novos interesses e competências, que poderiam subsidiar uma melhor ou mais rápida adaptação à condição presente. A atitude de pessoas próximas e influentes para o sistema, como é o caso dos profissionais que o assistirão na nova etapa, pode ser decisiva para que se enfatize a incapacidade ou a adaptação, modulando a todo tempo o *output*.

A crença na incompetência inibe tentativas de retomar rotinas, causando frustração no sistema e prejuízo no engajamento social que, por sua vez, reforça a crença na incompetência e alimenta o ciclo vicioso, diminuindo o interesse do sujeito pela ocupação e fortalecendo as variáveis externas incapacitantes; neste processo o paciente ignora que tem controle sobre mecanismos alternativos e capacidades remanescentes (POLIA; CASTRO, 2007).

Nestes casos o advento patológico funcionou como deflagrador de disfunção ocupacional e o MOH ajudou a compreender este mecanismo, contribuindo para a prática clínica.

Outros estudos que mediram o funcionamento ocupacional a partir de conceitos do MOH também constataram que a condição patológica crônica comprometeu a função e/ ou a estrutura corporais, deflagrando disfunções ocupacionais ou ajustes para adaptação a novos papéis e manutenção de papéis anteriores, como a insuficiência renal crônica e a anorexia nervosa (BEZERRA; SANTOS, 2008; RIBEIRO; QUILES-CESTARI, 2012).

A limitação interpessoal na anorexia nervosa é um complicador para a efetivação dos papéis ocupacionais, sobretudo o de amigo e recreacional, que exigem contato com outras pessoas (QUILES-CESTARI, 2012).

Em todos os casos, o evento adverso gerou impacto negativo no desempenho de atividades cotidianas, desestruturando a vida diária e apontando para a atuação profissional em ações individualizadas que otimizem a adaptação e convívio com incapacidades (BEZERRA; SANTOS, 2008).

5. RESULTADOS

5.1 Revisão Integrativa da Literatura: habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais

A apresentação dos resultados desta revisão estão resumidos na tabela 1 e serão discutidos a seguir.

Tabela 1 – Apresentação dos resultados da Revisão Integrativa da Literatura sobre Habilidades de vida independente em portadores de transtorno mental, a partir dos descritores (DeCS/ MeSH) Desempenho psicomotor; vida independente; reabilitação; autonomia pessoal; atividades cotidianas, Brasil, 2014.

n.	Título	Autor	Fonte	Principais resultados para o presente estudo
1	Habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico: revisão integrativa.	RODRIGUES, et al.	Rev enferm UFPE on line., v.8, n.5, 2014	Estudos nacionais apresentam de forma mais detalhada as habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico. O assunto é amplamente divulgado na literatura.
2	Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados	VIDAL, C.E.L.; CONTIJO, E.C.D.M.; BANDEIRA, M.B.	Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul v.29 n.3, 2007	os pacientes apresentaram melhor performance em alimentação e cuidados pessoais quando hospitalizados. Após se mudarem para residências terapêuticas, melhoraram na maioria dos domínios, mas não em cuidados com a saúde, preparo de alimentos e administração do dinheiro.
3	Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social	SALLES, M.M.; BARROS, S.	Physis v.21; n.2 2011	Foi identificada dificuldade de inclusão social, mesmo quando fora do hospital psiquiátrico. O transtorno mental compromete as atividades cotidianas e por isso restringe seu apoio social.
4	Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns	LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D. A. de	Rev. Saúde Pública, v.36, n.2, 2002	Houve alta correlação entre inserção no processo de produção informal e o desenvolvimento do transtorno mental comum.
5	Daily activies, cognition and community functioning in persons withschizophrenia	AUBIN, G. et al.	Psychiatric Services, v.6, n.6 2009	A cognição prejudicada na esquizofrenia está associada ao pior desempenho em atividades de vida independente, sendo a esfera da execução a menos envolvida na limitação ocupacional. A memória e a aprendizagem são as principais habilidades para o desempenho funcional.

Tabela 1 - Continuação

6	Evaluation of social disablement, psychiatric symtoms and autonomy in long- stay psychiatric patients	ABELHA, M. et al.	Rev. psiquiatr. clín. v.33, n.1 2006	Identificou-se comprometimentos moderados a graves procura de emprego, lazer, administração de dinheiro, preparação de alimentos e de armazenamento, e em atividades domésticas
7	Assessment of Living Skills in Schizophrenic Patients by Kohlman Evaluation	KAZAZI, L; KARBALAEI-NOORI, A.; KARIMLOU. M	Zahedan J Res Med Sci; v.14, n.9, 2012	Não houve diferença significativa entre os grupos de esquizofrênicos, ambos com importantes limitações em saúde e segurança, manejo de dinheiro, autocuidado e lazer. Emprego foi preditor de melhor nível de desempenho nas tarefas.
8	A Randomized, Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients With Chronic Schizophrenia	GRANHOLM, E. et al.	The American Journal of Psychiatry, v. 162, n.3, 2005	A terapia cognitivo-comportamental parece ter associação positiva com a propensão à execução dessas atividades, mas não interferiu na qualidade das tarefas.
9	Autonomy of long-stay psychiatric inpatients	WAGNER L.C., FLECK M.P.A., WAGNER M., DIAS	Rev Saúde Pública v. 4, n.4, 2006	Setenta por cento apresentaram limitação moderada a grave em lazer, emprego e administração de dinheiro.

Em uma recente revisão integrativa da literatura acerca da produção científica sobre habilidades de vida independente em pessoas que apresenta sofrimento mental (RODRIGUES et al., 2014), 13 artigos responderam à questão da produção, sendo que os nacionais apresentaram a temática de forma mais detalhada. O estudo compilou importantes referências, todas confirmando a existência do prejuízo ocupacional em pessoas que apresentam sofrimento psíquico e concluiu que o tema vem sendo amplamente abordado pela literatura, revelando a preocupação em atender às necessidades funcionais desta clientela.

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional, as atividades cotidianas constituem a fração da vida diária que inclui às áreas de autocuidado, trabalho, lazer e jogos e a competência para desempenhar essas tarefas é fundamental para a vida independente (KAZAZI; KARBALAEI-NOORI; KARIMLOU, 2012). Além de definir o objeto deste estudo, os autores afirmam que existe um prejuízo na integração entre as esferas sensório-

motora, cognitiva e psicossocial em pessoas portadoras de esquizofrenia, afetando vários domínios na performance em atividades de vida independente.

Foram comparados um grupo de esquizofrênicos que vivem na comunidade, outro de esquizofênicos hospitalizados e um grupo de pessoas não-esquizofrênicas, em relação ao desempenho em atividades de vida independente (KAZAZI; KARBALAEI-NOORI; KARIMLOU, 2012) e este foi o fato que destacou a pesquisa, já que os demais estudos mensuraram o desempenho nessas tarefas, porém não compararam com um grupo controle.

Ambos os grupos, neste trabalho, foram similares em cultura, nível socioeconômico, escolaridade e religião e foram sujeitos da aplicação do KohlmanEvaluationof Living Skills (1978), com itens sobre autocuidado, segurança e saúde, manejo do dinheiro, transporte e uso de telefone, trabalho e lazer.

Evidenciou-se que 6% dos pacientes internados e 7,6% dos que vivem na comunidade precisam de ajuda quando executam aquelas atividades, fato ao qual os autores atribuem o papel dos cuidadores da instituição hospitalar na intermediação de tarefas de vida independente. De qualquer forma, os esquizofrênicos, hospitalizados ou não, apresentaram limitações mais significativas do que os não esquizofrênicos em autocuidado, lazer, manejo do dinheiro e segurança e saúde. Um achado importante no mesmo trabalho, foi a associação entre maior independência em atividades de vida independente e pacientes empregados, em relação aos desempregados (KAZAZI; KARBALAEI-NOORI; KARIMLOU, 2012).

O estudo de Salles e Barros (2011) investigou o cotidiano de egressos de hospitais psiquiátricos, reinternados em período inferior a seis meses, quando estão fora da instituição, por meio de entrevistas semiestruturadas. O trabalho se baseou no conceito de cotidiano de Agnes Heller, em que “[...] estar inserido na sociedade é organizar uma vida cotidiana capaz de conduzir a uma continuidade, em interação com os outros a sua volta e com o modo de produção da sociedade” (Agnes *apud* Salles e Barros, 2011), ou seja, as relações humanas acontecem na reprodução das atividades cotidianas socialmente reconhecidas, que oportunizam a assimilação de valores, a aptidão social, a tomada de decisão e o movimento pelo ambiente social.

As autoras concluíram que, muitas vezes, o fazer cotidiano do portador de transtorno mental é desorganizado, monótono, favorece a paralisia e o isolamento, marcado pela falta de oportunidades de escolhas e o fato de desenvolverem poucas atividades limita seu apoio social (SALLES; BARROS, 2011).

O estudo conduzido por Ludermir e Mello Filho (2002) objetivou determinar a prevalência de transtornos mentais comuns e analisar sua associação a condições de vida e inserção na estrutura ocupacional. Foi aplicado o Self ReportingQuestionnaire (SRQ-2) e um questionário sócioeconômico em uma amostra aleatória de 62 adultos, em domicílio, para identificar transtornos mentais comuns e as variáveis que poderiam estar associadas.

Os autores mostraram a significativa associação entre estrutura ocupacional e desenvolvimento de transtorno mental, sobretudo relacionada à inserção informal no processo produtivo manual. Os resultados posicionam o desempenho ocupacional como causa do transtorno mental, e não como resultado, mas os autores reforçam que os transtornos mentais comuns são incapacitantes, prejudicam o desempenho laboral e repercutem em dias perdidos de trabalho (LUDERMIR; MELLO FILHO, 2002).

Outro estudo comparou o desempenho em atividades de vida independente dois anos antes e dois anos depois da desospitalização de pacientes psiquiátricos, constatando melhor performance em alimentação e em cuidados pessoais antes da desospitalização, mas após a imersão dos sujeitos nas residências terapêuticas na comunidade houve um incremento na pontuação do ILSS para quase todas as áreas (VIDAL; GONTIJO; BANDEIRA, 2007). Entretanto, em preparo de alimentos, cuidados com a saúde e administração do dinheiro as limitações perduraram e os autores recomendaram a continuidade da supervisão e treinamento.

No mesmo estudo, algumas habilidades não foram avaliadas porque na condição de hospitalizados os sujeitos não tiveram a oportunidade de realizar, como tarefas domésticas e emprego, este último continuando inválido após dois anos de moradia nas residências terapêuticas. Ressaltou-se as dificuldades dos pacientes psiquiátricos em atividades de vida cotidiana e consideram este um grande desafio para as políticas públicas de saúde mental.

Pacientes internados há mais de um ano em hospital psiquiátrico (média de 26 anos de hospitalização) apresentaram limitação moderada a grave em lazer, emprego e administração de dinheiro (WAGNER; FLECK; WAGNER; DIAS, 2006). O emprego, empreendido por 8% dos 584 pacientes, era fruto de iniciativas reabilitadoras do próprio hospital. As médias foram satisfatórias nos domínios saúde, alimentação e cuidados pessoais, segundo o ILSS.

É importante destacar a condição hospitalar dos sujeitos e que 78% dos internos que puderam ser avaliados em termos de sintomas psiquiátricos apresentavam confusão e desorientação e mais de 53% algum nível de deficiência física (WAGNER; FLECK;

WAGNER; DIAS, 2006), peculiaridades que provavelmente repercutiram negativamente no desempenho ocupacional.

Outra amostra de pessoas internadas em uma instituição psiquiátrica de longa duração, 5% deles há mais de 33 anos hospitalizados e com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, apresentou pobres habilidades de vida independente, segundo o ILSS (75% de 881 sujeitos) (ABELHA et al., 2006). Os piores escores foram identificados em procura de emprego, lazer, administração de dinheiro, preparação de alimentos e de armazenamento, e em atividades domésticas, ao passo que os melhores foram alcançados em alimentação.

A inatividade (37,5%), o discurso pobre (46,2%) e o intenso comprometimento do autocuidado (5,9%) foram identificados como características prevalentes na população e podem estar na base etiológica do prejuízo nas atividades de vida independente ou, na contramão, ser resultantes desta limitação. Os autores apontam a institucionalização duradoura como agravante do aomprometimento da autonomia dessas pessoas, idosos que provavelmente já desenvolveram comorbidades, como as demências, e ficam a mercê dos cuidados profissionais, que mais limitam sua independência (ABELHA et al., 2006).

Aubin et al. (2009) afirmam que as atividades cotidianas dependem de habilidades específicas referentes à percepção, memória, planejamento e execução, ou seja, perpassam a cognição, que está prejudicada na esquizofrenia.

Em seu estudo com esquizofrênicos residentes na comunidade acompanhados por serviços abertos de saúde mental, canadenses, foram aplicados testes neurocognitivos e um teste sistematizado de preparo de uma refeição, com critérios de avaliação baseados nos referidos componentes da cognição. Identificaram que as limitações funcionais destes pacientes estava menos relacionada à esfera da execução, motora, e que a capacidade de memorizar e aprender são as principais características embutidas na capacidade ocupacional (AUBIN et al., 2009). Concluíram que pior desempenho em atividades, identificado nos sujeitos, cotidianas compromete as relações sociais.

Outro estudo com esquizofrênicos em serviços ambulatoriais de saúde mental compararam o desempenho em atividades de vida independente antes e depois de sessões de terapia cognitivo-comportamental para o treinamento de habilidades cognitivas para aumentar seu potencial pragmático. Constataram que o grupo submetido à terapia se tornou mais propenso a desenvolver as atividades de vida independente, sobretudo os jovens, mas não apresentou diferenças na qualidade destas tarefas (GRANHOLM et al., 2009).

A maioria dos estudos envolve transtornos mentais graves e/ ou psicóticos e foram baseados em casos-controle com aplicação de escalas de mensuração do desempenho ocupacional.

Pode-se notar que o termo *atividades cotidianas* assume, na literatura, sinonímia com *atividades de vida independente* e contempla as tarefas do dia a dia como autocuidado, trabalho, lazer e jogos, necessárias à vida independente, e exigem uma integração entre cognição, função sensorial, motricidade. São atividades que superam o autocuidado e levam o sujeito a desenvolver habilidades sociais e a circular pela comunidade.

Todos constataram que o transtorno mental é um preditor de prejuízo em atividades de vida independente. Não foi encontrado na literatura um estudo que tenha aplicado o ILSS-BR a pacientes e seus familiares.

5.2 Caracterização por idade e sexo

Foi empregado o teste exato de Fisher para avaliar os domínios sexo e idade e seus cruzamentos com todas as outras variáveis. Devido ao grande número de categorias cruzadas, o programa estatístico não obteve convergência deste teste em apenas um caso, tendo sido empregado o qui quadrado em seu lugar.

A maior parte dos entrevistados têm entre 35 a 44 anos de idade (23/46%), são mulheres (52/ 71,2%) (Tabela 2), corroborando dados de prevalência de transtornos mentais no Brasil (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; BRASIL, 2013).

Tabela 2 - Relação entre sexo e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Sexo/ idade (n/ %)	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	Total
Masc	*5* *33.33*	4 17.39	9 39.13	3 25	21 28.77
Fem	1 66.67	19 82.61	14 6.87	9 75	52 71.23
Total	15 100	23 100	23 100	12 100	73 100

Teste exato de Fisher P = .423

Predominaram casados (52,4% dos homens e 67,3% das mulheres), ainda que o número de homens solteiros (7) tenha atingido 33.3% do contingente masculino (21), dado irrelevante para o total da amostra (9,6%). Este dado confronta dados da literatura que apontam maior prevalência de transtornos mentais em solteiros e divorciados, inclusive em uma recente revisão sistemática (SANTOS; SIQUEIRA, 2010), apesar da deficiência de estudos epidemiológicos sobre o assunto. Separados (6/8,2%) e viúvos (5/6,8%) foram inexpressivos (Tabela 3).

Tabela 3. Relação entre estado civil e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Estado Civil	**Sexo (n/ %)**		**Total**
	Masculino	**Feminino**	
Solteiro	*7* *33.33*	9 17.31	16 21.92
Casado	11 52.38	35 67.31	46 631
Separado	2 9.52	4 7.69	6 8.22
Viúvo	1 4.76	4 7.69	5 6.85
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .498

A relação entre viver sozinho, viver com outras pessoas e estado civil dos pacientes que participaram do estudo pode ser evidenciada no gráfico 1. O grupo de 19 homens (9,5%) que vivem com outra pessoa na mesma residência foram significativamente mais prevalentes do que os 2 que vivem sozinhos (9,5%), sugerindo a última condição como fator protetor no desenvolvimento do transtorno mental. Esses 19 incluem 6 homens que vivem sem companheiro(a) mas com outras pessoas (29%), 6 que vivem apenas com o (a) companheiro (a) (29%) e 7 que vivem com companheiro (a) e com outras pessoas (33,3%)(Gráfico 1).

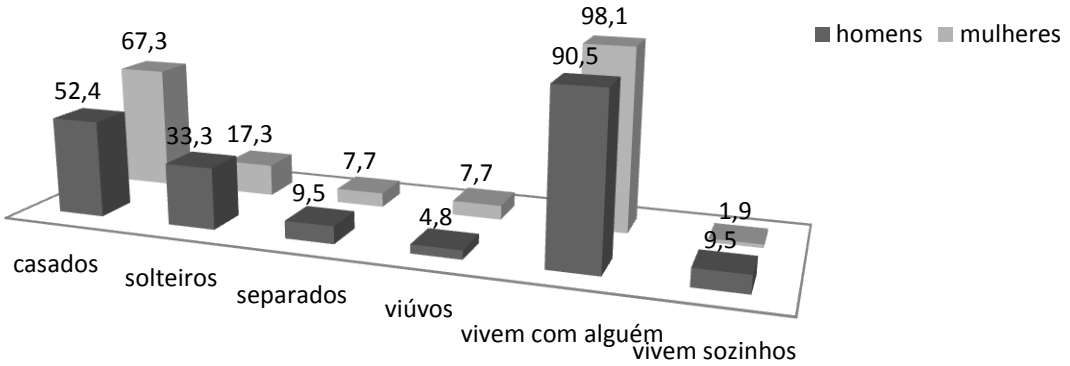

Gráfico 1. Relação percentual entre estado civil, arranjo domiciliar e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

As 51 mulheres (98,1%) que convivem com alguém na mesma residência confirmam que viver com outras pessoas na mesma residência aumentou a vulnerabilidade ao transtorno mental(Gráfico 1). Elas incluem 27 mulheres (51%) que convivem com companheiro (a) e com outras pessoas, 18 que residem com outras pessoas (34,6%) e 6 que convivem somente com companheiro (11,5%).

Dos 15 sujeitos que têm menos de 34 anos de idade, 9 (60%) vivem sem companheiro, mas com outras pessoas (gráfico 2). A grande maioria das mulheres, 44 (84,6%) e dos homens, 16 (76,2%), têm filhos e esta condição prevalece em 4 pessoas que têm entre 35 a 54 anos de idade (54,8%). Dos 13 (100%) sujeitos que não têm filhos (8 mulheres/ 61,5% e 5 homens/ 38,5%), 7 sujeitos têm menos de 34 anos (46,7%), 1 tem 35 a 44 anos (4,3%) e 5 tem entre 45 a 54 anos (21,7%) (tabelas 4 e 5).

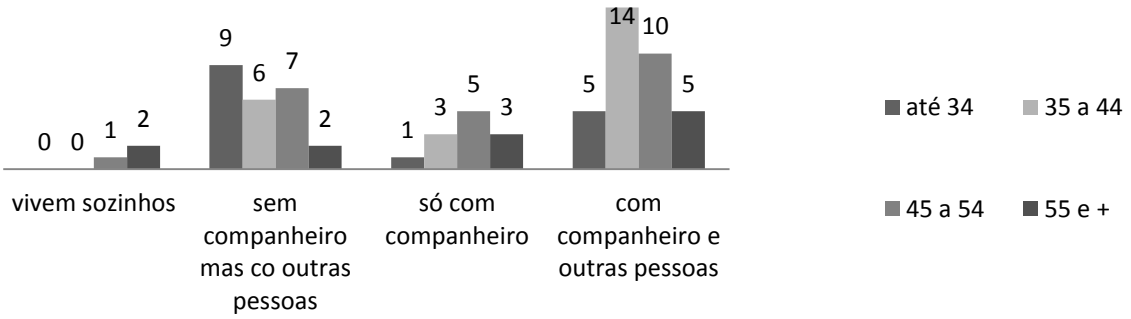

Gráfico 2. Relação entre arranjo domiciliar e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Tabela 4 - Relação entre ter filhos e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Tem Filhos (n/%)	|Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	| Total
Sim	*8* *53.33*	22 95.65	18 78.26	12 100	60 82.19
Não	7 46.67	1 4.35	5 21.74		13 17.81
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .3

Tabela 5 - Relação entre ter filhos e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Tem filhos	Sexo (n/%)		total
	masculino	**feminino**	
Sim	*16* *76.19*	44 84.62	60 82.19
Não	5 23.81	8 15.38	13 17.81
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .51

As mulheres ingressaram mais cedo nos serviços de atenção psiquiátrica, entre 35 e 44 anos de idade (36,5%), ao passo que a maioria dos homens está na faixa entre 45 a 54 anos (43%) (tabela 2).

Observa-se na tabela 2 que há tendência em reduzir o acompanhamento psiquiátrico com o avanço da idade, após os 55 anos (12%), tanto em homens (14,3%) quanto em mulheres (17,3%).

Os sujeitos foram questionados sobre sua etnia e 38 (52%) responderam que se consideram brancos, sendo 28 (54%) mulheres e 1 (47,8%) homens. A outra metade foi constituída por 23 (31,5%) pardos, 7 (1%) negros e 3 (7%) amarelos (tabelas 7 e 8).

Tabela 6 - Relação entre sexo e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
Até 34	*5* *23.81*	1 19.23	15 2.55
35 a 44	4 19.5	19 36.54	23 31.51
45 a 54	9 42.86	14 26.92	23 31.51
55 e +	3 14.29	9 17.31	12 16.44
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .423

Tabela 7 - Relação entre etnia e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Etnia Declarada	Grupo Etário				Total
	Até 34	**35 a 44**	**45 a 54**	**55 e +**	
Branco	8 53.33	7 3.43	15 65.22	8 66.67	38 52.5
Negro	2 13.33	2 8.7	2 8.7	1 8.33	7 9.59
Amarelo	3 2	2 8.7			5 6.85
Pardo	2 13.33	12 52.17	6 269	3 25	23 31.51
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73**

Teste exato de Fisher P = .82

Tabela 8 - Relação entre etnia e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Etnia Declarada	**Sexo**		
	Masculino	Feminino	Total
Branco	1 47.62	28 53.85	38 52.5
Negro	3 14.29	4 7.69	7 9.59
Amarelo	1 4.76	4 7.69	5 6.85
Pardo	7 33.33	16 3.77	23 31.51
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**
Teste exato de Fisher P =		.798	

Entre os pardos, 7 (33,3%) são homens e 16 (3,7%) mulheres; entre os negros há 3 (14,3%) homens e 4 (7,7%) mulheres e entre os amarelos 1 (4,8%) homem e 4 (7,7%) mulheres (tabela 8).

Sessenta e oito sujeitos (93,1%) vivem atualmente em Sinop, 2 (2,7%) vivem na região e 3 (4,1%) em outros estados (tabela 9). Dos 5 procedentes de outras localidades, todos são mulheres (100%). Estes pacientes estão de passagem pelo município sede do estudo e precisaram de assistência especializada ou se deslocaram de sua origem com a finalidade específica de receber esta assistência (por indisponibilidade deste recurso no local de origem).

Tabela 9 - Relação entre procedência e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Procedência	**Sexo**		
	Masculino	**Feminino**	**Total**
Sinop	21 100	47 9.38	68 93.15

Região de Sinop		2 3.85	2 2.74
Outro Estado		3 5.77	3 4.11
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .588

5.3 Situação socioeconômica e inserção no mercado de trabalho

Para determinar a classe econômica dos sujeitos da pesquisa, foi usado o instrumento de coleta de dados econômicos do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2013), criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que estima o potencial de consumo da população a partir da Análise de Regressão Múltipla.

A escala baseia-se nos bens adquiridos da família, capacidade de manter um empregado doméstico e no nível de escolaridade do chefe de família/ provedor (ABEP, 2012).

O resultado é atribuído em estratos de classes econômicas, que traduzem o poder de compra de pessoas e famílias urbanas (Figura 2).

Segundo o CCEB - ABEP, a classe A1 representa maior potencial de consumo e E o menor, em ordem decrescente.

Os sujeitos do presente estudo situam-se predominantemente nas classes B2 (2,5%), C1 (24,7%), C2 (27,4%) e D (24,7%), com renda familiar média entre R$ 714,00 e R$ 2.565,00. Os pacientes com renda superior são mulheres, mas esta condição é inexpressiva em relação ao total da amostra (2,7%) e também em relação ao sexo feminino (3,8%) (tabela 10).

Cabe lembrar que o nível de escolaridade do provedor ou chefe da família é crucial para a determinação do escore final, não necessariamente coincidindo com o nível escolar do sujeito da pesquisa, muitas vezes não provedor, como será observável posteriormente.

Sete homens encontram-se na classe D, com menor poder de compra (33,3%) e os demais 14 estão distribuídos entre B2 (19%), C1 (23,9%) e C2 (23,9%). A maioria das mulheres situa-se entre C1 e C2 (25 e 28,8%, respectivamente) e as demais 22 entre B1 (3,8%), B2 (21,1%) e D (21,1%). As duas mulheres que têm renda superior (B1) são

inexpressivas em relação ao total da amostra (2,7%) e também em relação ao sexo feminino (3,8%) (Tabela 10).

Classe/ pontos	Pontos	Renda média familiar 21 (Valor Bruto em R$)
A1	42 a 46	12.926
A2	35 a 41	8.418
B1	29 a 34	4.418
B2	23 a 28	2.565
C1	18 a 22	1.541
C2	14 a 17	1.024
D	8 a 13	714
E	0 a 7	477

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 - IBOPE

Figura 2 - Distribuição de classe econômica por pontos e renda média familiar (CCEB/ ABEP).

Tabela 10 - Relação entre classe econômica e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Classe Econômica	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
B1		2 3.85	2 2.74
B2	4 19.5	11 21.15	15 20.55
C1	5 23.81	13 25	18 24.66
C2	5 23.81	15 28.85	20 27.40
D	7 33.33	11 21.15	18 24.66
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .861

Vinte e quatro (68,6%) dos 35 sujeitos com mais de 45 anos de idade estão inseridos entre as classes C2 e D, com o mais baixo poder de compra identificado (teto de R$1.024,00). O grupo de 35 a 44 anos está mais bem posicionado proporcionalmente, predominando nas

classes B2 a C1 (30,4 e 34,8%, respectivamente), ainda que sua renda familiar média não ultrapasse R$ 2.565,00.

Tabela 11 - Relação entre classe econômica e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Classe Econômica	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	**35 a 44**	**45 a 54**	**55 e +**	
B1		1 4.35		1 8.33	2 2.74
B2	3 20	7 30.43	5 21.74		15 20.55
C1	5 33.33	8 34.78	3 134	2 16.67	18 24.66
C2	4 26.67	4 17.39	7 30.43	5 41.67	20 27.40
D	3 20	3 13.4	8 34.78	4 33.33	18 24.66
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .24

Do total de sujeitos, 53 (72,6%) recebem algum tipo de renda mensal, sendo que 24 (32,9%) são provedores de suas famílias (ou chefes de família) e 29 (39,8%) são não provedores (Tabela 12; Gráfico 3). Considerou-se *não provedor* aquele que tem renda mensal, mas esta não é a mais importante para a subsistência familiar ou não é compartilhada com a família.

Curiosamente, dos 53 que afirmaram ter alguma renda mensal, 47 (89%) justificaram essa renda (33 trabalham/ estão empregados, 11 são aposentados e 3 beneficiários do BPC). A hipótese é que os 6 (11,3%) restantes são desempregados pensionistas ou beneficiários de outro tipo de remuneração de origem extralaboral que não foi contemplada pelo instrumento de coleta de dados.

Vinte (27,4%) são *dependentes*, ou seja, não têm renda mensal e dependem integralmente de terceiros para subsistência.

Doze dos 21 homens são provedores (57,1%), 5 (23,8%) têm renda mas não são os provedores (não provedores) e 4 (19%) são dependentes da família. Entre as 52 mulheres, 24 (46,1%) são não provedoras, 16 (3,8%) são dependentes e somente 12 (23,1%) proveem suas famílias (tabela 12).

Tabela 12 - Relação entre posição hierárquica no domicílio e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Posição Hierárquica no domicílio	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Provedor/Chefe	12 57.14	12 23.8	24 32.88
Não provedor	5 23.81	24 46.15	29 39.73
dependente	4 19.5	16 30.77	20 27.40
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .26

Um terço das pessoas com menos de 34 anos de idade proveem suas famílias (5/ 33,3%) e outros 4% (6) obtém alguma renda mensal (tabela 13). A renda dessas 11 pessoas é proveniente de atividade laboral atual (8 = 53,3%), aposentadoria (1 = 6,7%) e 1 (6,7%) renda foi inexplicada, talvez decorrente de Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Tabela 13 - Relação entre posição hierárquica no domicílio e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

Posição Hierárquica no Domicilio	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Provedor / chefe	5 33.33	9 39.13	8 34.78	2 16.67	24 32.88
Não provedor	6 40	7 30.43	9 39.13	7 58.33	29 39.73
Dependente	4 26.67	7 30.43	6 269	3 25	20 27.40
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73**

	100
Teste exato de Fisher P =	.834

Quando os sujeitos afirmaram dispor de renda mensal sem, entretanto, conhecer a sua origem, foram questionados sobre a possibilidade de serem beneficiários do BPC, mas nenhum sabia do que se tratava. Os familiares, nestas condições, também desconheciam o tipo de benefício previdenciário do paciente.

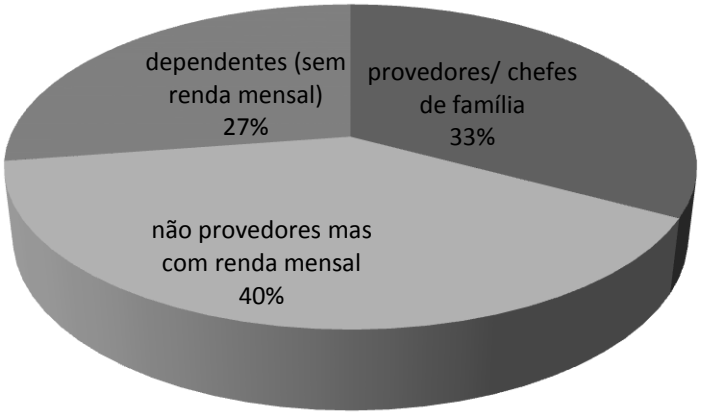

Gráfico 3 - Posição hierárquica no domicílio (provedores, não provedores e dependentes) em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

5.4 Inserção no mercado de trabalho ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental

Observou-se uma curva descendente de sujeitos inseridos no mercado de trabalho, por sexo, ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental, considerando-se períodos anterior e posterior ao desenvolvimento do transtorno mental e a atualidade (Gráfico 4).

Quarenta e uma mulheres (78,8%) trabalhavam antes de desenvolver transtorno mental, 28 (53,9%) continuaram trabalhando, mesmo após adoecer, e 23 (44,2%) se mantém empregadas atualmente, embora 3 das empregadas (13%) estejam atualmente afastadas (2 licenças relacionadas ao transtorno mental e 1 a outro agravo).

Entre os homens, 2 (95,2%) trabalhavam antes de desenvolver o transtorno, 14 (66,7%) continuaram trabalhando e 10 (47,6%) se mantêm empregados atualmente, embora 4 deles (4%) estejam afastados (2 licenças relacionadas ao transtorno mental e duas a outros motivos) (Gráfico 4).

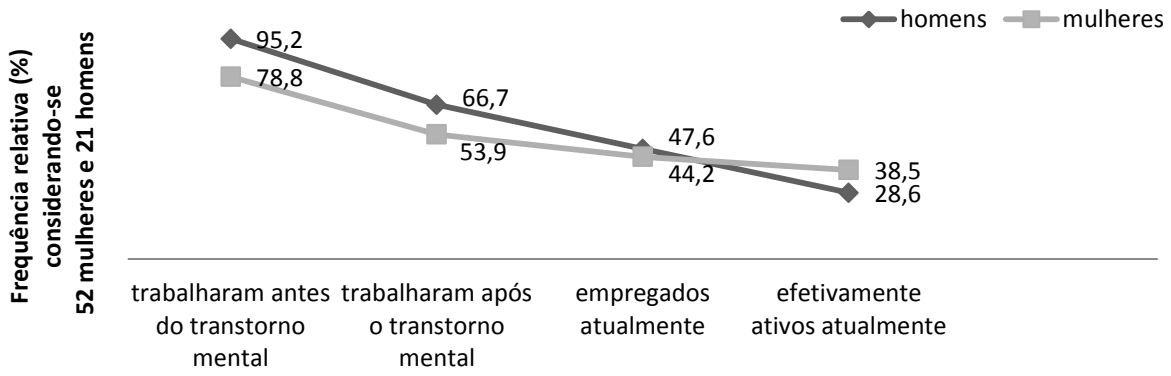

Gráfico 4. Distribuição percentual de homens e mulheres portadores de transtornos mentais em relação à situação laboral antes e após o desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Considerando-se os afastamentos do trabalho, 2 mulheres (38,5%) e 6 homens (28,6%) estão efetivamente exercendo uma ocupação remunerada (gráfico 4).

A distribuição proporcional (%) dos trabalhadores atuais em relação à faixa etária está disposta no gráfico 5, evidenciando a maior proporção de pessoas com 35 a 44 anos de idade no mercado de trabalho (39%), seguida pela faixa de 45 a 54 anos (32%).

Gráfico 5 - Distribuição etária dos portadores de transtornos mentais que estão atualmente trabalhando, Sinop, Brasil, 2014.

As principais ocupações exercidas pelos sujeitos estão descritas nos gráficos 6 e 7, por mulheres e homens, respectivamente, classificadas de acordo com os Grandes Grupos de Atividades segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e

Emprego, que identifica, nomeia e codifica títulos de ocupações de acordo com grupos de características do mercado de trabalho brasileiro, considerando transformações culturais, econômicas e sociais (CBO, 2002).

Esta classificação começou a ser desenvolvida em 1994 e o primeiro módulo foi concluído em 1996, com ajuda do Departamento de Emprego e Rendimento (DEREN) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quando foi validado, o módulo passou por reestruturação conceitual e foi atualizado em um segundo módulo e, mediante assessoria do SENAI, no Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas e Universidade Federal de Minas Gerais, culminou no terceiro módulo, em 2002 (CBO, 2002).

A novidade da última versão (CBO 2002) é a participação de comitês de profissionais inseridos em cada família de ocupações, por meio de oficinas programadas, atribuindo maior fidedignidade à descrição de características (CBO, 2002).

A queda numérica de trabalhadoras dos serviços, vendedoras do comércio (GG5), trabalhadoras agropecuárias, florestais, da caça e da pesca (GG6) foi expressiva ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental. As trabalhadoras da produção de bens e serviços industriais (GG8) somavam 5,8% antes do transtorno mental e deixaram de existir ao longo dos anos (Gráfico 6).

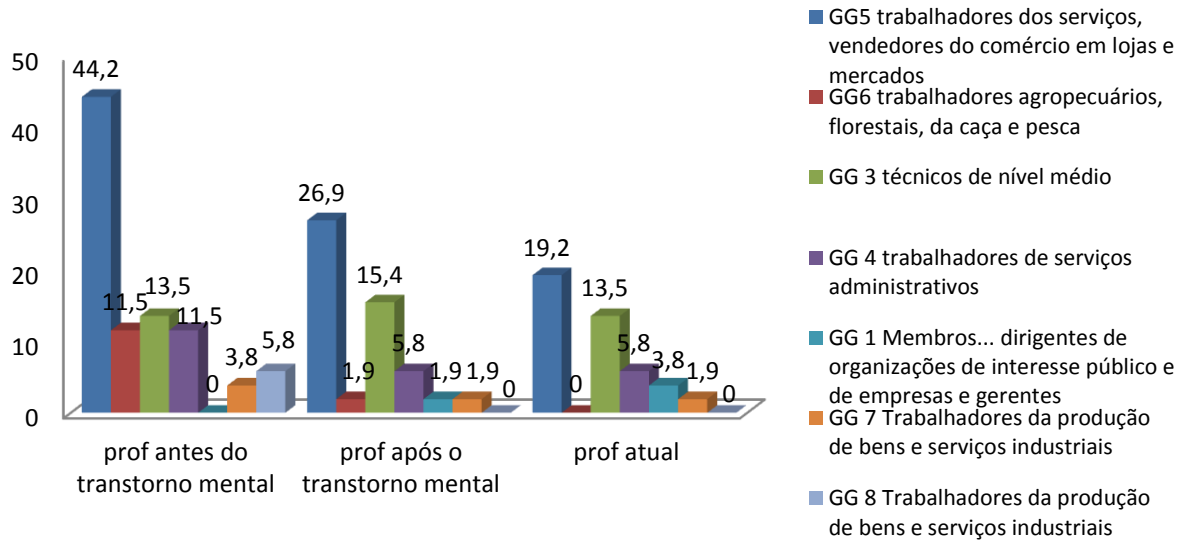

Gráfico 6 - Distribuição percentual de profissões/ocupações exercidas por mulheres portadoras de transtorno mental antes e posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, de acordo com a CBO 2002, Sinop, Brasil, 2014.

A categoria GG1, dirigentes de organizações de interesse público e empresas, que tem como uma das características um nível heterogêneo de competência e de escolaridade (CBO,

2002), aumentou ao longo dos anos (nenhuma mulher desenvolvia antes do transtorno, mas 3,8% (2) desenvolvem atualmente, apesar da irrelevância deste item no montante de sujeitos do sexo feminino) (Gráfico 6).

Duas mulheres (9,6%) desenvolviam atividades *do lar* (APÊNDICE 4) antes de desenvolverem transtorno mental, aumentando para 8 (15,4%) após o desenvolvimento do transtorno e para 14 (26,9%) no momento atual, conotando a exclusão do mercado de trabalho.

É importante salientar que os sujeitos podem ter exercido e relatado mais de uma ocupação durante o período referido, de forma que a soma das frequências não será igual a cem.

Neste processo de transição no mercado de trabalho observou-se uma importante justaposição das classes GG7 e GG8, referentes à produção de bens e serviços industriais, sobre serviços e vendedores do comércio (de 42,8% dos trabalhadores antes do agravo para 14,3% atualmente) (Gráfico 7). Nenhum homem desenvolvia atividades do grupo GG7 antes do transtorno mental e 4,8% desenvolvem atualmente. Em relação ao GG8, o percentual aumentou de 9,5% antes do transtorno mental para 19% atualmente.

Pode-se observar o desaparecimento da categoria Trabalhadores de manutenção e reparação, adotada por 14,3% dos homens antes e após o desenvolvimento da condição psiquiátrica, bem como da categoria Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e da pesca, que decresceu gradualmente ao longo dos anos (Gráfico 7).

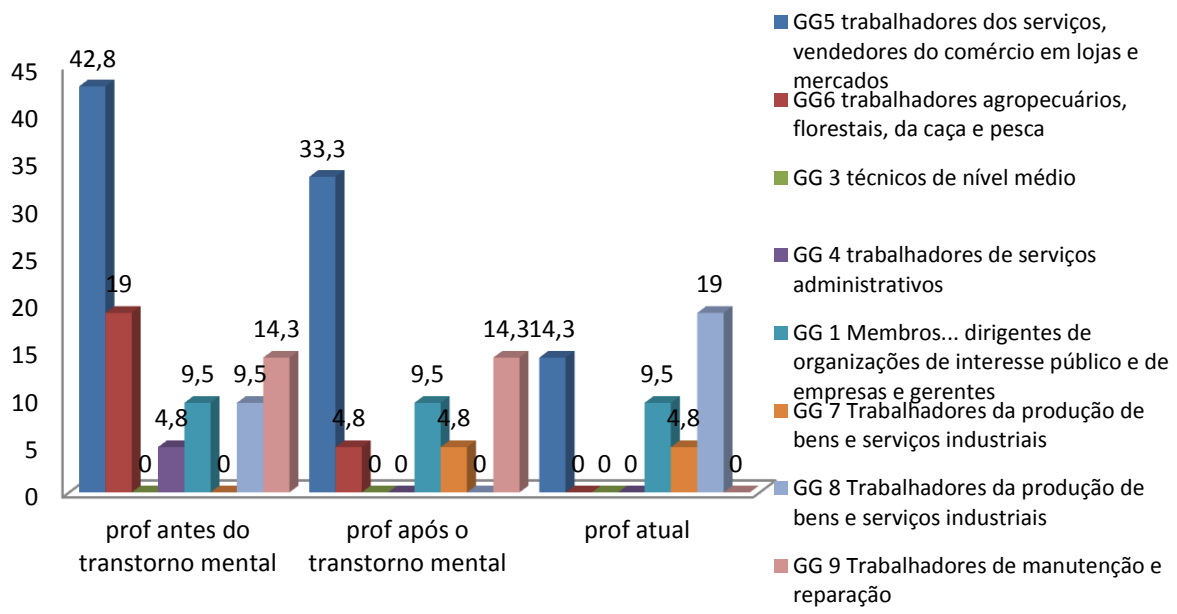

Gráfico 7 - Distribuição da frequência relativa de profissões/ocupações exercidas pelos homens portadores de transtorno mental anteriormente e posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, de acordo com a CBO, Sinop, Brasil, 2014.

Em relação à idade, entre os 8(53,3%) sujeitos com menos de 34 anos que estão empregados, 6 (75%) estão registrados segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 2 (25%) estão inseridos no mercado informal, embora 1 (12,5%) esteja afastado por licença médica. Entre os outros7 (46,7%) com menos de 34 anos, 5 estão desempregados (33,3%) e 2 (13,3%) são beneficiários da previdência (aposentado e beneficiário do Benefício de Prestação Continuada - BPC) (Tabela 14; Gráfico 8).

Quatorze (6,9%) dos 23 sujeitos com idade entre 35 a 44 anos estão empregados, 1 (43,5%) celetistas e 4 (28,6%) informais. Quatro (28,6%) estão afastados por licença médica, 8 (34,8%) estão desempregados e um (5%) está aposentado (Gráficos 8 e 9).

Oito pacientes na faixa de 45 a 54 anos de idade estão empregados (34,8%), apesar de 1 (12,5%) estar afastado por licença médica, sendo que 4 deles (5%) trabalham formal e 4 (5%) informalmente. Quatro (17,4%) estão aposentados, 2(8,6%)são beneficiários do BPC e 9 (39%) estão desempregados (Gráfico 8).

Tabela 14 – Situação laboral atual de portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, por idade, Brasil, 2014.

Situação Laboral Atual	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
empregado	6 40	10 43.48	8 34.78	2 16.67	26 35.62
desempregado	5 33.33	8 34.78	9 39.13	5 41.67	27 36.99
afastado	2 13.33	4 17.39	1 4.35	0 0	7 9.59
aposentado	1 6.67	1 4.35	4 17.39	5 41.67	11 15.7
NS	1 6.7	0 0	1 4.35	0 0	2 2.74
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = 0.234

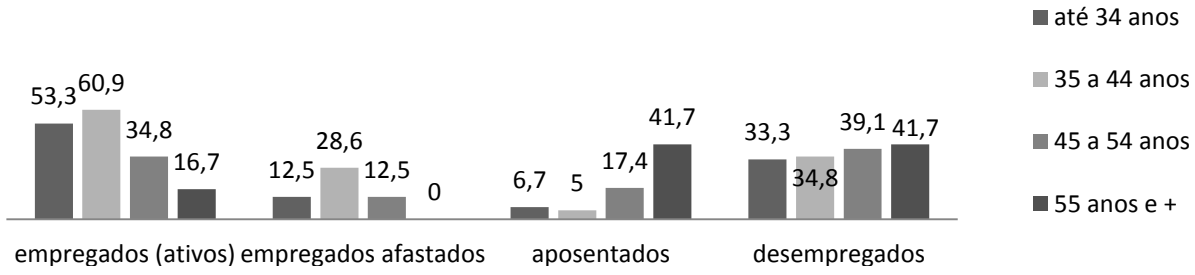

Gráfico 8 - Relação percentual entre idade e situação laboral e previdenciária atual em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

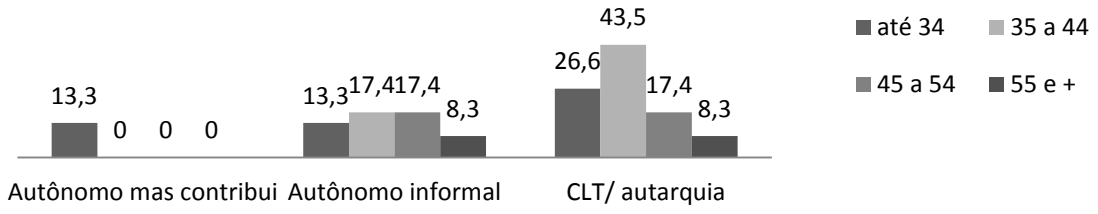

Gráfico 9 - Relação percentual entre idade dos portadores de transtornos mentais atualmente empregados e formalidade e informalidade do trabalho atual, Sinop, Brasil, 2014.

Das 12 pessoas com mais de 55 anos de idade, 9 (75%) possuem renda mensal, sendo que 2 (16,7%) são provedores de suas famílias. Dois estão empregados (16,7%), 1 (8,3%) informalmente e o outro (8,3%) em regime de CLT (Gráfico 9). Outros 5 estão aposentados (41,7%) e 5 desempregados (41,7%) (Gráfico 8), sendo o grupo mais afetado pelo desemprego.

Entre as mulheres 61,5% (36) têm renda própria e evidenciou-se maior inserção deste grupo no mercado formal (16/ 28,9%), em relação aos 53,4% (11) de homens com renda (5/23,8% formais). Entretanto, os homens que trabalham representam a maior proporção de provedores: 57,1% dos homens (12) assumem esse papel na família, em relação a 23,1% (12) das mulheres.

Ainda que inseridas no mercado de trabalho, as mulheres estão longe de ser a principal fonte de renda familiar e apenas uma pequena parcela de homens que trabalham (5/23,8%), não são os chefes de suas famílias.

Proporcionalmente, das 41 mulheres que trabalhavam antes do transtorno mental, 73,2% (3) estavam inseridas no mercado formal e 26,9% (11) no informal; das 28 que

trabalharam após adoecerem, 75% (21) estavam no mercado formal, contra 25% (7) no informal e das 23 trabalhadoras atuais, 69,6% (16) trabalham formalmente e 3,4% (7) informalmente, demonstrando impacto irrelevante do transtorno mental sobre a formalidade do trabalho. O gráfico 10 evidencia o movimento de transição entre formalidade e informalidade no trabalho feminino ao longo dos anos.

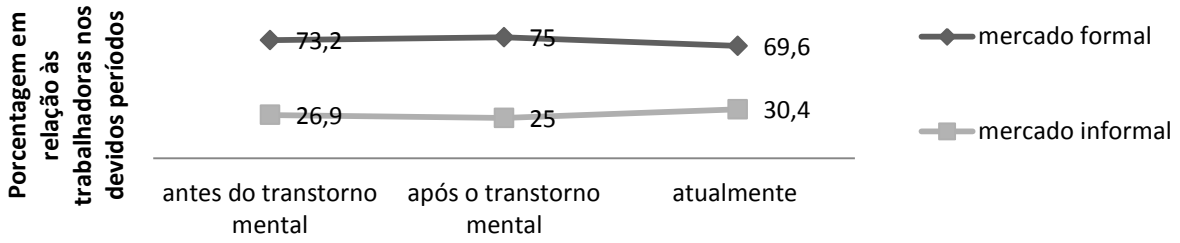

Gráfico 10 - Distribuição percentual de mulheres portadoras de transtorno mental que trabalharam, em relação à sua inserção no mercado formal e informal, antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Foi importante identificar a inserção no mercado de trabalho depois que o transtorno foi desenvolvido em comparação ao período de vida atual, uma vez que os pacientes podem ter conseguido trabalhar por algum tempo após manifestarem o agravo, mas acabaram interrompendo a atividade ou aderindo à informalidade.

O termo autarquia diz respeito às instituições que integram a administração pública indireta, com personalidade jurídica própria e que recorrem a concursos públicos para contratação de servidores, mas cujo patrimônio e recursos são próprios, mas sujeitos à fiscalização governamental (BRASIL, 2014). Os dados desta classe haviam sido abordados no instrumento de caracterização dos sujeitos (APÊNDICE 4) como um evento independente, mas foram transportados à classe CLT, uma vez que juridicamente a autarquia obedece às leis trabalhistas brasileiras.

Proporcionalmente, considerando-se somente os homens trabalhadores, dos 20 que trabalhavam antes do transtorno, 65% (13) estavam no mercado formal e 35% (7) no informal; dos 14 trabalhadores após o desenvolvimento do transtorno mental, 50% (7) atuavam formalmente e 50% (7) informalmente e atualmente, dos 10 trabalhadores atuais, 5% (50) continuam formalmente e 5% (50) informais (gráfico 11), expressando a ascensão do mercado informal ao longo dos anos de transtorno mental.

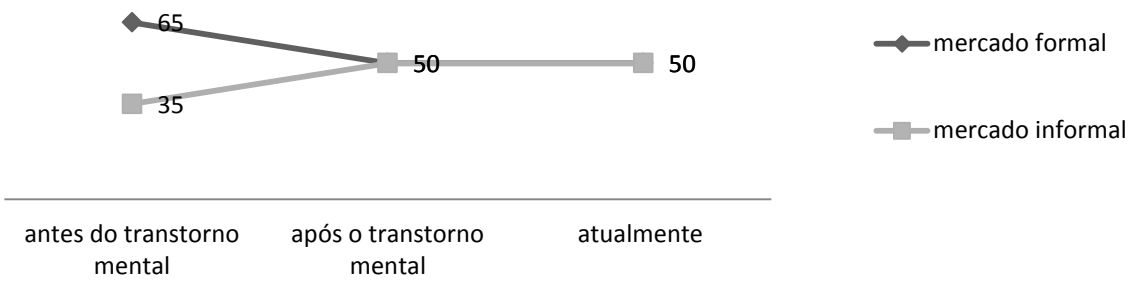

Gráfico 11 - Distribuição percentual de homens portadores de transtorno mental que trabalharam em relação à sua inserção no mercado formal e informal, antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Os gráficos 12 e 13 explicitam a relação entre formalidade e informalidade nas atividades laborais de mulheres e homens, respectivamente, ao longo dos anos, evidenciando o declínio da porcentagem de trabalhadores sob o regime da CLT.

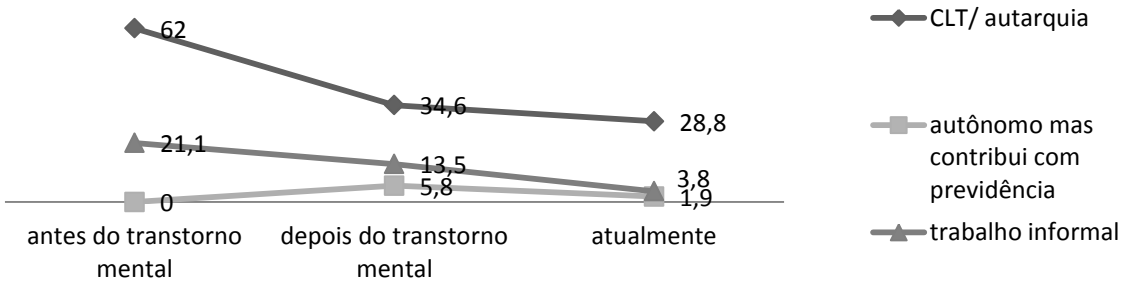

Gráfico 12 - Distribuição percentual de mulheres portadoras de transtorno mental em função do tipo de trabalho (formalidade/ informalidade) e regime de trabalho (CLT, autônomo que contribui com a previdência e autônomo informal), antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

A informalidade atingiu sobremaneira os homens após o desenvolvimento do transtorno mental; 13 (62 %) exerciam atividades laborais regidos pelas leis trabalhistas ou contribuíam com a previdência antes da manifestação do transtorno mental, 7 (33,3%) mantiveram esta condição após manifestar o transtorno, em comparação com os 5 (23,8%) atualmente (gráfico 13). Entretanto, observa-se um movimento contrário ao declínio do mercado celetista com a tendência a assumir atividades autônomas contribuindo com a previdência: os homens não retomaram as atividades celetistas, mas se mobilizaram para se amparar junto à previdência.

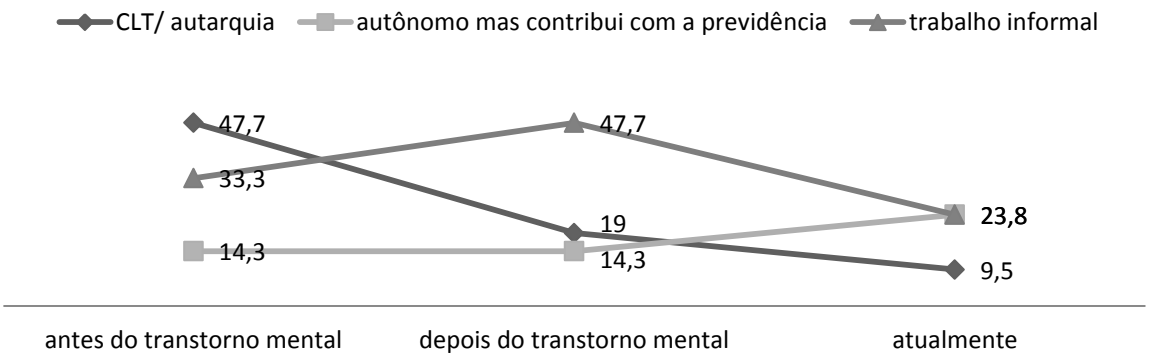

Gráfico 13 - Distribuição percentual de homens portadores de transtorno mental em função do tipo de trabalho (formalidade/ informalidade) e regime de trabalho (CLT, autônomo que contribui com a previdência e autônomo informal), antes e depois do desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Em relação à idade, entre os15 sujeitos da amostra com menos de 34 anos de idade 8 (53,3%) estavam inseridos no mercado formal de trabalho antes do transtorno mental, 7 (46,7%) celetistas e 1 (6,7%) autônomo que contribuía com a previdência, e 1 (6,7%) trabalhava informalmente. Após desenvolver o transtorno mental, 7 (46,7%) eram trabalhadores formais, 5 celetistas (33,3%) e 2 autônomos (13,3%), e 1 (6,7%) era informal. Atualmente, 6 (4%) são trabalhadores formais, 4 (26,7%) celetistas e 2 (13,3%) autônomos, e 2 (13,3%) permanecem informais (gráfico 14).

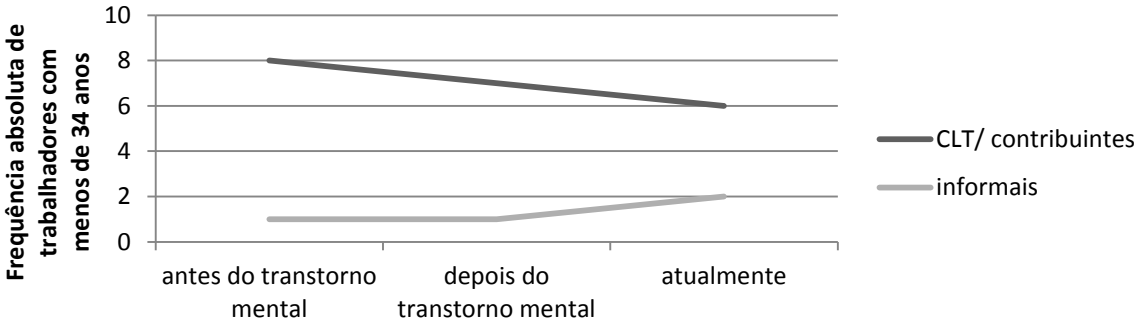

Gráfico 14 - Distribuição de portadores de transtornos mentais com menos de 34 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Entre os 23 sujeitos de 35 a 44 anos, 16 (69,6%) trabalhavam formalmente antes do transtorno mental, 15 (65,2%) celetistas e 1 (6,7%) autônomo, e 5 (21,7%) informalmente. Após desenvolver o agravo, 13 (56,5%) trabalhavam formalmente, 11 (47,8%) celetistas e 2

(8,7%) autônomos e 2 (8,7%) informalmente. Atualmente, 1 (43,5%) estão no mercado formal, todos celetistas, e 4 (17,4%) no mercado informal (gráfico15).

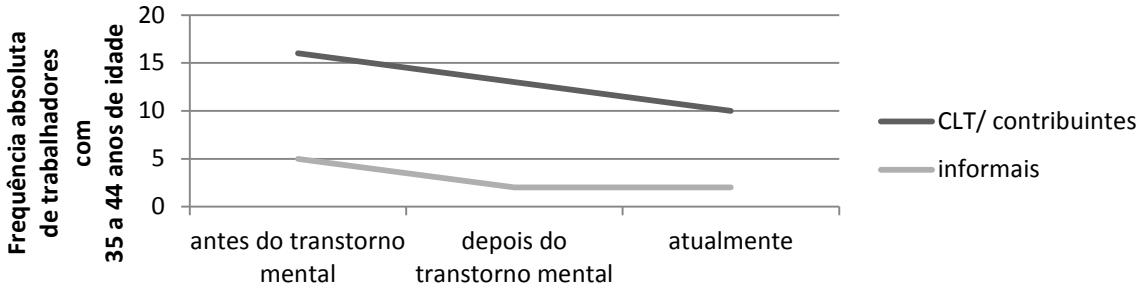

Gráfico15 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais na faixa etária de 35 a 44 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Entre os 23 sujeitos na faixa etária de 45 a 54, 1 (43,5%) trabalhavam formalmente antes de desenvolver o transtorno mental, todos celetistas, e 9 (39,1%) informalmente. Após desenvolver o transtorno mental, 5(21,7%) permaneceram no mercado formal, 3 (13%) celetistas e 2 (8,7%) autônomos, e 7 (3,4%) no informal. Atualmente, 4 (17,4%) estão no mercado formal, 2 (8,7%) celetistas e 2 (8,7%) autônomos, e 4 (17,4%) estão no mercado informal (gráfico 16).

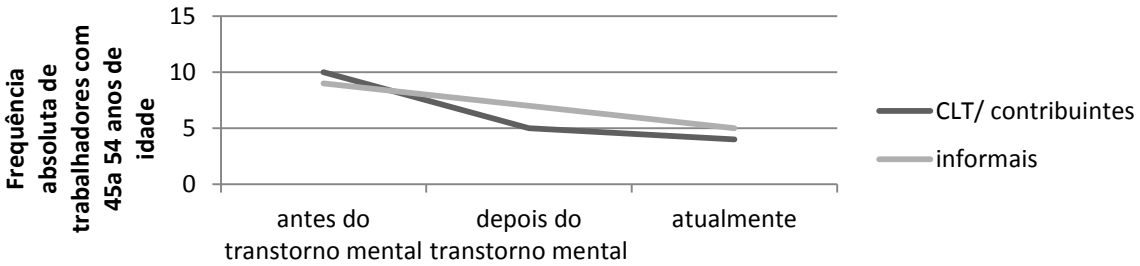

Gráfico16 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais na faixa etária de 45 a 54 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Dos 12 sujeitos com mais e 55 anos, 9 (75%) estavam inseridos no mercado formal antes de desenvolver o agravo, 8 (66,7%) celetistas e 1 (6,7%) autônomo, e 3 (25%) no mercado informal. Após o desenvolvimento da doença, 3 (25%) continuaram no mercado formal, todos celetistas, e 4 (33,3%) na informalidade. Atualmente, 1 (8,3%) permanece no mercado formal, celetista, e 1 (8,3%) no informal (gráfico 17).

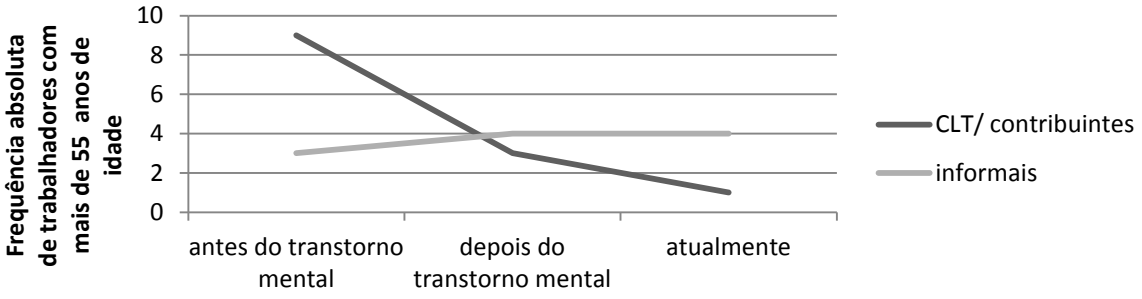

Gráfico17 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais com mais de 55 anos de idade no mercado de trabalho formal e informal ao longo dos anos de desenvolvimento do transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Entre os 7 empregados atualmente afastados, 4 (57,2%) alegaram licença médica relacionada aos danos do transtorno mental e outros 3 (42,8%) por outros agravos à saúde. As licenças médicas masculinas (19%) foram significativamente mais frequentes que as femininas (5,7%), assim como as aposentadorias, que somaram 28,6% dos homens (6) (23,8% relacionadas ao transtorno mental) e 7,6%das mulheres (4) (3,8% relacionadas ao transtorno mental) (Gráfico 4).

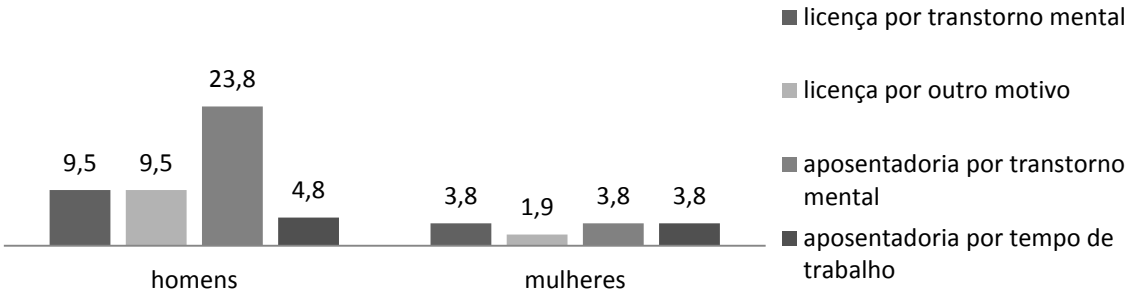

Gráfico 18 - Percentual de licenças e aposentadorias, especificadas por causa, em homens e mulheres portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental, Sinop, Brasil, 2014.

5.5 Escolaridade e profissionalização

Somente um dos sujeitos (mulher com idade superior a 55 anos) não cursou o ensino regular (1,4%) (tabelas 15 e 16). Quarenta e oito por cento dos sujeitos (35) concluíram

apenas a quarta série do ensino fundamental, sobretudo aqueles pertencentes à faixa etária de 45 a 54 anos (74%) (tabela 15).

Apesar de constituírem a maioria dos provedores ou chefes de famílias (tabela 12), os homens detêm os piores escores econômicos (tabela 15) e escolares. Apesar de nenhum deles haver sido classificado como analfabeto, 71,4% (15) interromperam os estudos na quarta série do ensino fundamental e o nível escolar máximo atingido foi o ensino médio (14,3%) (tabela 15). Também mostraram uma tendência a abandonar os estudos (71,4%) (tabela 16).

Entre as mulheres 38,5% (2) concluíram apenas a quarta série do ensino fundamental, mas 6% (31) ultrapassaram o ensino fundamental, sendo que 3 (5,8%), entre 35 a 44 anos de idade, ainda concluíram cursos de graduação e pós graduação *lato sensu* (tabelas 15 e 16), uma delas em Educação, outra em Educação Especial e a última pós graduou-se em duas subáreas, Linguística e Saúde Coletiva. Também se nota menos tendência ao abandono escolar (52%) e 1 delas (1,9%) suspendeu os estudos temporariamente (tabela 16).

Tabela 15 - Relação entre escolaridade e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014.

Escolaridade	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Analfabeto		1 1.92	1 1.37
Até 4ª fundamental	15 71.43	20 38.46	35 47.95
Fundamental completo	3 14.29	12 23.8	15 20.55
Médio completo	3 14.29	16 30.77	19 26.3
Pós-graduado[1]		3 5.77	3 4.11
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .141

Tabela 16 - Relação entre situação escolar atual e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014.

Situação Escolar atual	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Cursando	1 4.76	2 3.85	3 4.11
Abandono	15 71.43	27 51.92	42 57.53
Suspensão		1 1.92	1 1.37
NA[2]	5 23.81	22 42.31	27 36.99
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .43

[1]Cursos *lato sensu*.

[2]NA = concluíram o nível escolar referido ou não cursaram o ensino regular.

Os sujeitos com mais de 55 anos de idade cursaram, prevalentemente, a quarta série do ensino fundamental (67%) e nenhum se graduou (tabela 17). Os melhores níveis de escolaridade foram atingidos pelos sujeitos que tem menos de 44 anos de idade: 14 (73,4%) dos 19 que cursaram o ensino médio e 11 (73,3%) dos 15 que concluíram o ensino fundamental estão alocados nesta faixa etária (tabelas17 e 18).

Tabela 17 - Relação entre escolaridade e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014.

Escolaridade	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Analfabeto	0 0	0 0	0 0	1 8.33	1 1.37
Até 4ª fundamental	4 26.67	6 26.9	17 73.91	8 66.67	35 47.95
Fundamental completo	5 33.33	6 26.9	2 8.70	2 16.67	15 20.55
Médio completo	6 40	8 34.78	4 17.39	1 8.33	19 26.3
Pós-graduado[2]	0 00	3 13.4	0 0	0 0	3 4.11
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .8

Dois homens (9,5%) ingressaram em cursos profissionalizantes, mas somente um deles (5%) concluiu e o outro (5%) abandonou. Entre as mulheres, 12 ingressaram em cursos profissionalizantes (23%), 9 delas concluíram (75%), 1 está cursando (8,3%), 1 abandonou (8,3%) e a última (8,3%) não soube informar qual é a situação escolar atual (tabelas 19 e 20; gráfico 20).

O gráfico 19 ilustra a frequência relativa/ proporcional (%) de nível de escolaridade em função do sexo, evidenciando a ascensão escolar feminina.

Tabela 18 - Relação entre situação escolar atual e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014.

Situação Escolar atual	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Cursando	2 13.33	0 0	1 4.35	0 0	3 4.11
Abandono	8 53.33	11 47.83	16 69.57	7 58.33	42 57.53
Suspensão	0 00	1 4.35	0 0	0 0	1 1.37
NA	5 33.33	11 47.83	6 269	5 41.67	27 36.99
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .43

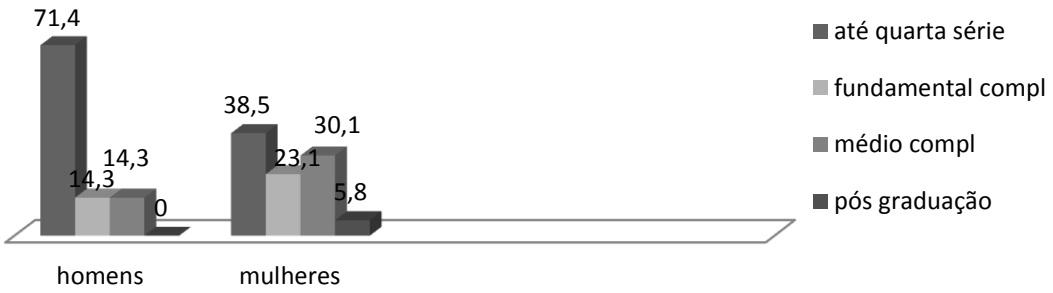

Gráfico 19 - Relação entre nível de escolaridade e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014.

Cursos profissionalizantes, de qualificação profissional e cursos técnicos constituem uma modalidade de educação profissional com o objetivo de formação inicial ou habilitação de jovens aprendizes e se caracteriza pela articulação entre formação e trabalho, que objetiva "[...] formação integral e contínua do indivíduo e sua inserção na vida social e produtiva" (SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL, 2014a; SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL, 2014b).

A educação profissional é regida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei 9.394, de 2 de dezembro de 1996) e pretende maximizar o acesso ao mercado de trabalho (EDUCAÇÃO, 2014).

Os cursos de qualificação profissional oportunizam capacitação e atualização exigida pelo mercado de trabalho a partir da aquisição e/ou complementação de conhecimentos em diversas áreas (SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL, 2014b). Os cursos técnicos de nível médio se integram a uma modalidade vocacional com rápida absorção pelo mercado de trabalho (WIKIPEDIA, 2014) e aliam o conhecimento teórico às tecnologias acessíveis e exigem conclusão do ensino fundamental, devendo acontecer simultaneamente à educação básica de nível médio ou após a conclusão desta etapa (SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL, 2014a).

Os cursos profissionalizantes empreendidos pelos sujeitos da pesquisa são: segurança do trabalho, informática, panificação, magistério, auxiliar administrativo, auxiliar de contabilidade, técnico de enfermagem, cabeleireiro e gestão tecnológica.

Tabela 19 - Relação entre educação profissionalizante e sexo em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014**.**

Educação Profissionalizante	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Não	19 90.48	40 76.92	59 80.82
Sim	2 9.52	12 23.8	14 19.18
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .324

1-sided Fisher'sexact = .158

Os dois sujeitos que abandonaram o curso têm menos de 44 anos de idade e a mulher que está cursando tem menos de 34 anos; entre os que concluíram, a maioria tem entre 35 e 44 anos (5/ 21,7%) (tabela 20).

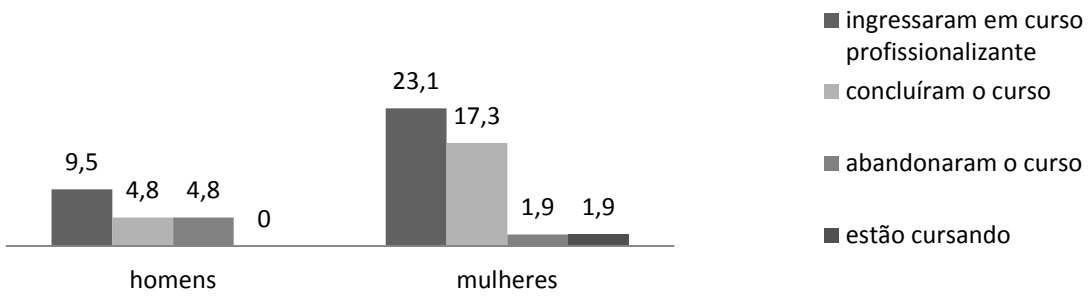

Gráfico 20 - Desfechos dos cursos profissionalizantes iniciados por portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental de Sinop, Brasil, 2014.

Tabela 20 - Relação entre situação escolar profissionalizante e idade em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental em Sinop, Brasil, 2014.

Educação Profissionalizante	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	**35 a 44**	**45 a 54**	**55 e +**	
Cursando	1 6.67	0 0	0 0	0 0	1 1.37
Concluído	1 6.67	5 21.74	2 8.70	2 16.67	10 13.70
Abandono	1 6.67	1 4.35	0 0	0 0	2 2.70
NR	1 6.67	0 0	0 0	0 0	1 1.37
NA	11 73.33	17 73.91	21 91.30	10 83.33	59 80.82
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**3** **100**

Teste exato de Fisher P = .419

5.6 Relação entre a ocupação/ profissão exercida e a área de formação

O questionamento sobre o exercício da profissão ou ocupação na área ou subárea de formação teve a finalidade de avaliar a capacidade de desenvolver habilidades e aptidões e ajustá-las ao contexto de exigências do meio: além de profissionalizar-se, o sujeito conseguiu ou consegue aplicar esse conhecimento teórico-prático no cotidiano?

Esses dados partiram dos sujeitos que afirmaram haver desenvolvido ou iniciado algum tipo de curso profissionalizante ou capacitação, ou seja, desenvolveram habilidades e competências específicas de uma área de formação, e foram organizados em relação ao tempo: anteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental, posteriormente à manifestação do agravo e atualmente.

Apesar de 12 mulheres (23,1%) e 2 homens (9,5%) haverem ingressado em cursos de formação profissional (havendo ou não concluído), este não foi o critério exclusivo para determinar a relação entre atividade laboral e área de formação, já que a pergunta para estas respostas foi sobre a *educação profissional – curso profissionalizante, curso de qualificação profissional e curso técnico* (APÊNDICE 4, questão 22, caracterização dos sujeitos), excluindo-se demais empreendimentos pedagógicos pontuais como as capacitações ou atualizações. Assim, será considerado, para fins de descrição dos dados, o total de homens e mulheres que trabalhavam ou trabalham nos períodos descritos.

Das 41 mulheres que trabalharam antes de desenvolver transtorno mental, 12,2% (5) afirmaram ter desenvolvido atividades laborais na área de sua formação antes de desenvolverem transtornos mentais, enquanto que dos 2 trabalhadores masculinos nenhum desenvolveu trabalhos na área (tabela 21). As mulheres que atuaram na área têm de 35 a 44 anos de idade (3), de 45 a 54 anos (1) e mais de 55anos (1) (tabela 22).

Tabela 21 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período anterior ao desenvolvimento do transtorno mental,por sexo, Brasil, 2014.

Antes de adoecer trabalhava na profissão em que se formou	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Sim		5 9.62	5 6.85
Não	2 9.52	7 13.46	9 12.33
NA	19 90.48	40 76.92	59 80.82
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .382

Tabela 22 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período anterior ao desenvolvimento do transtorno mental,excluindo a atualidade, poridade, Brasil, 2014.

Antes trabalhava na profissão em que se formou	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Sim		3 13.4	1 4.35	1 8.33	5 6.85
Não	3 20	4 17.39	1 4.35	1 8.33	9 12.33
NA	12 80	16 69.57	21 91.30	10 83.33	59 80.82
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .448

Após desenvolverem transtornos mentais, somente 2 (7,1%) das 28 trabalhadoras, com idade entre 35 e 44 anos, e nenhum dos 14 homens atuaram na área de formação (tabelas 23 e 24).

Tabela 23 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período posterior ao desenvolvimento do transtorno mental,excluindo a atualidade, porsexo, Brasil, 2014.

Após transtorno trabalhava na profissão em que se formou	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Sim	0 00	8 3.85	2 2.74
Não	3 14.29	7 13.46	10 13.70
NSA	18 85.71	43 82.69	61 83.56
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = 1.

Tabela 24 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período posterior ao desenvolvimento do transtorno mental,excluindo a atualidade, poridade, Brasil, 2014.

Após transtorno trabalhava na profissão em que se formou	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Sim	0 00	2 8.70	0 00	0 00	2 2.74
Não	3 20	3 13.4	2 8.70	2 16.67	10 13.70
NSA	12 80	18 78.26	21 91.30	10 83.33	61 83.56
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .646

Das 23 mulheres que trabalham hoje, 3 (13%), com idade inferior a 44 anos, desenvolvem atividades na área de formação, ao passo que nenhum dos 1 homens apresentou esta condição (tabelas 25 e 26).

Tabela 25 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período atual,excluindo a atualidade, porsexo, Brasil, 2014.

Agora trabalha na profissão em que se formou	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Sim	0 00	3 5.77	3 4.11
Não	2 9.52	7 13.46	9 12.33
NSA	19 90.48	42 80.77	61 83.56
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .643

Tabela 26 – Relação entre ocupação/ profissão e área de formação no período atual,excluindo a atualidade, por idade, Brasil, 2014.

Agora trabalha na profissão em que se formou	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Sim	1 6.67	2 8.70	0 0	0 0	3 4.11
Não	2 13.33	5 21.74	2 8.70	0 0	9 12.33
NSA	12 80	16 69.57	21 91.30	12 100	61 83.56
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .281

Nota-se que o número de mulheres que desenvolveram atividades laborais em sua área de formação foi pouco relevante mesmo anteriormente ao desenvolvimento do agravo psíquico. Por outro lado, os homens, ainda que tenham desenvolvido cursos de formação profissional, nunca se inseriram na área, predominando em atividades braçais (gráfico7 e 21).

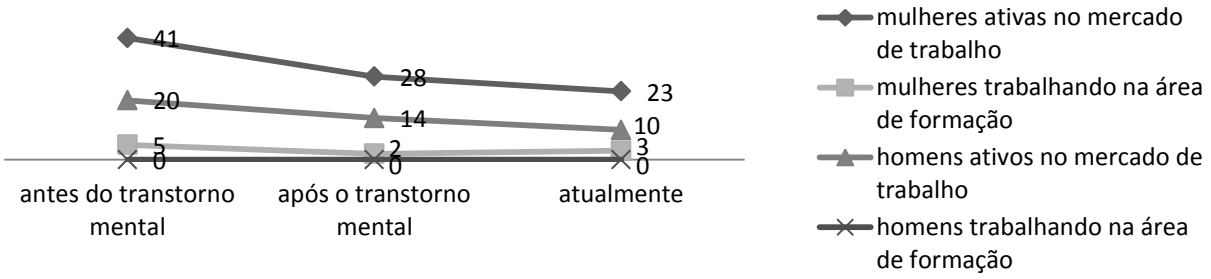

Gráfico 21 - Distribuição de portadores de transtornos mentais inseridos no mercado de trabalho e sua relação com a área de formação profissional, antes e após desenvolverem transtorno mental e atualmente, Sinop, Brasil, 2014.

Nove (39,1%) das 23 trabalhadoras continuam no emprego/ cargo desenvolvido após o desenvolvimento do transtorno mental, 3 (13%) permanecem no emprego mas foram rebaixadas a cargos inferiores hierarquicamente com menor remuneração, 5 (21,7%) mudaram de emprego (tabela 27).

Seis mulheres permanecem no mesmo emprego (todas no funcionalismo público) em cargos diferentes, mas com a remuneração original, ou seja, sofreram *readaptação de função*. Como este item não foi previsto no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 4), esta opção foi transcrita manualmente para a análise dos dados e estatisticamente foi contemplada no item *Não se Aplica* (tabela 27).

Entre os 1 homens que continuam trabalhando, 5 (5%) permanecem no mesmo emprego e cargo exercido após desenvolverem o transtorno mental, 2 (2%) foram rebaixados a cargos inferiores no mesmo emprego, 1 (1%), com menos de 34 anos de idade, ascendeu no emprego a cargo superior hierarquicamente e com melhor remuneração (gráfico 23) e 2 (2%) mudaram de emprego (tabela 27).

Tabela 27 - Relação entre emprego/cargo atuaisem relação aos exercidos após o desenvolvimento do transtorno mental (manutenção do cargo/ emprego, ascensão, rebaixamento, readaptação de função), por sexo, em portadores de transtornos mentais, Sinop, Brasil, 2014.

Emprego e cargo	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Mesmo emprego/ cargo	5 23.81	9 17.31	14 19.81
Emprego/ cargo hierarquicamente inferior	2 9.52	3 5.77	5 6.85
Emprego/ cargo hierarquicamente superior	1 4.76		1 1.37
Não é mesmo emprego	2 9.52	5 9.62	7 9.59
Readaptação de função no mesmo emprego		6 11,5	6 11,5
Não se aplica	11 52.38	29 55,8	46 63.1
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .456

O gráfico 22 apresenta a distribuição relativa dos 33 sujeitos que trabalham atualmente nos empregos e cargos desenvolvidos após o desenvolvimento do transtorno mental por faixa etária. Quatorze deles (42,2%) continuam no mesmo emprego e cargo: 5 (15,1%) com menos

de 34 anos de idade, 4 (12,1%) na faixa de 35 a 44 anos, 3 (9,1%) entre 45 e 54 anos e os 2 (6,1%) únicos trabalhadores com mais de 55 anos.

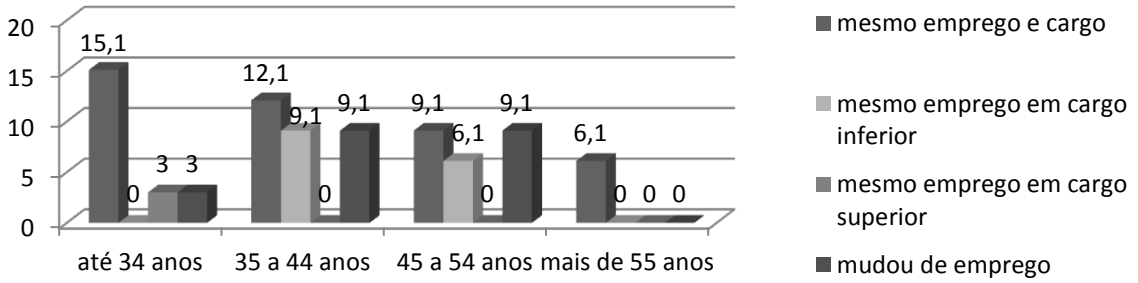

Gráfico 22 -Relação entre emprego/cargo atuaisem relação aos exercidos após o desenvolvimento do transtorno mental (manutenção do cargo/ emprego, ascensão, rebaixamento, readaptação de função), por idade, em portadores de transtornos mentais, Sinop, Brasil, 2014.

Cinco sujeitos (15,1%) foram rebaixados para cargos inferiores, apesar de permanecerem no mesmo emprego: 3 (9,1%) entre 35 e 44 anos de idade e 2 (6,1%) entre 45 e 54 anos. Dos 7 (21,2%) que mudaram de emprego, 1 (3%) tem menos de 34 anos, 3 (9,1%) entre 35 e 44 anos e 3 (9,1%) tem entre 45 e 54 anos. Apenas 1 (3%) sujeito, com menos de 34 anos, ascendeu na carreira após desenvolver transtorno mental (gráficos 23 e 24).

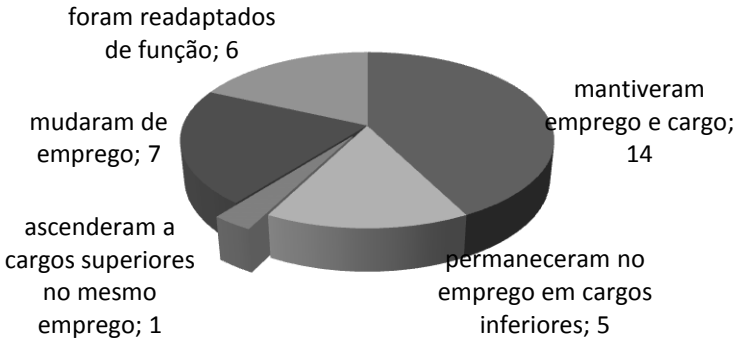

Gráfico 23 –Distribuição dos portadores de transtornos mentais (33) que trabalham atualmente em relação ao emprego/ cargo exercidos após o desenvolvimento do transtorno mental (manutenção do cargo/ emprego, ascensão, rebaixamento, readaptação de função), Sinop, Brasil, 2014.

Assim, o panorama geral da inserção atual no mercado de trabalho está descrito na figura 3.

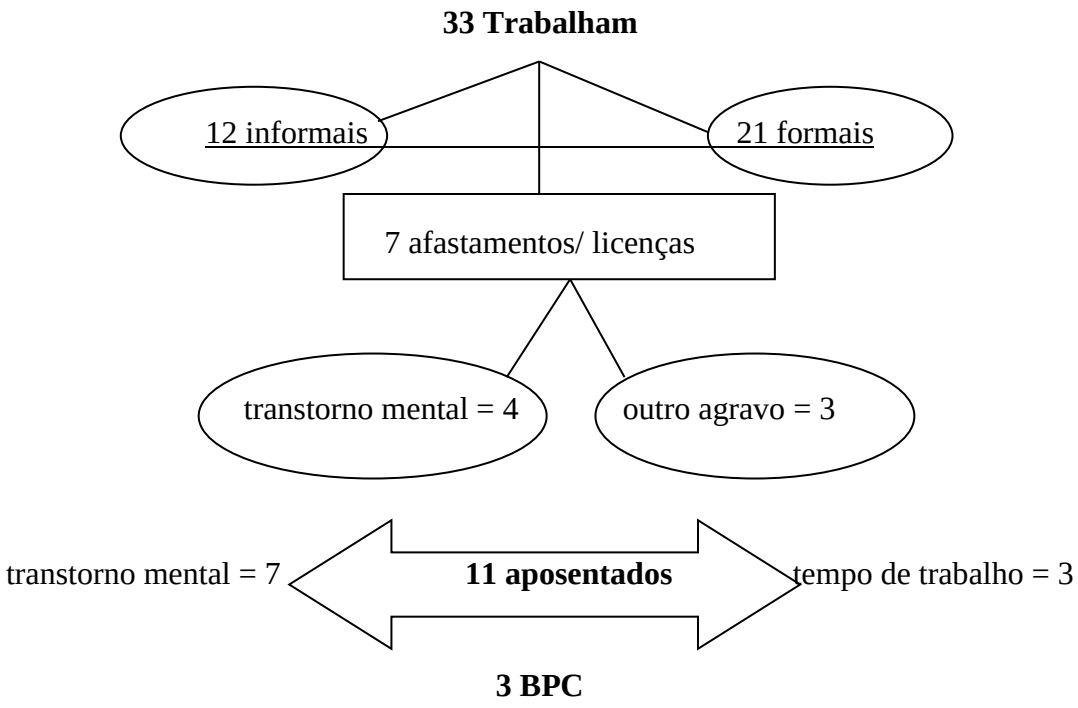

Figura 3 – Distribuição dos 46 portadores de transtorno mental que recebem renda mensal justificada - emprego, aposentadoria ou Benefício de Prestação continuada (BPC), Sinop, Brasil, 2014.

5.7 Justificativas para não imergir no mercado de trabalho ou para interromper a atividade laboral

Onze (21,1%) das 52 mulheres e 1 (4,8%) dos 21 homens não trabalharam antes de desenvolver o transtorno mental. O único homem (4,8%) justifica que não trabalhou por falta de necessidade, assim como 3 (5,7%) mulheres. Seis (11,4%) mulheres dizem que essa foi a decisão de familiar ou responsável, 1 (1,9%) diz que não encontrou oportunidades de emprego e a última (1,9%) justificou que desenvolvia outras atividades na época, incompatíveis com o trabalho (tabela 28).

A maioria desses 12 sujeitos que não trabalharam, 6 (5%), tem menos de 34 anos de idade. Dois (16,7%) tem 35 a 44 anos e 3 (25%) tem 45 a 54 anos de idade (tabela 29).

Após desenvolverem o transtorno mental, 30 pessoas, sendo 7 homens e 23 mulheres, não desenvolveram atividades laborais (26 desempregados e 3 beneficiários de BPC). A grande maioria, 5 homens e 1 mulheres (23,8% e 19,2%, respectivamente), justificam que lhes faltava aptidão para exercer o trabalho desenvolvido anteriormente à manifestação do

transtorno mental; este item incluiu as falas dos sujeitos sobre as limitações relacionadas por eles aos danos do transtorno mental, como "Não voltei [*a trabalhar*] por causa da doença/ transtorno" e retrata o impacto direto do transtorno sobre a ocupação laboral e a funcionalidade (tabela 30).

Tabela 28 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado antes de desenvolver transtorno mental, por sexo, Brasil, 2014.

Porque não trabalhou antes	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Falta necessidade	1 4.76	3 5.77	4 5.48
Falta oportunidade emprego, cargo		1 1.92	1 1.37
Decisão do responsável		6 11.54	6 8.22
Outras atividades		1 1.92	1 1.37
NA	20 95.24	41 78.85	61 83.56
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Tabela 29 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado antes de desenvolver transtorno mental, por idade, Brasil, 2014.

Porque não trabalhou antes	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Falta necessidade	3 20	1 4.35			4 5.48
Falta oportunidade emprego, cargo			1 4.35		1 1.37
Decisão do responsável	3 20	2 8,70	1 8.70		6 8.22
Outras atividades			1 4.35		1 1.37

NA	9 60	21 91.30	19 82.61	12 100	61 83.56
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .83

Entre os 15 que não tinham aptidão para continuar trabalhando na mesma função e deixaram de trabalhar por isso, 3 (2%) tem menos de 34 anos de idade, 3 (2%) entre 35 e 44 anos, 5 (33,3%) entre 45 e 54 anos e 4 (26,7%) deles tem mais de 55 (tabela 31).

Tabela 30 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental, excluindo-se o período atual, por sexo, Brasil, 2014.

Porque não trabalhou após	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Falta necessidade		6 11.54	6 8.22
Falta aptidão	5 23.81	10 19.23	15 20.55
Efeitos consumo fármacos		1 1.92	1 1.37
Decisão do responsável	1 4.76	5 9.62	6 8.22
Atividades incompatíveis		1 1.92	1 1.37
Outros	1 4.76		1 1.37
NA	14 66.67	29 55.77	43 58.90
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .43

Seis mulheres (11,5%) afirmaram que não trabalharam após desenvolverem o agravo psíquico por falta de necessidade, 2 (28,6%) com menos de 34 anos de idade, 1 (14,3%) com 35 a 44 anos e 3 (42,3%) com 45 a 54 anos. Cinco mulheres (9,6%) e 1 homem (4,8%)

atribuíram a condição à decisão de familiar e responsável, 2 (33,3%) com menos de 34 anos de idade, 1 (16,7%) com idade entre 35 e 44 anos e 3 (5%) entre 45 e 54 (tabelas 30 e 31).

Uma das mulheres (1,9%), com idade entre 35 e 44 anos, afirmou não ter trabalhado após desenvolver o transtorno mental em virtude dos efeitos limitantes dos psicofármacos na função ocupacional e a última (1,9%), também com idade entre 45 e 54 anos, porque desenvolvia atividades incompatíveis com o trabalho. Um homem (4,8%) atribuiu a outro motivo, não contemplado pelo questionário (tabelas 30 e 31).

Tabela 31 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não haver trabalhado posteriormente ao desenvolvimento do transtorno mental, excluindo-se o período atual, por idade, Brasil, 2014.

Porque não trabalhou após	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Falta necessidade	2 13.33	1 4.35	3 134	0 0	6 8.22
Falta aptidão	3 20	3 134	5 21.74	4 33.33	15 20.55
Efeitos consumo fármacos	0 0	1 4.35	0 0	0 0	1 1.37
Decisão do responsável	2 13.33	1 4.35	3 134	0 0	6 8.22
Atividades incompatíveis	0 0	1 4.35	0 0	0 0	1 1.37
Outros	0 0	0 0	0 0	1 8.33	1 1.37
NA	8 53.33	16 69.57	12 52.17	7 58.33	43 58.90
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .66

Atualmente 40 pessoas não trabalham, a maioria (26/ 65%) estão desempregados e 11 (25,6%) estão aposentados (6 homens (28,6%) e 5 mulheres (9,6%), 9 deles com idade

superior a 45 anos (81,8%), 1 (9,1%) com menos de 34 anos e outro (9,1%) com 35 a 44 anos de idade (tabelas 32 e 33).

Tabela 32 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não trabalhar atualmente, por sexo, Brasil, 2014.

Porque não trabalha	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
decisão de familiar ou responsável		3 5.77	3 4.11
aposentadoria	6 28.57	5 9.62	11 15.7
outro	1 4.76	1 1.92	2 2.74
NA	8 38.10	23 44.23	31 42.47
falta de necessidade	0 0	9 17.31	9 12.33
falta de aptidão para o trabalho que exercia	2 9.52	6 11.54	8 10.96
falta de oportunidade de emprego	1 4.76	3 5.77	4 5.48
reações adversas ou efeitos colaterais dos psicofármacos	1 4.76	1 1.92	2 2.74
outro agravo à saúde	2 9.52	1 1.92	3 4.11
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .96

Nove mulheres (17,3%), 5 (55,5%) com idade entre 45 e 54 anos, 2 (22,2%) entre 35 e 44, 1 (11,1%) com menos de 34 e 1 (11,1%) com mais de 55 anos, não trabalham atualmente por falta de necessidade, sendo providas por terceiros.

Tabela 33 – Distribuição de pacientes de serviços abertos de saúde mental de Sinop por justificativa para não trabalhar atualmente, por idade, Brasil, 2014.

Porque não trabalha	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	

decisão de familiar ou responsável	1 6.67	0 0	1 4.35	1 8.33	3 4.11
aposentadoria	1 6.67	1 4.35	4 17.39	5 41.67	11 15.7
outro	1 6.67	1 4.35	0 0	0 0	2 2.74
NA	8 53.33	15 65.22	6 26.9	2 16.67	31 42.47
falta de necessidade	1 6.67	2 8.70	5 21.74	1 8.33	9 12.33
falta de aptidão para o trabalho que exercia	2 13.33	1 4.35	3 13.4	2 16.67	8 10.96
falta de oportunidade de emprego	1 6.67	1 4.35	1 4.35	1 8.33	4 5.48
reações adversas ou efeitos colaterais dos psicofármacos	0 0	2 8.7	0 0	0 0	2 2.74
outro agravo à saúde	0 0	0 0	3 134	0 0	3 4.11
Total	**15 100**	**23 100**	**23 100**	**12 100**	**73 100**

Teste exato de Fisher P = .5

Dois homens (9,5%) e 6 mulheres (11,5%) atribuíram a condição do desemprego atual à falta de aptidão para desenvolver o trabalho anterior ao transtorno mental, 2 com menos de 34 anos de idade, 1 com 35 a 44 anos, 3 com 45 a 54 anos e 2 com mais de 55 (tabelas 32 e 33). Um homem (4,8%) e 1 mulher (1,9%), ambos com menos de 44 anos de idade, justificam não trabalhar porque recebem BPC, reiterando a exclusão do mercado de trabalho em decorrência dos danos do transtorno mental.

Um homem (4,8%) e 1 mulher (1,9%), ambos na faixa entre 35 a 44 anos, estão limitados no trabalho em razão dos efeitos adversos dos psicofármacos.

Três mulheres (5,7%) e 1 homem (4,8%) atribuem a condição atual à falta de oportunidades de emprego, entendida como falta de oferta de mercado, 1 (25%) com menos de 34 anos, 1 (25%) com 35 a 44 anos, 1 (25%) com 45 a 54 anos e 1 (25%) com mais de 55 (tabelas 32 e 33).

Dois homens (9,5%) e 1 mulher (1,9%) não trabalham por causa de outro agravo à saúde, condição mórbida que exclui o transtorno mental, todos com idade entre 45 e 54 anos. Três mulheres (5,8%) não trabalham por acatarem decisão de familiares(tabelas 32 e 33).

5.8 Morbidade

A informação sobre o diagnóstico médico atribuído atualmente aos sujeitos é proveniente dos prontuários clínicos individuais aos quais a pesquisadora obteve acesso ao longo do estudo, tanto no Ambulatório de Saúde Mental quanto no CAPS.

Em ambos os serviços foi considerado, para efeitos da pesquisa, o último diagnóstico psiquiátrico descrito no impresso de evolução clínica de cada sujeito, seguido de assinatura e carimbo médico, descrito de acordo com a décima versão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10), capítulo V: Transtornos Mentais e Comportamentais (F 00 a 99) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) (ANEXO D). Nos casos de múltiplas hipóteses diagnósticas descritas no impresso, foi considerada para o estudo a primeira.

A maior parte dos pacientes (38/ 52,8%) atendidos no Ambulatório de Saúde Mental e no CAPS apresenta Transtornos do Humor (F 30 – 39), sobretudo as mulheres (31/ 59,7%). Os Transtornos do Pensamento (F 20 – 29) abrangeram 22,2% da amostra, 10 mulheres (19,2%) e 6 homens (28,6%) (tabela 34).

Tabela 34 – Diagnóstico psiquiátrico principal (CID – 10), por sexo, em portadores de transtornos mentais dos serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014.

Diagnóstico principal CID 10	**Sexo**		**Total**
	Masculino	*Feminino*	
F20-29	6 28.57	10 19.23	16
F30-39	7 33.33	31 59.62	38
F40-49	7 33.33	10 19.23	17
F60-69	1 4,8	1 1,9	2

Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Fisher'sexact = .166

A categoria diagnóstica mais prevalente (38/ 52%), F30-39, foi descrita em subcategorias (Tabela 35), pois inclui patologias graves e persistentes, altamente limitantes, como o Transtorno Bipolar do Humor (F 30; F 31), o Episódio Depressivo Grave Sem Sintomas Psicóticos (F32.2) e o Episódio Depressivo Grave Com Sintomas Psicóticos (F32.3), mas também outras menores, como os episódios depressivos leves e moderados (F 32. e F 32.1).

Tabela 35 – Distribuição dos 38 pacientes diagnosticados com Transtornos do humor (F30-39), segundo as subcategorias da categoria diagnóstica(CID – 10), Sinop, Brasil, 2014.

Subcategoria Diagnóstica (CID – 10)	**Sujeitos (n)**	**Percentual (%)**	**Especificação Diagnóstica***
F 31.2	1	2,6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F 32.1	3	7,9	Episódio depressivo moderado
32.2	3	7,9	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
33.1	7	18,4	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
33.2	2	5,3	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos
33.3	1	2,6	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos
33.4	6	15,8	Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão
34.	1	2,6	Ciclotimia
34.1	14	36,8	Distimia
Total	**38**	**100**	

* Fonte: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10)/ OMS

Entre os 38 pacientes desta categoria, observou-se a prevalência de Distimia (14/ 36,8%), Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado (7/ 18,4%) e Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão (6/ 15,8%). A categoria F 30-39 foi prevalente em todas as faixas etárias, proporcionalmente, atingindo 40% das pessoas com menos de 34 anos de idade, 6,9% das pessoas na faixa de 35 a 44 anos, 52,2% na faixa de 45 a 54 anos e 50% das com mais de 55 (Tabela 36).

Além dos 13 homens (61,8%) e das 41 mulheres (79%) diagnosticados com Transtornos do Humor e Transtornos do Pensamento, 35% dos homens (7) apresentam Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F 4-48), contra menos de 2% das mulheres (Tabela 34).

Um único homem (4,8%) e uma mulher (1,9%) foram diagnosticados com Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto (F 6-69) (Tabela 34), ambos com mais de 55 anos de idade (Tabela 36; Gráfico 24).

Tabela 36 – Diagnóstico psiquiátrico principal (CID – 10), por idade, em portadores de transtornos mentais dos serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014.

Diagnostico principal CID 10	**Grupo etário**				**Total**
	Até 34	**35 a 44**	**45 a 54**	**55 e +**	
F20-29	5 33.33	4 17.39	5 21.74	2 16.67	16 21.92
F30-39	6 40	14 60.87	12 52.17	6 50	38 52.5
F40-49	4 26.67	5 21.74	6 26.9	2 16.67	17 70
F60-69				2 16.67	2 2.74
Total	**15 100**	**23 100**	**23 100**	**12 100**	**73 100**

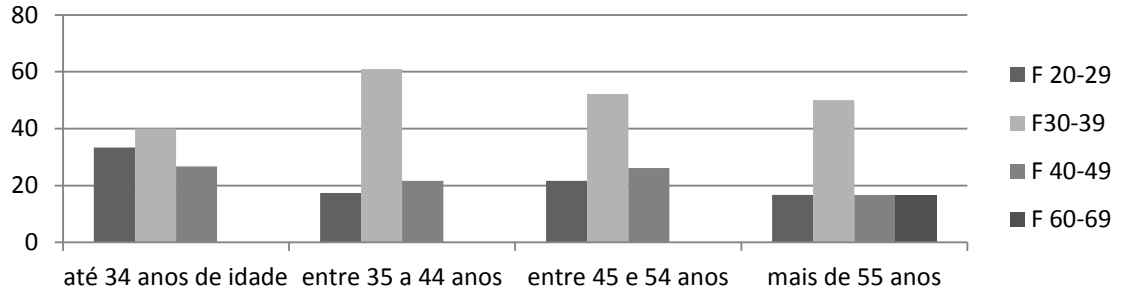

Gráfico 24 - Distribuição percentual de diagnósticos psiquiátricos de pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop em relação à idade, Brasil, 2014.

Ainda que os 15 pacientes com menos de 34 anos de idade perfaçam apenas 21,1% da amostra, chama a atenção a proporção de Transtornos do Pensamento (33,3%) (Tabela 34; Gráfico 24), indicando os primeiros anos de agravo e requerendo medidas especiais para atenuar sua evolução e preservar as funções cognitiva, social e ocupacional pelo maior tempo possível.

Proporcionalmente, os Transtornos do Pensamento foram prevalentes nos sujeitos com menos de 34 anos (33,3%), ao passo que foram identificados em 17,4% das pessoas com 34 a 45 anos, 21,7% das com 45 a 54 anos e em 16,7% das com idade superior a 55 (Tabela 36; Gráfico 24).

Os sujeitos com mais de 55 anos são estatisticamente pouco significativos na amostra (16,4%) e apresentam prevalentemente Transtornos do Humor (6/ 50%), além de se destacarem com os 2 casos diagnosticados como F 60-69 (16,7%) (Tabela 34; Gráfico 24). Esse dado indica que parte desses pacientes (2,7% da amostra) ingressaram tardiamente nos serviços psiquiátricos e exigem uma abordagem distinta daqueles acompanhados de longa data.

Entre os 21 homens atendidos nos serviços, 6 (28,6%) desenvolveram transtorno mental há mais de 1 e menos de 5 anos, 7 (33,3%) desenvolveram o transtorno há mais de 5 e menos de 10 anos e 7 (33,3%) há mais de 10 anos (Gráfico 25).

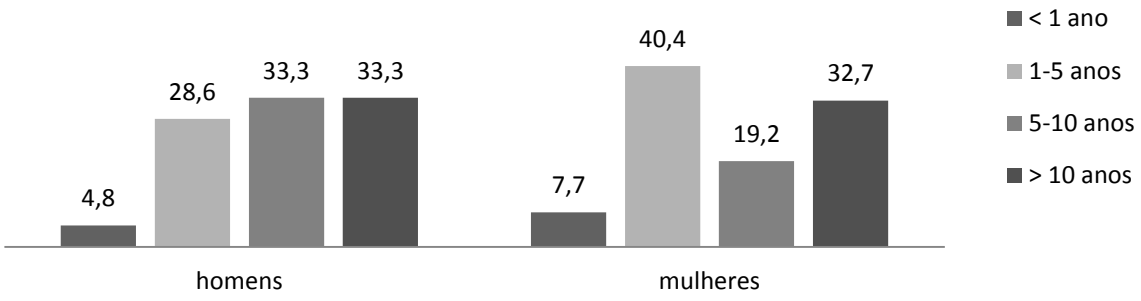

Gráfico 25 – Distribuição de homens e mulheres atendidos em serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, por tempo vivido de transtorno mental, Brasil, 2014.

Entre as 52 mulheres, a maioria (21/ 4,4%) desenvolveu o transtorno há mais de 1 ano e menos de 5 anos; 10 (19,2%) delas desenvolveram há mais de 5 e menos de 10 anos e 17 (32,7%) há mais de 10 anos (Gráfico 25).

Apenas 1 homem (4,8%) e 4 mulheres (7,7%) manifestaram o transtorno mental a menos de 1 ano (Gráfico 25).

Além do transtorno mental, 31 pessoas (42,5%) sofrem com outros agravos à saúde, sendo 23 das 52 mulheres (44,2%) e 8 dos 21 homens (38,1%). Quinze mulheres (28,8%) e 3 homens (14,3%) são portadores de um único agravo, concomitantemente ao transtorno mental e 8 (15,4%) mulheres e 5 (23,8%) homens sofrem com mais de um agravo (Tabela 37).

Entre as pessoas com 35 a 44 anos de idade, 8 (34,8%) apresentam um agravo paralelamente ao transtorno mental. Das pessoas na faixa de 45 a 54 anos de idade, 11 (47,8%) somam agravos à saúde, 4 (17,4%) um único e 7 (3,4%) mais de um (Tabela 37).

Tabela 37 – Agravos de causa orgânica (exclui-se transtorno mental), por sexo, em pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014.

Agravo causa organica	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Apenas 1 ano	3 14.29	15 28.85	18 24.66
Mais que 1 ano	5 23.81	8 15.38	13 17.81
Não tem	13 61.90	29 55.77	42 57.53
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .376

Tabela 38 – Agravos de causa orgânica (exclui-se transtorno mental), por idade, em pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014

Agravo – Causa Orgânica	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Apenas1	2 13.33	8 34.78	4 17.39	4 33.33	18 24.66
Mais que 1	1 6.67		7 30.43	5 41.67	13 17.81
Não Tem	12 80	15 65.22	12 52.17	3 25	42 52.53

Total	**15**	**23**	**23**	**12**	**73**
	100	**100**	**100**	**100**	**100**

Vinte por cento (3) dos sujeitos com menos de 34 anos já apresentam algum agravo à saúde, além do transtorno mental. O grupo mais atingido pelas afecções orgânicas é o das pessoas com mais de 55 anos (9/ 75%), 4 (33,3%) apresentando um único agravo e 5 (41,7%) mais de um (Tabela 38).

Processos osteoarticulares e musculares foram prevalentes, entre eles fibromialgia (4/ 12,9%), reumatismo (2/ 6,4%), dores articulares difusas (2/ 6,4%), dores musculares difusas (2/ 6,4%) e hérnia de disco (3/ 9,7%), seguidas de agravos da mesma natureza, menos frequentes, como síndrome do túnel do carpo (1/ 3,2%), osteoporose (1/ 3,2%) e sequela de traumatismo osteoarticular (1/ 3,2%). Hipertensão arterial foi referida por 6 sujeitos (19,3%) (Gráfico 26).

Diabetes melito foi referido por 3 pacientes (9,7%), assim como prejuízo visual (3/ 9,7%) e insuficiência cardíaca por 2 (6,4%). Cefaléia crônica, asma brônquica, hipercolesterolemia, hipertireoidismo, bexiga hiper-reativa, diarréias, otites de repetição, cálculo renal e gastrite tiveram frequência igual a 1, cada (3,2% dos 31 agravos mencionados).

Os agravos subjacentes ao transtorno mental estão resumidos no gráfico 26.

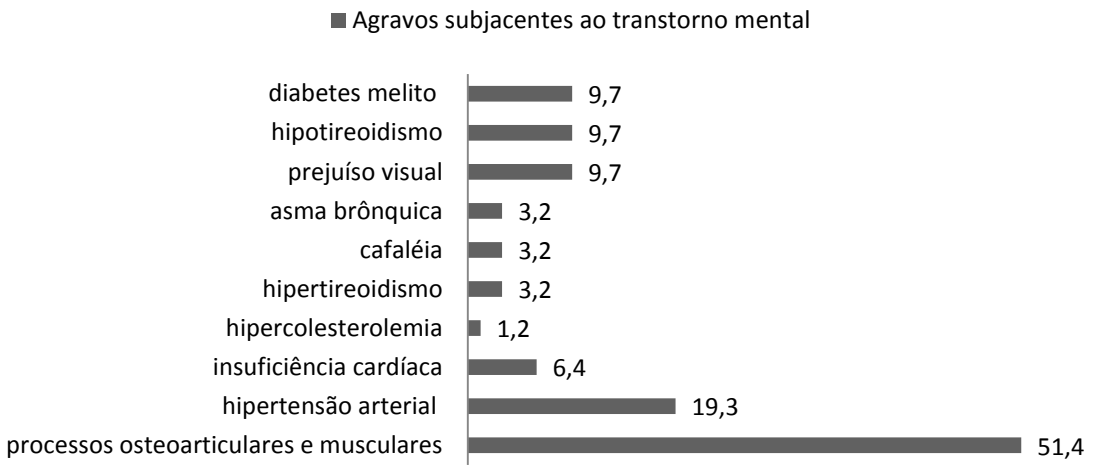

Gráfico 26 – Distribuição percentual de agravos à saúde, excluindo transtorno mental, apresentados por 31 pacientes de serviços abertos de atenção em saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Apesar de não haver identificado os agravos em prontuário clínico, o estudo revela o conhecimento dos pacientes sobre o próprio estado de saúde, agregando à discussão sobre a capacidade ocupacional desta clientela outros elementos que baseiam a assistência de enfermagem na maximização da autonomia do portador de transtorno mental.

Dezessete (23,3%) pessoas consomem algum tipo de substância psicoativa, lícita ou não. Seis mulheres (11,5%) e 1 homem (4,8%) afirmam que o consumo é frequente, e 5 mulheres (9,6%) e 5 homens (23,8%) relatam ser eventual (Tabela 39).

Tabela 39 – Consumo de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, por sexo, em portadores de transtornos mentais de serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Consumo de drogas	**Sexo**		**Total**
	Masculino	Feminino	
Frequente	1 4.76	6 11.54	7 9.59
Eventual	5 23.81	5 9.62	1 13.7
Não consome	15 71.43	41 78.85	56 76.71
Total	**21** **100**	**52** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .267

Um homem (4,8%) e 1 mulher (1,9%) usam algum tipo de prótese ou órtese, ambos com mais de 45 anos de idade (Tabela 40).

Tabela 40 – Uso de prótese ou órtese, por idade, em pacientes de serviços abertos de saúde mental do município de Sinop, Brasil, 2014.

Usa prótese	**Grupo Etário**				**Total**
	Até 34	35 a 44	45 a 54	55 e +	
Sim			1 4.35	1 8.33	2 2.74
Não	15 100	23 100	21 91.30	11 91.67	70 95.89

NR			1 4.35		1 1.37
Total	**15** **100**	**23** **100**	**23** **100**	**12** **100**	**73** **100**

Teste exato de Fisher P = .645

5.9 Desempenho em atividades de vida independente (ILSS-BR)

Os resultados da pontuação das escalas ILSS – BR nas versões para o paciente e para o informante destacaram três domínios predominantemente afetados nos portadores de transtorno mental, ou seja, com os menores escores obtidos: emprego, lazer e transporte. Foi verificado pelo *Two-sampleWilcoxonrank-sum (Mann-Whitney) test* se a análise desses domínios deveria considerar idade e sexo, e a resposta foi negativa, essas variáveis não são importantes nessa análise.

Os três domínios foram analisados, de acordo com o teste *Kruskalwallis*, segundo classe econômica (cceb), escolaridade, tempo e diagnóstico, variáveis correlacionadas consideradas pelo teste como importantes para compreender o prejuízo nos domínios da vida cotidiana referidos.

Cabe lembrar que a pontuação do ILSS-BR considera proporcionalmente os itens válidos de cada subescala, ou seja, aquelas funções que deveriam ser executadas pelo paciente no cotidiano, e o resultado da escala no texto consiste na média de percentual de habilidades de vida independente preservadas.

Os APÊNDICES 5, 6 e 7 resumem os escores do desempenho dos sujeitos em todas as atividades de vida independente contempladas pelo ILSS-BR, correlacionadas com escolaridade, nível econômico, tempo vivido de transtorno mental e diagnóstico psiquiátrico.

5.9.1 Habilidades para o emprego e manutenção do trabalho

A subescala Emprego da versão do ILSS-BR para o paciente (Anexo B) versa sobre habilidades para procurar emprego ou imergir no mercado de trabalho, incluindo os itens “Lê classificados para procurar emprego?”, “Contata empregadores potenciais para avaliar

possíveis oportunidades de trabalho?", "Contata amigos e agências empregadoras para obter indicações de emprego?" e "Participa de entrevistas de seleção para obter emprego?".

Portanto, os itens seriam válidos para pessoas que não estão empregadas, que constituem 37% (27) da amostra; entretanto, 43 responderam à questão Emprego expressando, ainda que sejam beneficiadas pela previdência ou por outra fonte, que desejam e buscam ingressar no mercado.

No mesmo instrumento, o item Manutenção do Trabalho versa sobre o relacionamento com colegas e supervisores e cumprimento de horários e foi válido para as pessoas que trabalharam nos últimos trinta dias anteriores à aplicação do instrumento, como prevê o ILSS-BR, sendo aplicável a, no mínimo, 33 pacientes da amostra e foi respondido por 29, provavelmente porque 4 estavam afastados do emprego nos últimos trinta dias.

Assim, o instrumento na versão para o paciente dispõe de dois itens sobre inserção no mercado de trabalho, Emprego, para mensurar habilidades para se inserir nesse mercado, e Manutenção do Trabalho, que denota habilidades para manter a atividade laboral.

Já na versão do ILSS-BR para o informante (Anexo C), um único item, Emprego, contempla todas essas habilidades e inclui, aos itens já mencionados no ILSS-BR para o paciente, "Tem aspirações realísticas de emprego?".

Portanto, a percepção do informante sobre o paciente e a atividade laboral incluiu habilidades para buscar imergir no mercado de emprego, habilidades relacionais no emprego, capacidade de se organizar em função dos horários para o trabalho e sobre a compreensão realística do paciente sobre suas habilidades para o trabalho escolhido.

Nenhum dos dois instrumentos aborda habilidades executivas para o trabalho.

Os pacientes com diagnóstico F20-29 tem, segundo sua própria percepção, 4,5% de habilidades preservadas para desempenhar atividades relacionadas ao emprego, ou seja, para identificar a oportunidade de emprego e recorrer a ela. No item Manutenção do Trabalho, as respostas desses pacientes indicaram 91,7% de habilidades preservadas, ou seja, alta performance para se relacionar no emprego, critério do ILSS-BR para avaliar a capacidade de se manter no trabalho.

No entanto, os informantes afirmaram que estes pacientes apresentam nível 0,8 em habilidades para essas tarefas (lembrando, que as respostas dos informante oscilam entre 0 e 4, conforme recomenda o instrumento), que equivale a aproximadamente 20% de habilidades, sugerindo uma importante limitação para ingressar no mercado de trabalho e para se fixar nele (Tabela 41).

No caso dos diagnosticados por F30-39, que representam a maior parte do contingente de pessoas que buscaram emprego (18/ 41,9%) ou trabalharam (18/ 62%) nos últimos trinta dias, os pacientes referiram 1,4% de habilidades para procurar emprego, mas 87% para permanecer trabalhando, contra 2 pontos (50%) referidos pelos informantes para ambas as atividades.

Os pacientes da categoria diagnóstica F40-49 se avaliaram mais positivamente, com 34,1% de habilidades para Emprego, ao passo que os informantes atribuíram 1,8 ponto (45%) (Tabela 41).

Tabela 41 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por diagnóstico médico (CID-10), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Diagnóstico (CID-1)	Emprego/ Paciente			Trabalho/ Paciente			Informante habilidades
	n	%	HVI %	n	%	HVI %*	%
F 20-29	*11*	*25,6*	4,5	4	13,8	91,7	0,8
F 30-39	18	41,9	1,4	18	62	87	2
F 40-49	*12*	*27,9*	34,1	7	24,1	81	1,8
F 60-69	2	4,6					0,8
Total	43	100		29	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

Os 2 únicos pacientes diagnosticados como F60-69 invalidaram esta questão porque não procuram emprego e não trabalham; curiosamente os informantes pontuaram 1,8 para o paciente nestas atividades (Tabela 41).

Os 3 pacientes (1,3%) que manifestaram o transtorno mental pela primeira vez há menos de um ano e trabalham informaram que tem rendimento de 1% nas atividades laborais e foram os melhor colocados quando avaliados pelos informantes, com 3,5 (o que equivaleria, em termos percentuais, a 87,5%), ainda que destoante da percepção dos primeiros, provavelmente porque somam menos danos funcionais da psicopatologia (Tabela 42).

Entretanto, os que buscam emprego e desenvolveram o transtorno há mais de 10 anos só apresentam 4,7% de habilidades para este fim (Tabela 42).

As pessoas com 5 a 1 anos de transtorno mental se avaliaram mais habilidosas para empreender a busca pelo emprego (2,5%), mas foram as que pior se avaliaram no trabalho (66,7%).

A maioria dos pacientes que procuram emprego (16/ 37,2%) apresenta a doença há mais de 10 anos e avaliam suas habilidades para isso em 4,7%. Essas pessoas são as que menos estão empregadas atualmente, apesar de se avaliarem positivamente no trabalho (66,7%) (Tabela 42).

Tabela 42 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por tempo de desenvolvimento do transtorno mental, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Tempo de transtorno mental	Emprego/ Paciente			Trabalho/ Paciente			Informante habilidades
	n	%	HVI %	n	%	HVI %*	%
< 1 ano	2	4,6		3	1,3	1	3,5
1 – 5 anos	14	32,5	1,7	15	51,7	91,1	2
5 – 1 anos	11	25,6	2,5	7	24,1	66,7	1,3
> 10 anos	16	37,2	4,7	4	13,8	91,7	1,2
Total	43	100		29	100		

* HVI: média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

A maioria dos sujeitos que estão procurando trabalho (24/ 55,1%) estudaram até a quarta série do ensino fundamental e apresentam 12,5% de habilidades para essa tarefa. As pessoas com o mesmo nível de escolaridade avaliam que tem 96,7% de habilidades para o trabalho, apesar de terem recebido a pontuação média de 1,2 (pouco mais de 25%) por parte dos informantes (Tabela 43).

Tabela 43 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por escolaridade, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Escolaridade	Emprego/ Paciente			Trabalho/ Paciente			Informante habilidades
	n	%	HVI %	n	%	HVI %*	%

analfabeto			---			---	---
Até 4 série	24	55,1	12,5	1	34,5	96,7	1,2
Fundamental completo	*1*	*23,2*	5	5	17,2	93,3	1,6
Médio completo	9	2,9	11,1	11	13,8	81,8	2,4
Pós graduado			---	3	1,3	55,6	3
Total	43	100		29	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

Quem concluiu o ensino fundamental avalia as próprias habilidades de buscar emprego em 5%, e quem concluiu o médio, em 11,1%. Os primeiros pontuaram 93,3% em habilidades para trabalhar e os últimos, 81,8%. Os informantes atribuíram 1,% e 2,% respectivamente. As 3 pessoas com pós graduação (1,3%) se avaliaram mal no trabalho (55%), apesar de serem as melhores avaliadas pelos informantes (3/ 75%) (Tabela 43).

Os grupos B1 e B2 da CCEB – ABEP (212) não detém habilidades necessárias para procurar emprego, apesar de terem se posicionado enquanto pessoas que querem se empregar. A classe B1 foi predominante entre os que trabalham (11/ 37,9%) e pontuaram, em média, 84,8%); a classe B2 foi a melhor posicionada, segundo os informantes (2,6) (Tabela 44).

Os trabalhadores das classes C2 e D se julgam habilidosos para as atividades que executam (91,7% e 100%, respectivamente), apesar da avaliação negativa dos informantes (1,2 e 1, respectivamente). O grupo C2 foi predominante na busca de emprego (14/ 32,5%), com a melhor avaliação dos pacientes (32,5%) (Tabela 44).

Tabela 44 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Emprego e Manutenção do Trabalho sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por nível econômico (CCEB – ABEP, 212), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

CCEB-ABEP	Emprego/ Paciente			Trabalho/ Paciente			Informante habilidades
	n	%	HVI %	n	%	HVI %*	%
B1	*1*	2,3		*1*	3,4	66,7	2
B2	5	11,6		11	37,9	84,8	2,6

C1	*12*	*27,9*	12,5	8	27,6	79,2	1,8
C2	14	32,5	7,1	4	13,8	91,7	1,2
D	11	25,6	18,2	5	17,2	100	1
Total	43	100		29	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

5.9.2 Habilidades para o lazer

A subescala Lazer do ILSS-BR (Anexos B e C) contempla ocupação com passatempos, recreação, cultura, esportes ou com rituais religiosos, interação social (fora de casa), controle social e busca por informação, constituindo uma importante ferramenta para reconhecer o nível de socialização a partir do uso das habilidades de vida independente, além de subsidiar inferências sobre a emancipação e cidadania. O item "Você tem título de eleitor?" está relacionado à postura cívica e complementa a avaliação sobre a cidadania.

Esta subescala também apresentou escores baixos, com média de 1,3 (32%) de habilidades preservadas por diagnóstico, segundo os informantes, e 43% segundo os sujeitos. A subescala foi aplicável a todos os pacientes (73) e as correlações com diagnóstico, tempo de transtorno, escolaridade e nível econômico serão descritas a seguir.

A maior limitação foi sentida pelos sujeitos com diagnóstico F20-29, tanto pelos próprios sujeitos (38,2%) quanto por seus informantes (1,1 ponto) (Tabela 45).

Tabela 45 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por diagnóstico médico (CID-1), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Diagnóstico (CID-1)	Lazer/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	
F 2-29	*16*	*21,9*	38,2	1,1
F 3-39	38	52	46,3	1,3
F 4-49	*17*	*23,3*	41	1,4
F 6-69	2	2,7	45,8	1,2

Total	73	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

A maioria dos sujeitos tem entre 1 e 5 anos de desenvolvimento de transtorno mental e revelaram a perspectiva mais otimista sobre suas habilidades em Lazer (49,9%), sendo correspondida pelos informantes (1,4), em relação aos demais grupos. De acordo com os informantes, o grupo que adoeceu há menos de um ano tem o pior desempenho (0,9 ponto). (Tabela 46).

Tabela 46 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por tempo de desenvolvimento do transtorno mental, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Tempo de transtorno mental	Lazer/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	
< 1 ano	5	6,8	40	0,9
1 – 5 anos	27	37	49,9	1,4
5 – 1 anos	17	23,3	39,8	1,3
> 1 anos	24	32,9	38,8	1,2
Total	73	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

Os escores dos pacientes e dos informantes aumentaram de acordo com maior nível de escolaridade, de 8,3% para 52%, no caso dos pacientes, e de 0,4 para 2,4 pontos no caso dos informantes, mostrando a correlação positiva entre Lazer e escolaridade.

O grupo de pós graduados (3/ 4,1%) conflitou com esta regra, apresentando escores dos pacientes menores que os sujeitos que concluíram o ensino fundamental (47,4% de habilidades) e dos informantes menores que os que concluíram o ensino médio (2,4 pontos), porém constituem uma fração pouco expressiva dos sujeitos da pesquisa, insuficientes para contrariar o que foi anteriormente observado (Tabela 47).

O único analfabeto obteve os piores índices em Lazer, 0,4 ponto sob a perspectiva dos informantes e 8,3% do próprio paciente, mas foi inexpressivo (Tabela 47).

Os grupos C2 e D (CCEB – ABEP) obtiveram os menores escores em Lazer, tanto sob a ótica do paciente (3,6 e 37,2%, respectivamente), quanto dos informantes (0,9). Os grupos B1, B2 e C1 alcançaram escores semelhantes entre si entre os sujeitos (5, 52,6 e 5,2%, respectivamente) (Tabela 48).

Tabela 47 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por escolaridade, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Escolaridade	Lazer/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	
analfabeto	*1*	1,4	8,3	0,4
Até 4 série	35	47,9	37,5	1
Fundamental completo	*15*	*2,5*	47,4	1,3
Médio completo	19	26	52	2,4
Pós graduado	3	4,1	44,4	2,2
Total	73	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

Tabela 48 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Lazer sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por nível econômico (CCEB – ABEP, 2012), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

CCEB-ABEP	Lazer/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	
B1	*2*	2,7	5	1,7
B2	15	2,5	52,6	1,9
C1	*18*	*24,6*	*5,2*	1,4
C2	2	27,4	3,6	0,9
D	18	24,6	37,2	0,9
Total	73	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

A média de Lazer segundo nível econômico foi de 1,3 ponto (32%) de habilidades preservadas nos sujeito, segundo seus informantes.

5.9.3 Habilidades para o transporte

A subescala Transporte na versão para o paciente do ILSS-BR (Anexo B) diz respeito à competência e habilidades para dirigir automóvel (inclui ter sido aprovado em exame para habilitação e usar o veículo no cotidiano), habilidades para utilizar meios públicos de transporte, inclusive a capacidade de se localizar espacialmente fora de casa, se informar sobre destinos pretendidos e identificar itinerários por intermédio da leitura, ou seja, empreender uma leitura funcional.

A versão para o informante (Anexo C) acrescenta itens sobre locomoção do paciente pela comunidade sem um meio de transporte, o respeito às normas de pedestres, o hábito de viajar para locais distantes utilizando ônibus, trem ou avião e, ainda, sobre a adequação ou pertinência do comportamento do paciente quando utiliza meios de transporte.

Transporte foi aplicável ao total da amostra de pacientes (73).

Essas habilidades são fundamentais para a inclusão social, já que oportunizam a participação social e o uso dos recursos da comunidade, e estão gravemente comprometidas nos sujeitos da pesquisa.

A média de habilidades preservadas para Transporte em razão de diagnóstico psiquiátrico foi de 43,3% segundo os próprios pacientes e de 2,2 pontos (55%) segundo informantes. Os melhores escores foram atingidos por pessoas diagnosticadas por F30-39 (53,6%), que corresponde à maior fração da amostra (38/ 52%) e pelo grupo F60-69 (2/ 2,7%) (6%), sob a percepção dos pacientes (Tabela 49).

Para os informantes, os grupos mais hábeis são F30-39 e F40-49 (2,3 e 2,5, respectivamente) (Tabela 49).

Os melhores níveis de habilidades para Transporte foram alcançados por pessoas que adoeceram há mais de um e menos de cinco anos (54,8%), seguidos pelos com menos de um ano de transtorno mental (49%), segundo os sujeitos. O índice foi decrescente em pessoas que manifestaram o transtorno mental há mais de 5 anos (42,9%), marcantemente prejudicado com mais de dez anos de agravo (29,3%), comprometimento reiterado pelos informantes (1,8 ponto) (Tabela 50).

Tabela 49 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por diagnóstico médico (CID-10), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Diagnóstico (CID-1)	Transporte/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	
F 20-29	*16*	*21,9*	14,1	1,7
F 30-39	38	52	53,6	2,3
F 40-49	*17*	*23,3*	44	2,5
F 60-69	2	2,7	6	1,8
Total	73	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

Tabela 50 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por tempo de desenvolvimento do transtorno mental, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Tempo de transtorno mental	Transporte/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	
< 1 ano	*5*	6,8	49	2
1 – 5 anos	27	37	54,8	2,4
5 – 1 anos	*17*	*23,3*	42,9	2,4
> 10 anos	24	32,9	29,3	1,8
Total	73	100		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

A escolaridade foi preponderante para a avaliação positiva dos informantes sobre as habilidades dos sujeitos com Transporte: os escores aumentaram de acordo com o nível escolar, variando de 0,8% para o único analfabeto a 3,2% para pós graduados (Tabela 51).

Tabela 51 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por escolaridade, em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

Escolaridade	Transporte/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	
analfabeto	*1*	1,4		,8
Até 4 série	35	47,9	4,2	1,9
Fundamental completo	*15*	*2,5*	34	2,3
Médio completo	19	26	55,3	2,5
Pós graduado	3	4,1	63,9	3,2
Total	73	1		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

Os que completaram o ensino fundamental obtiveram pontuação mais modesta (34%) em relação aos que completaram o ensino médio (55,3%) e os pós graduados (63,9%) (Tabela 51).

Maior nível econômico foi determinante para os escores mais altos de habilidades para Transporte, tanto sob a percepção dos pacientes, variando de 32,6% de habilidades para pessoas no nível D, a 62,5% para pessoas no nível B1, quanto sob a percepção dos informantes, com variação entre 1,8 a 3,6 pontos para os níveis D e B1, respectivamente, constatando-se um movimento crescente de habilidades (Tabela 52).

Tabela 52 – Percentual de habilidades de vida independente (HVI/ ILSS-BR) preservadas em Transporte sob o ponto de vista de pacientes e seus informantes, por nível econômico (CCEB – ABEP, 212), em serviços abertos de saúde mental do interior matogrossense, Brasil, 2014.

CCEB-ABEP	Transporte/ Paciente			Informante habilidades %
	n	%	HVI %	

B1	*2*	2,7	62,5	3,6
B2	15	2,5	53,4	2,7
C1	*18*	*24,6*	*46,4*	2,4
C2	2	27,4	40,5	1,9
D	18	24,6	32,6	1,8
Total	73	1		

* Média (%) de habilidades de vida independente preservadas (ILSS-BR)

Uma vez que a maior fração da amostra tem padrão econômico C1 a D, evidencia-se importantes limitações para Transporte, relacionadas ao poder de consumo desta clientela.

6. DISCUSSÃO

O ILSS-BR é importante para planejar e avaliar programas de reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico (RODRIGUES, JARDIM, KANTORSKI, 2014). Não foram encontrados outros estudos que tenham aplicado as duas versões do ILSS, para o paciente e para o informante, para o mesmo grupo de pacientes, sendo esta uma peculiaridade deste estudo, que ampliou o conhecimento da realidade ocupacional dos sujeitos.

Juntamente com os dados sociodemográficos e de caracterização dos sujeitos, as informações sobre o funcionamento em atividades independentes oportunizaram o reconhecimento do nível de autonomia dos portadores de transtorno mental atendidos pelo Ambulatório de Saúde Mental e pelo CAPS de Sinop, MT.

Não foram encontrados, segundo a revisão da literatura, estudos de aplicação do ILSS na região centro-oeste brasileira, sendo este o primeiro resultado sobre as habilidades de vida independente de portadores de transtornos mentais deste segmento do país.

O ILSS é o instrumento mais usado com a finalidade de verificar o desempenho dos portadores de transtornos mentais em atividades de vida independente, e se mostrou aplicável a pessoas que sofrem com diferentes diagnósticos psiquiátricos.

Em termos de prevalência, os portadores de transtornos mentais que representam os serviços de saúde mental do município de Sinop são mulheres (52/ 71,2%), estão em idade produtiva, 35-44 anos (23/ 46%), brancos (38/ 52%), casados (46/ 63%) e têm filhos (82,2%).

Os dados demonstraram correlação entre ser casado, viver com outras pessoas na mesma residência (90,5% dos homens e 98,1% das mulheres) e desenvolvimento de transtorno mental, confrontando outros estudos de prevalência em que ser divorciado,

separado ou viúvo (COSTA; MENEZES; OLINTO et al., 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; SÃO PAULO, 2011; BRASIL, 2013) foram prevalentes para o desenvolvimento do transtorno mental.

Para Santos e Siqueira (2010) pessoas com 25 a 54 anos de idade buscam mais os serviços psiquiátricos, compreendendo uma faixa etária mais ampla do que a constatada pelo presente estudo (35 a 44 para mulheres e 45 a 54 para homens).

Os sujeitos apresentam baixo nível econômico, homens na classe D (33,3%), com renda familiar mensal de, no máximo, um salário mínimo (R$ 714,00), e mulheres entre C1 (25%) e C2 (28,8%), com teto salarial de R$ 1.024,00 (CCEB-ABEP, 2012), valores inferiores ao valor médio real habitualmente recebido pelos brasileiros, que ficou em R$1.929,00 em dezembro de 2013, maior valor estimado nos últimos onze anos (BRASIL, 2014). A faixa etária com menor poder de compra é de 45 a 54 anos, em que predominaram os homens.

Entre as pessoas com menos de 45 anos de idade, 68,6% se encontram nas classes C1 e D, com renda menor ou igual a R$ 1.541,00. A renda mensal inferior a três salários mínimos foi relacionada ao aumento do risco para desenvolvimento de transtorno mental no estudo de Oliveira, Carreiro, Ferreira filha, Lazarte e Vianna (2010).

O estudo de Costa, Menezes, Olinto e colaboradores (2002) constatou que pertencer à classe E segundo o CCEB aumentou a suscetibilidade ao transtorno mental, reiterando que a pobreza está relacionada ao desenvolvimento do agravo (BRASIL, 2013).

Parte dos sujeitos deste estudo estão desempregados (27/ 37%), ao passo que 33 estão empregados, Entre os empregados, porém, 7 estão afastados por licenças médicas, sobretudo relacionadas aos danos do transtorno mental.

O maior contingente de trabalhadores é formado por pessoas com 35-44 anos (6,9%), sobretudo no mercado formal (43,5%); entretanto, são os que mais sofreram as limitações laborais causadas pelo transtorno mental, a ponto de gerar afastamentos/ licenças por este motivo (17,4%). Juntamente com os da faixa etária entre 45 e 54, são os mais inseridos na informalidade (17,4% de trabalhadores informais em cada grupo descrito).

Os homens são os principais provedores de suas famílias (12/ 57,1%), apesar do pior nível econômico, da baixa escolaridade (15/ 71,4% estudaram até a quarta série) com tendência clara a abandonar os estudos (15/ 71,4%), além da falta de qualificação profissional (somente 9,5% ingressaram em cursos profissionalizantes, contra 23% das mulheres, além de

terem abandonado o curso (4,8%) e nunca terem trabalhado na área de formação). São os que mais recorrem ao afastamento do trabalho e às aposentadorias (23,8%).

Também apresentam maior limitação para procurar emprego e para se fixar no trabalho, segundo as variáveis correlacionadas pelo ILSS-BR, e foram os mais atingidos pela informalidade atualmente. A Baixa escolaridade é fator de risco para o desenvolvimento de transtorno mental (BRASIL, 2013).

Já as mulheres, apesar da maior tendência ao desenvolvimento do transtorno mental (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; RENNÓ JR; DEMARQUE; LOBO et al, 2012; BRAIL, 2013), expressaram comportamentos adaptativos e saudáveis que apontam maior capacidade de superar as limitações do transtorno mental, como maior nível de escolaridade (60% ultrapassaram o ensino fundamental e 5,8% se pós graduaram), maior disposição para a qualificação profissional (23% ingressaram em cursos profissionalizantes), ingresso em empregos de nível técnico após desenvolver transtorno mental (GG3 – CBO), menor tendência a abandonar os estudos e cursos profissionalizantes. Além disso, têm melhor nível econômico (atingindo níveis B2 e B1).

Ainda que muitas tenham se dedicado a cuidadoras do lar após desenvolver a doença, incrementando em 17,3% o número atual de mulheres *Do Lar*, em relação ao período anterior ao desenvolvimento do transtorno mental, as mulheres foram as que menos sofreram com a exclusão do mercado de trabalho, se comparadas aos homens e, ainda, continuaram ingressando em cursos profissionalizantes após o desenvolvimento do transtorno mental e atualmente.

A queda de 66,6% no número de trabalhadores ativos do sexo masculino foi maior em relação ao sexo feminino (40,3%), ao longo dos anos de transtorno mental até o período atual, excluindo-se os afastamentos. Ainda assim, as mulheres complementam a renda familiar enquanto não provedoras (24/ 46,1%), não assumindo a principal contribuição, mas elevando o padrão econômico familiar e seu poder de consumo.

O processo de adaptação dos sujeitos ao trabalho, após o desenvolvimento do transtorno mental, resultou no incremento da informalidade, aparentemente compensatória em relação à redução dos trabalhadores formais, de 62% para 28,8% entre os períodos posterior ao desenvolvimento do transtorno mental e atual.

Porém, entre os pacientes com 35 a 44 anos, prevalentes na amostra, a inserção no mercado formal ainda é superior à no mercado informal, ao contrário do que acontece nos demais grupos.

A informalidade pode prejudicar a saúde psicológica e está associada ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns (LUDERMIR, 2005), se manifestando como neuroses, psicoses, síndrome de pânico, depressão, fobia social, ansiedade e outros (SILVA, 2006) e provavelmente está relacionada à incerteza sobre a situação de trabalho, baixos salários, privação de benefícios sociais e proteção da legislação (LUDERMIR, 2005).

Entre os homens, a informalidade cresceu no interstício entre antes e depois do transtorno mental, mas diminuiu no interstício após o transtorno mental e atualmente, paralelamente ao movimento de trabalho autônomo com contribuição previdenciária (de 14,3% de homens autônomos contribuintes para 23,8%).

Em todos os casos, considerando-se a variação etária e o desenvolvimento temporal do transtorno mental, evidencia-se o declínio da atividade formal, mais evidente no grupo com mais de 55 anos. A ascensão do mercado informal foi observada no grupo com menos de 34 anos em uma relação compensatória com a redução de trabalhadores formais, logo após desenvolverem a doença.

Este declínio do mercado formal envolve, além da ascensão informal, o decréscimo do número de trabalhadores ao longo dos anos: dos sujeitos com menos de 34 anos, 9 (60%) trabalharam antes do desenvolvimento do transtorno mental e 8 (53,3%) continuam trabalhando hoje; dos sujeitos com 35 a 44 anos, 21 (91,3%) trabalhavam antes e 14 (6,9%) continuam trabalhando; entre os com 45 a 54 anos, 19 (82,6%) trabalhavam anteriormente, contra 9 (39,1%) atualmente, e dos com idade superior a 55 anos, 12 (1%) trabalhavam e hoje somente 2 (16,7%) continuam.

A exclusão do mercado formal associada à baixa renda e ao baixo nível de escolaridade aumentam a prevalência de transtornos mentais menores (LUDERMIR; MELLO FILHO, 2002).

Nota-se maior redução de trabalhadores em sujeitos com mais de 45 anos de idade, justificável tanto por aposentadorias por tempo de trabalho quanto pelo impacto dos anos de transtorno mental, inclusive resultando no desemprego dos com mais de 55 anos.

Os sujeitos com menos de 34 anos sofreram menor variação mercadológica, provavelmente, em decorrência do tempo de desenvolvimento de transtorno mental, com menor impacto psicopatológico (KAPLAN; SADOCK, 2007). Essa faixa etária foi correlacionada a menor prejuízo em habilidades para Emprego e Trabalho, segundo os informantes (3,5 pontos em habilidades preservadas), entretanto foram os mais afetados em Lazer (0,9).

Os transtornos mentais estão entre as principais causas de perdas de dia de trabalho e foram a terceira causa de concessão de auxílio-doença por incapacidade laboral pela Previdência Social brasileira em 2010 (SILVA-JÚNIOR, 2012).

Estudos sobre a psicodinâmica do trabalho, de base sociológica e psicanalítica, revelam a importância do trabalho enquanto elemento central e constituidor de sentido de vida e da própria identidade humana (ATHAÍDE, 2005; PINHEIRO; MONTEIRO, 2007; CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010), uma vez que "[...] o ato de produzir permite um reconhecimento de si próprio como alguém que existe e tem importância para a existência do outro, transformando o trabalho em um meio para a estruturação psíquica do homem" (MENDES; BEZERRA; MERLO, 2009).

O modo de organização da sociedade atual pauta-se nas atividades laborativas, que acabam por constituir um modo de relação social em que os sujeitos transformam algo e são, simultaneamente, transformados (BAIBICH; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2014).

Por outro lado, o contexto de precarização do trabalho contemporâneo com imposições, objetivos irrealizáveis e alienação dos trabalhadores, firmada pela desvalorização de suas subjetividades pelas entidades empregatícias e, não raro, pela pressão para sobrepor-se aos próprios valores morais para atingir exigências institucionais, gera um custo psíquico que repercute no dia a dia fora do trabalho (LANCMAN; UCHIDA, 2003). Um ambiente de trabalho sem apoio social, excessivas demandas, baixo controle e autonomia dos sujeitos sobre as tarefas e recompensas inadequadas ao esforço do trabalhador são fatores que podem desencadear alterações psicológicas e comportamentais que prejudicam a saúde e aumentam a chance de afastamento do trabalho (DENARDIN BUDÓ; GONZALES; BECK, 2003; SANTOS; SIQUEIRA, 2001; SILVA-JÚNIOR, 2012; BRASIL, 2013). Assim, é importante que se considere o tipo de atividade laboral assumido e o contexto de desenvolvimento desta tarefa diária, à luz do trabalho com valor social e gratificante

Ao mesmo tempo, estar fora do meio de trabalho pode trazer consequências negativas para a saúde mental, já que o trabalho é subjetivamente tão significativo para o ser humano e repercute no reconhecimento social (PINHEIRO; MONTEIRO, 2007) e está intimamente relacionado com o estado de saúde (DENARDIN BUDÓ; GONZALES; BECK, 2003).

É curioso que as pessoas com nível econômico D tenham obtido os maiores escores em habilidades para procurar emprego, apesar de reconhecidamente limitados nesta esfera (18,2%), assim como a baixa escolaridade ter sido correlacionada com o melhor desempenho na manutenção do trabalho, segundo a versão dos pacientes.

Como ambas as condições, classe D e baixa escolaridade, sejam predominantes em homens, provavelmente o melhor desempenho nestas atividades está relacionado à baixa complexidade laboral desenvolvida por estes sujeitos GG5 e GG8 (CBO). Para os familiares, a pontuação desses sujeitos é a menor obtida para todas as classes (1), seja para buscar emprego ou para fixar-se a ele.

Paradoxalmente, as classes B1 e B2, basicamente constituídas por mulheres (12/ 16,4% da amostra) foram correlacionadas ao pior desempenho nestas áreas, segundo a versão para o paciente, ignorando-se qualquer habilidade para procurar emprego para os 6 sujeitos que validaram os itens de Emprego, e atingindo as menores médias de desempenho para Trabalho entre todas as classes (B1 = 66,7 e B2 = 84,8%).

Mais uma vez este fato pode estar relacionado à complexidade da atividade laboral exercida (GG3 e GG%), incluindo o trabalho de nível técnico. Já para os informantes, B1 e B2 estão relacionadas aos melhores índices de desempenho em Trabalho e Emprego, 2 e 2,6 pontos (até 4 = 100%), respectivamente, ainda que esses escores representem pouco mais de 50% de habilidades preservadas.

A pontuação atribuída pelos informantes em relação aos itens Emprego e Manutenção do Trabalho foi proporcionalmente crescente de acordo com o nível de escolaridade, variando de 1,2 ponto em habilidades para sujeitos que interromperam os estudos na quarta série a 3 para os pós graduados. Entretanto, observou-se uma auto avaliação negativa por parte deste grupo de pacientes para a Manutenção do Trabalho (55%), talvez pelo maior nível de auto cobranças e exigências sociais para pessoas mais escolarizadas ou qualificadas.

Pode-se inferir que a falta de crítica ou consciência desses pacientes sobre seu desempenho nestas áreas, bem como a expectativa de manter um desempenho suficiente para continuar no mercado de trabalho, os tenha levado à auto avaliação mais positiva, até irrealista, apesar da realidade de desemprego, afastamentos, rebaixamentos de cargos, readaptações de funções no emprego e da informalidade. Ao mesmo tempo, foi fundamental reconhecer a percepção dos próprios indivíduos sobre sua capacidade nas atividades de vida independente, já que a maioria dos estudos foca somente na percepção dos familiares a esse respeito.

A média de habilidades relativas à subescala Emprego por diagnóstico é de 1,6 ponto, segundo os informantes, e de 10,5% segundo os pacientes. Segundo a versão do informante, foi estabelecida correlação entre maior nível de habilidades em Emprego e Manutenção do

Trabalho, maior nível escolar, maior nível econômico e menor tempo de desenvolvimento do transtorno mental.

A maior limitação na busca por emprego foi sentida pelos pacientes com diagnóstico F30-39 (1,4%) e F60-69. Considerando que F30-39 foi a classe diagnóstica prevalente no estudo, é importante considerar esta limitação. Já os últimos constituem a parcela menos significante dos sujeitos, com mais de 55 anos de idade, porém são os mais afetados pelo desemprego.

Entretanto, de um modo geral as habilidades para Emprego e Trabalho estão intensamente comprometidas nos sujeitos, segundo a versão do ILSS-BR para os informantes, sejam quais forem as variáveis correlacionadas que acabaram funcionamento como fatores facilitadores ou dificultadores para a inserção dos pacientes no mercado de trabalho, mas mudando pouco a realidade desta clientela.

O fato de Manutenção do Trabalho não trazer informações sobre habilidades neuropsicomotoras para operacionalização da atividade de trabalho - a versão para o informante apenas acrescenta o item "tem aspirações realísticas de emprego?", prejudicou a avaliação do desempenho dos sujeitos nesta área.

A Escala das Atividades da Vida Diária, de Lawton e Brody (1969) (ANEXO D), por exemplo, agrega ao item Trabalho os itens "problemas leves com responsabilidades de rotina" e "trabalha em atividade mais fácil [...]", que oportunizam avaliar com maior profundidade como o sujeito reage no ambiente de trabalho. Sugere-se a aplicação de outras escalas complementares ao ILSS-BR na avaliação pormenorizada do desempenho dessa população em atividades de vida independente, em diferentes momentos do PTS, de forma a ampliar a compreensão do fenômeno para avaliação de resultados de intervenções reabilitadoras.

Os pacientes alcançaram escores altos na categoria Manutenção do Trabalho, mostrando mais habilidades para permanecer no trabalho do que para ingressar nele (Emprego), evidência importante para direcionar ações reabilitadoras de enfermagem psiquiátrica.

O pior desempenho em lazer foi correlacionado às classes diagnósticas F20-29, segundo o informante, e F60-69 (nenhum desempenho), segundo o paciente. Houve associação positiva entre pior desempenho em Lazer e maior tempo de transtorno mental (maior que dez anos), baixa escolaridade e menor nível econômico (C2 e D/ CCEB-ABEP).

As categorias diagnósticas relacionadas ao melhor desempenho nesta esfera são F30-39 (46,3%), na versão para o paciente e F40-49 (1,4 ponto), para o informante.

Apesar de exigir habilidades psicomotoras e cognitivas, inclusive para leitura e atualização de informações sobre ocorrências cotidianas, Lazer abarca a participação social e o controle social, exigindo dos sujeitos poder de decisão e prática da cidadania, e está intensamente prejudicado nos portadores de transtornos mentais (médias de habilidades de 43,3%, segundo os pacientes, e 1,3 ponto para os informantes, ambos por diagnóstico).

O pior desempenho em Transporte, que diz respeito à circulação do sujeito por espaços sociais, foi associado a F20-29, mais de dez anos de transtorno mental, menor escolaridade (para o informante)/ ensino fundamental completo (para o paciente) e pior nível econômico.

Baixa escolaridade, pior nível econômico, maior tempo manifestando sintomas do transtorno mental estão associados aos três domínio, pelo menos segundo a versão do informante, ressaltando o impacto sociodemográfico na autonomia do portador de transtorno mental.

F20-29 foi correlacionado aos piores escores em Lazer e Transporte, que exigem maior nível de participação social, ao passo que F30-39 foi mais comprometido em Emprego e obteve melhores escores em Lazer e Transporte.

As mulheres são duas vezes mais acometidas por depressão do que os homens (RENNÓ JR; DEMARQUE; LOBO et al, 2012), além de transtornos somatoformes (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; BRASIL, 2013).

Os estudos sobre funcionalidade têm se voltado para os transtornos psicóticos, graves e persistentes (SÁ JUNIOR; SOUZA, 2007; AUBIN et al., 2009; VAZ-SERRA, 2010; ZORTEA; BELMONTE-DE-ABREU, 2012).

Entretanto, estudos de serviços de reabilitação psicossocial têm mostrado alta prevalência de TMNP, que cursam com tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade, medo, alterações de sono e apetite, dores (frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais (BRASIL, 2013).

Somando-se as depressões, sobretudo moderadas ou em remissão, distimias, quadros ansiosos e transtornos de adaptação, TMNP encontrados neste estudo (F30-39 e F40-49), é possível inferir que as reações emocionais aos eventos ansiogênicos e estressores cotidianos parecem ser o fator mais imbricado na procura dos pacientes pelos serviços, sobretudo após o trigésimo quinto ano de vida.

Esse tipo de transtorno mental menor é incapacitante, importante causa de dias perdidos de trabalho e elevam o consumo dos serviços de saúde, repercutindo em alto custo social e econômico (LUDERMIR; MELLO FILHO, 2002).

Neste estudo, foram associados principalmente a mulheres, desempregados, com baixa escolaridade, baixa renda familiar, consumo de álcool ou tabaco e comorbidade com doenças crônicas, corroborando a literatura (SANTA HELENA; LASAGNO; VIEIRA, 2010). O estudo de Santos e Siqueira (2010) confirma a falta de acesso a bens de consumo e acrescenta o trabalho informal como fatores relacionados ao TMNP, condições também apresentadas por esta amostra.

As mulheres são marcantemente vulneráveis aos sintomas ansiosos e depressivos, sobretudo no período reprodutivo, e a depressão é a doença que mais causa incapacitação neste grupo, afetando, entre outros domínios, o funcionamento laboral (JUSTO; CALIL, 2006; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Apesar de mais vulneráveis aos transtornos mentais relacionados ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, os homens do estudo foram mais acometidos por diagnósticos da categoria F40-49, já que os critérios de exclusão contemplaram este diagnóstico.

O estudo de Machado et al. (2009) mostrou que a aptidão motora, a motricidade global e a organização temporal de mulheres depressivas fica abaixo da média. Os sintomas depressivos constituem impedimento à comunicação e à participação social e estão associados a alterações da vida psicológica, o que é confirmado pelo fato de que a incapacidade pode permanecer mesmo com a remissão dos sintomas (SALGADO; ROCHA; MARQUES, 2008).

Uma vez que são influenciados por variáveis ambientais, a abordagem biológica/ psicofarmacológica aos transtornos menores é limitada e os resultados dependem do fortalecimento do ego e da adaptação social. O TMNP é sensível ao cuidado de enfermagem psicossocial, principalmente à abordagem interpessoal/ relação de ajuda, com vistas a promover habilitação para atividades cotidianas, incrementar e qualificar habilidades psicoafetivas de enfrentamento das adversidades/ competências de copying.

Além do transtorno mental, os sujeitos somaram agravos à saúde, comprometendo ainda mais o estado de saúde, sobretudo as pessoas com mais de 55 anos de idade, que agregaram comorbidades e consumo de substâncias.

A ocorrência de uma patologia em um sujeito já portador de uma primeira configura a comorbidade, "[...] capaz de alterar a sintomatologia, interferindo no diagnóstico, tratamento e prognóstico de ambas" (ALVES; KESSLER.; RATTO, 2004). As comorbidades, sobretudo

com doenças crônicas, constituem fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento do transtorno mental (COSTA; MENEZES; OLINTO, 2002; SANTA HELENA; LASAGNO; VIEIRA, 2010).

A hipertensão arterial, o alto nível de colesterol e o consumo de álcool e de tabaco, entre outros, são fatores de risco para doenças crônico-degenerativas que causam incapacidades prejudiciais à funcionalidade, limitando o desempenho de atividades cotidianas de forma independente (OPAS, 2003; MALTA; CEZÁRIO; MOURA et al., 2006).

Os latinos são propensos à somatização ou às síndromes somatoformes, entendida como manifestação de sintomas Sem Explicação Médica (SEM), frequentemente associados ao sofrimento mental (principalmente depressões e ansiedade, muitas vezes apresentados sob a forma de sintomas orgânicos) e causadores de incapacitações e consumo dos serviços de saúde, inclusive secundários e terciários (TOFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011). Na mesma revisão, a fibromialgia, enquanto manifestação SEM, foi relacionada a estresse, ansiedade e depressão, sendo que neste caso assume maior comprometimento funcional.

Além da fibromialgia, a síndrome do intestino irritável (SII), síndrome da fadiga crônica, lesão por esforço repetitivo e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), além de várias síndromes dolorosas, vem sendo descritas como SEM, estão associadas ao sofrimento mental, muitas vezes associadas a outras e constituem causa de incapacidades e de procura dos pacientes por diferentes especialidades médicas (BOMBANA, 2006).

Um estudo mostra que os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 17,8% do absenteísmo no serviço público estadual em Santa Catarina em 2005, seguido por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (13%), que incluiu fibromialgia, problemas da coluna vertebral, tendinites e síndrome do túnel do carpo (CAMPOS, 2006).

O diabetes melito vem sendo associado cada vez mais ao desenvolvimento dos transtornos mentais, tanto como uma complicação dos transtornos, sobretudo a esquizofrenia, quanto como uma complicação psicofarmacológica com a qual os pacientes deverão conviver, muitas vezes associada à hipertensão arterial e à dislipidemia (TEIXEIRA; ROCHA, 2007).

A revisão de Teixeira e Rocha (2007) revelou taxas de prevalência de diabetes melito de até 15,8% em pessoas com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, até 62,5% de síndrome metabólica (SM) em esquizofrênicos e concluiu que a prevalência dessa síndrome é pronunciada em pacientes com esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos e em mulheres com história de depressão.

A SM é uma disfunção no metabolismo glicídico que inclui resistência insulínica e presença de gordura visceral (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2005), de alta prevalência na população em geral.

Como os sujeitos deste estudo informaram o diagnóstico médico conhecido por eles, é possível que a síndrome metabólica seja uma comorbidade implícita nas respostas que incluíram diabetes melito, hipertensão arterial e dislipidemia.

Um estudo com hipertensos e/ou diabéticos acompanhados por unidades de Saúde da Família mostrou que 39,4% deles sofriam com transtornos mentais não psicóticos, incluindo transtornos de humor, alimentares, de ansiedade, relacionados ao uso abusivo de substâncias e somatoformes, principalmente mulheres casadas e pessoas com baixo poder de compra (SANTA HELENA; LASAGNO; VIEIRA, 2010).

A hipertensão arterial pode ser desencadeada por sintomas depressivos (TEIXEIRA; ROCHA, 2007).

Seis (8,3%) pessoas não estão trabalhando hoje em virtude das comorbidades, 3 (4,1%) delas apontaram esse evento como motivo para não trabalhar atualmente e 3 (4,1%) estão afastadas do trabalho por licenças relacionadas a outros agravos à saúde, que não o transtorno mental, evidenciando o impacto direto das comorbidades sobre o trabalho.

Os resultados apontam para uma realidade de consumo de substâncias, secundária ao transtorno mental, para a qual o cuidado de enfermagem deve se voltar para prevenir a dependência química, reduzir danos, ajudar o paciente a compreender esta temática, contextualizada com o transtorno mental, suas comorbidades e o prejuízo nas atividades cotidianas que deriva desta relação e tomar uma decisão.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, o abuso de substâncias é o agravo mais ocorrente no transtorno mental (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO, 2014). Ainda que não tenha sido objetivo do estudo caracterizar o nível de consumo, os dados reforçam a vulnerabilidade do portador de transtorno mental para o consumo de substâncias, agravando o contexto psicopatológico.

Estima-se que 5% dos pacientes com transtornos mentais graves desenvolvam problemas com o consumo de álcool e outras drogas, inclusive acentuando a agressividade, aumentando as chances de suicídio, detenção por delitos, recidivas, além de ampliar os custos para o sistema de saúde com tratamento e hospitalização e piorar o prognóstico (ALVES; KESSLER.; RATTO, 2004).

Enquanto as mulheres desenvolvem, prevalentemente, transtornos depressivos e somatoformes, os homens desenvolvem transtornos relacionados ao uso de substâncias (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

A prevalência de consumo de tabaco por esquizofrênicos é, em média, de 59%, variando de 13 a 83%, sobretudo em homens, solteiros e divorciados, desempregados, baixo grau de escolaridade, associado ao consumo de álcool, longa duração e maior severidade da esquizofrenia, recorrência de crises psicóticas, maior número de internações psiquiátricas, discinesia tardia, melhor desempenho cognitivo, altas doses de antipsicóticos, sobretudo típicos (OLIVEIRA; FUREGATO, 2012). Segundo esta revisão, o problema acentua os sintomas da doença, interage com os psicofármacos alterando sua ação, maximiza as ocorrências psicóticas, aumenta chances de desenvolver discinesia tardia e doenças crônicas e vem sendo apontado como um problema a ser enfrentado pela enfermagem.

O acúmulo de condições mórbidas agrava o prognóstico funcional desta clientela e impõe outros desafios à enfermagem, além dos já conhecidos. O estudo evidenciou temas diversos que compõem a rotina dos pacientes e prejudicam ou amplificam seu desempenho em atividades ocupacionais e no mundo social. Esses temas são sociodemográficos, neuropsicoendocrinoimunológicos, culturais (como as mulheres que não tem necessidade de trabalhar ou não trabalham por decisão familiar), recheados de subjetividade e, muitas vezes, aprendidos.

O planejamento da assistência de enfermagem e do Projeto Terapêutico Singular a partir das atividades de vida independente

A disfunção ocupacional é comum em portadores de transtorno mental e na prática clínica se revela um problema sensível ao cuidado de enfermagem, configurando um *fenômeno de enfermagem* (MARIA, 2010).

As implicações do funcionamento em atividades de vida independente trazem o fenômeno para a alçada da enfermagem, quando se fala em promoção do cuidado integral, promoção de saúde e reabilitação psicossocial.

Em uma revisão sistemática da literatura sobre atribuições do enfermeiro no cotidiano de trabalho em saúde mental (CAPSs, hospitais-dia, residências terapêuticas, unidades de emergência psiquiátrica em hospitais gerais e de unidades básicas de saúde), os enfermeiros

reconheceram o enfoque do modelo psicossocial sobre o desenvolvimento da autonomia e qualidade de vida (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008). Ao discorrer sobre as atividades que desenvolvem no cotidiano em um serviço de saúde mental, enfermeiros de um ambulatório de saúde mental citaram que desenvolvem atividades motoras com pacientes, como uma atividade não tradicional, que foi reconhecida pelo artigo como *complementar* à assistência de enfermagem; os enfermeiros dos outros serviços não pontuaram qualquer atividade específica relacionada ao funcionamento ocupacional (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Esta revisão evidenciou que a preocupação da categoria em desenvolver um trabalho consistente para resolver necessidades de vida diária dos pacientes foi irrelevante. Apesar de acreditar-se que o enfermeiro aborda, durante o atendimento individual e em grupo, questões relacionadas ao funcionamento do paciente em atividades cotidianas, não foram evidenciadas ações específicas em relação a esta necessidade humana.

O estudo ainda conclui que os objetivos da enfermagem são a reabilitação psicossocial, a autonomia, o aumento do poder contratual dos sujeitos, o desenvolvimento de pessoas, o resgate da cidadania, a qualidade de vida e a promoção de saúde mental, porém os enfermeiros apresentam dificuldade em "[...] definir qual sua prática nos serviços de saúde mental, bem como em descrever as formas de cuidar" (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008). Este achado é angustiante à medida que evidencia a falta de concretude, de método e de indicadores de resultados na prática da enfermagem psiquiátrica.

Considerando que o desempenho ocupacional atribui significado à vida e está diretamente relacionado ao exercício da autonomia e à qualidade de vida (FANGEL et al., 2013), o papel da enfermagem pode estar insatisfatório quando observada sua meta de aumentar o poder contratual e promover a inserção do sujeito na sociedade.

Publicações em enfermagem refletem uma resistência na adoção de um método estruturado de trabalho em saúde mental, além de serem escassas e permearem uma assistência de enfermagem empírica e intuitiva em reabilitação psicossocial. O papel do enfermeiro nas equipes da rede de atenção psicossocial não está definido, o que gera insegurança e desvalorização da categoria, além do prejuízo à clientela, que tem o direito de ser assistida mediante o Processo de Enfermagem em todos os âmbitos de atendimento em saúde (COFEN, 2009).

Não se trata de reduzir o paciente a dados classificatórios, mas de referenciar o cuidado em saúde mental em conceitos e estratégias científicas validadas que partem da

enfermagem e se expandem para o campo interdisciplinar, não ignorando a criatividade ou a inventalidade, mas agregando conhecimento científico e gerando novas perspectivas de trabalho.

Planejar o cuidado atribui cientificidade à enfermagem e poder de determinar estratégias compatíveis com objetivos traçados, valorizando a categoria enquanto autônoma e habilitada a promover, manter e recuperar a saúde; o planejamento em saúde é "[...] a previsão sistemática e inteligente das ações para a consecução satisfatória da assistência que se pretende prestar" e resulta em um cuidado individualizado, com qualidade e humanização (AQUINO; LUNARDI FILHO, 2005).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) em saúde mental está vinculado à *gestão* da clínica e do cuidado, por um ou mais profissionais de referência, com o objetivo de ajudar o portador de transtorno mental no desenvolvimento de relações afetivas e sociais, na reconquista de direitos e poder e na busca de autonomia afetivo-material-social, não se limitando a crises psicológicas (OLIVEIRA, 2013).

Segundo o autor, o PTS faz parte do planejamento dos processos terapêuticos em serviços de atenção psicossocial, e desloca o objetivo das intervenções, da cura para a emancipação e singularização, em um movimento de co-gestão (traduzindo a participação do próprio sujeito em seu projeto terapêutico) para produzir saúde: incorpora planejamento, organização de ações e responsabilidades para resolver problemas específicos.

Ao tratar do cuidado clínico ao portador de transtorno mental,

> [...] faz-se necessário definir um plano terapêutico, de forma que este haja não como um instrumento de controle, mas, sim, como um dispositivo de potencialização dos sujeitos. Nesta perspectiva, o cuidado clínico à pessoa com sofrimento psíquico deve ser contemplado em seus aspectos éticos, que englobam a atenção integral, a indissociabilidade do biopsicossocial, a solidariedade, o respeito aos costumes, à cultura e a diferença desta pessoa (ALMEIDA, 2009).

Este é o enlace entre o processo de trabalho da enfermagem e o PTS, em que os fundamentos do primeiro corroboram e contribuem com a estruturação do segundo para o sucesso do cuidado integral em saúde mental.

Ao adotar uma proposta baseada em evidências científicas para atender às necessidades funcionais do portador de transtorno mental, emergentes no cotidiano de trabalho, a enfermagem psiquiátrica ganhará espaço no PTS e reconhecimento com ações

organizadas e autônomas, cujo impacto possa ser mensurado, assumindo seu núcleo de competência e responsabilidade (LUCENA, 2006).

A reabilitação psicossocial, enquanto conjunto de estratégias que amplificam a contratualidade e solidariedade, valorizando subjetividades e propondo o resgate do sentido e da cidadania, prevê novas práticas e a transformação da assistência psiquiátrica, a partir de projetos voltados para quatro aspectos: moradia, trabalho, família e criatividade; para que este discurso se torne prática, os profissionais valorizam o reconhecimento das necessidades dos sujeitos como um aspecto inerente ao planejamento das intervenções (PEREIRA, 2007). Trata-se de romper com modelos que reforçam a doença e a condição de sujeitado (BAIBICH; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2014).

Este estudo jogou luz sobre as necessidade de Lazer, Transporte e Emprego, altamente prejudicadas em pessoas com TMNP, mulheres, que trabalham e complementam a renda familiar ou estão desempregadas, em idade produtiva e para homens pouco qualificados profissionalmente e não escolarizados, que tendem a se afastar temporariamente ou, até mesmo, abdicar do mundo do trabalho em virtude do transtorno mental.

Essas necessidades são reforçadas por um contexto socioeconômico desfavorável e uma cultura da insuficiência – de recursos, de expectativas e de empreendimentos - que se sobrepõem à vida psicológica, amplificadas agora pela imersão na psiquiatria. Ao contrário dos pacientes hospitalizados, graves e marcados pelos anos de instituição total, que poderiam apresentar maior comprometimento em atividades de vida diária, voltados para o autocuidado, esses sujeitos apresentam necessidades instrumentais.

Apesar de basicamente ocupacionais, dependentes da psicomotricidade, as habilidades prejudicadas por esta população são relacionadas à contratualidade no sentido mais complexo, do empoderamento, da cidadania, da participação social, do controle social. Essas pessoas precisam ser habilitadas para circular pelos espaços sociais com autonomia e para se beneficiar dos recursos da comunidade.

Os resultados da Revisão Integrativa da Literatura e a apropriação do Modelo de Ocupação Humana, assentado sobre a terapia ocupacional, para a enfermagem garantiu uma compreensão ampla dos elementos do objeto deste estudo.

Essas informações ressaltam a dimensão da motivação humana para assumir ocupações e o impacto dos reforços positivos e negativos sobre o *throughput* e *output*, elementos importantes para o trabalho da enfermagem, se aliados à medida do desempenho

ocupacional, pois indicarão como os estímulos (*inputs*) ambientais/ familiares/ sociais do contexto podem ser manejados para reforçar a motivação e o comportamento ocupacionais.

O Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) é o segundo modelo mais utilizado por enfermeiros no mundo (perdendo para o modelo de Prática Baseada em Evidência), informa e envolve o paciente na tomada de decisão em relação ao cuidado, valoriza seus valores e preferências, reduz danos associados à assistência e reduz sofrimento (GEROLIN; CUNHA, 2013). A singularização no processo de trabalho parte da compreensão dos interesses e motivações do paciente e suas crenças e valores culturais e éticos relacionados às atividades de vida independente, sendo imprescindível abordar a relevância da vida independente para o sujeito, como essa crença foi construída e como, sistemicamente, a família ou pessoas significativas reforçam o comportamento autônomo ou passivo.

A inserção social destas pessoas depende da ajuda profissional par aumentar seu poder de troca e, para que esse processo seja desencadeado, a contratualidade deve permear todas as atividades de lazer e de trabalho (JORGE et al., 2006). O profissional pode facilitar a participação dessa pessoa em ambientes da comunidade, academias de ginástica, clubes, igreja, associações de bairro, centros culturais (SALLES; BARROS, 2011).

Conhecer quais componentes do contexto sóciodemográfico vulnerabilizam as pessoas e as expõem ao transtorno mental permite ao enfermeiro se perguntar: O que é possível fazer para modificar esse ambiente? Em termos intersetoriais, será possível modificá-lo?

O profissional deve formular questões norteadoras que o instruam para a ação reabilitadora, como: o que é preciso para aumentar as chances dessa pessoa identificar oportunidades de emprego/ trabalho? Quais habilidades são importantes para isso? Como posso ajudá-la a adquirir ou reforçar essas habilidades, em seu contexto social e cultural? Ou, ainda, a pensar/ desenvolver estratégias macro institucionais inclusivas que possam ampliar o acesso destas pessoas ao mundo do trabalho.

Esta realidade pode sinalizar ao enfermeiro como ajudar o paciente a identificar suas habilidades específicas para determinadas habilidades de vida independente e adaptá-las ou qualificar-se.

Segundo Stuart e Sundeen (1995), as estratégias de reabilitação devem ser adaptadas à singularidade humana e seu maior propósito é ajudar o desenvolvimento de habilidades de vida independente e acrescentam que estas habilidades devem ser avaliadas para que o plano de cuidados seja proporcional às suas necessidades.

Neste sentido, a aplicação de escalas de avaliação dessas habilidades é inerente ao cuidado, como forma de identificar quais domínios da vida independente precisam ser foco das intervenções, acompanhar a evolução do desempenho ao longo da assistência, direcionar as ações de enfermagem ou interdisciplinares e, ainda avaliar sua eficácia.

Kazazi, Karbalaei-Noori e Karimlou (2012) também recomendaram a aplicação de escalas de avaliação do desempenho em atividades de vida independente como recurso para singularizar o tratamento a partir de áreas executivas afetadas.

Considerando-se que a aprendizagem é a principal característica da capacidade funcional (AUBIN et al., 2009), a habilidade educativa do enfermeiro pode ser uma das mais importantes ferramentas para habilitar o portador de transtorno mental em habilidades de vida independente. para isso, é preciso estar no habitat do sujeito, sob seu contexto de produção de sentido. Já que o sistema de crenças dos pacientes, sobretudo psicóticos jovens, influencia seu pragmatismo (GRANHOLM et al., 2009), oportunizar um espaço de expressão genuína pode auxiliar o portador de transtorno mental a identificar as próprias concepções e refleti-las racionalmente, inclusive as manifestações psicóticas, segundo os autores.

Esses dados sugerem, ainda, que o PTS deve incluir a temática do trabalho à luz da individualidade dos sujeitos do cuidado e do mercado de trabalho, enquanto instituição social.

7. CONCLUSÕES

O estudo foi inédito n avaliação do desempenho de portadores de transtornos mentais na região centro-oeste brasileira, assim como na aplicação do ILSS-BR em suas duas versões, para o paciente e para o informante, para o mesmo grupo de sujeitos, o que amplificou o alcance dos resultados e valorizou a subjetividade e autonomia do portador de transtorno mental.

A avaliação dos familiares foi notadamente negativa em relação à percepção dos pacientes, exaltando as dificuldades no desempenho das tarefas cotidianas.

O ILSS-BR foi superficial para a avaliação dos domínios Emprego e Manutenção no Trabalho, deixando de capturar detalhes importantes sobre a aptidão executiva para as atividades laborais. Talvez seja importante a aplicação de outros instrumentos que possam suprir essa deficiência, concomitantemente ao ILSS.

Houve correlação, segundo a versão para o informante, entre prejuízo nas atividades de vida independente e baixa escolaridade, baixo nível econômico, desqualificação profissional, maior tendência a abandonar estudos e cursos profissionalizantes. Para os pacientes, o nível econômico e a escolaridade não influenciaram o desempenho de atividades de vida independente; inclusive houve uma associação negativa entre escolaridade e desempenho no trabalho, segundo os pós graduados.

A dificuldade em imergir no mercado de trabalho é maior que a de permanecer empregado, e é sustentada pelos sintomas que limitaram a aptidão para atividades laborais

anteriormente desenvolvidas, pelos efeitos psicofarmacológicos, pelo reforço familiar para ficar em casa (“falta de necessidade para trabalhar e decisão de familiar” como justificativas) e pelas comorbidades.

Apesar da prevalência das mulheres nos serviços, os homens precisam de maior assistência para as atividades de vida independente, sobretudo para buscar emprego e para se qualificar profissionalmente. Este resultado vem ao encontro das recentes políticas públicas sobre a saúde do homem, que recomendam um olhar mais criterioso para seu estado de saúde e para sua autonomia cidadã, já que este tem sido considerado suscetível ao uso abusivo de drogas, à violência e ao suicídio, além de ser, segundo este estudo, provedor de sua família.

A bola de neve composta pelos fatores socioambientais desfavoráveis, as comorbidades, o consumo de substâncias psicoativas e pelo transtorno mental é alimentada pela sociedade exclusiva e produtivista. Á medida que os danos cognitivos e motores causados pelo transtorno mental limitam o desempenho em atividades cotidianas, a condição social se agrava, reforça o sofrimento psíquico, potencializando o isolamento e marginalização, reduzindo o apoio social.

A prevalência de TMNP com maior limitação em atividades que permeiam a socialização/ participação social (busca de emprego, interesse cultural e recreacional, ações cívicas, reforçando a literatura, indica a necessidade de intervenções psicossociais no habitat, no contexto, onde acontece a vida do sujeito.

Esses pacientes, segundo os resultados do estudo, demonstraram menos incapacitação em autocuidado ou em atividades domésticas, explicitando a necessidade de apoio em atividades instrumentais e no enfrentamento das adversidade cotidianas, o que pode ser trabalhado pelo enfermeiro por intermédio da relação de ajuda..

Ressalta-se que os serviços de saúde mental devem se voltar para a qualificação profissional e escolarização dos portadores de transtornos mentais para, de fato, ampliar sua contratualidade. Para isso, referenciais como economia solidária e trabalho com valor social podem instrumentalizar estratégias assertivas de inclusão funcional na sociedade, indicando a necessidade de uma postura da enfermagem mais autônoma e desafiadora, mediadora de ações macrossociais.

Foram descritos os domínios mais comprometidos nas habilidades de vida independente dos portadores de transtornos mentais que participaram do estudo, ressaltando a discrepância entre a percepção dos sujeitos e de seus familiares, oferecendo uma vasta gama de informações para o direcionamento do cuidado psicossocial pela enfermagem.

O estudo será frutífero à medida que os enfermeiros insiram em sua prática os resultados, contextualizados e singularizados, como direção para o PTS.

A condução do estudo permite a generalização dos resultados, mas outros instrumentos de verificação da funcionalidade podem ser agrupados em novos estudos para delinear com mais precisão os componentes da vida independente afetados nos portadores de transtornos mentais.

8. REFERÊNCIAS

ABELHA, L. et al. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 33, n. 1, 2006.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 26, supl. 1, 2004.

AQUINO, D.R.; LUNARDI FILHO, W.D. Protocolos assistenciais de enfermagem: uma proposta para a melhoria do cuidado na unidade de internação materno-infantil. **Rev. RENE**. v. 6, n. 2, 2005.

ALMEIDA, A. N. S. de. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito**. 2009. 83 p. Dissertação [Mestrado] – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual doCeará, 2009.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 33, n. 2, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**: Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010. Disponível em: http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=31. Acesso em 2ago 2012.

BAIBICH, M. E. S.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. Reflexões acerca das contribuições da psicologia no campo da saúde mental e trabalho. **Cadermos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 6, n. 13, 2014.

BETEGHELLI, P.; TOLEDO, V. P.; CREPSCHI, J. L. B.; DURAN, É. C. M. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 334 - 343, 2005.

BOMBANA, José Atílio. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. **J. bras. psiquiatr.** v. 55, n. 4, 2006 .

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 21 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprovação das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portal Brasil: Portal do governo brasileiro**. Disponível em https://www.brasil.gov.br/governo/212/4/autarquias. Acesso em 23 Abr, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados10**, ano VII, nº 1. Informativo eletrô nico. Brasília: março de 2012.

CAFER, C. R. et al . Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta paul. enferm.** v. 18, n. 4, p. 347-353, 2005.

CAMPOS, I. C. M. **Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais**. 2006. 165 f. Dissertação [Mestrado] - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO). **Grandes Grupos Ocupacionais segundo a Classificação Brasileira De Ocupações.** Ministério do Trabalho e Emprego. 22. Disponível em http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf#4. Acesso em 14 Mai 2014.

COSTA J. S. D., MENEZES A. M. B., OLINTO M. T. A., GIGANTE D. P., MACEDO S, BRITTO M. A. P., et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **RevBrasEpidemiol.**v. 5, n.2, p.164-73, 2002.

COSTA A. G., LUDERMIR A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n.5, p.73-9, 2005.

DAMÁSIO, V.F.; MELO, V.C.; ESTEVES, K.B. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev enferm UFPE online**. v. 2, n.4, p.425-33, 2008.

FANGEL, L. M. V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 93-1, 2013.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. International Diabetes Federation. **The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME (2005).**Disponível em: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf. Acessoem 12 fev 2013.

FLECK,M.P.A.; WAGNER, L.; WAGNER, M.; DIAS, M.T.G. Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1. 2007.

GEROLIN, F.S.F.; CUNHA, I.C.K.O. Protocolos assistenciais na enfermagem: revisão de literatura. **Enfermagem em Foco**, v.4, n. 1, p. 33-36, 2013.

GRANHOLM, E. et al. A Randomized, Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients With Chronic Schizophrenia. **The American Journal of Psychiatry**. v. 162, n. 3, 2005.

JORGE, M. S. B et al . Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.** v. 59, n. 6, 2006.

JUSTO L. P, CALIL H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? **RevPsiq Clín**. v.33, n.2, p.74-9, 2006.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria, ciências comportamentais**: psiquiatria clínica. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. 546p.

KAZAZI, L; KARBALAEI-NOORI, A.; KARIMLOU. M. Assessment of Living Skills in Schizophrenic Patients by Kohlman Evaluation. **Zahedan J Res MedSci**.v.14, n.9, p. 14-18, 2012.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M.; RATTO, L. Comorbidades Psiquiátricas: uma visão global. In: **Comorbidades: transtornos mentais e transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/arquivos/livro_comorbidades_intranet.pdf. Acesso em 23/ 4/ 2014. Acesso 30 mai 2014.

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

LIMA, L.A.; BANDEIRA, M. E.; GONÇALVES, S. **Inventário de Habilidades de Vida Independente Para Pacientes Psiquiátricos (ILSS-BR).** Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/lapsam/vida_independente.php Acesso em: 12 Jul 2013.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 2, 2002 .

LUDERMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **J Bras Psiquiatr**.v. 54, n.3, p.198-24, 2005.

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

LUSSI, I. A. de O.; PEREIRA, M. A. O. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **RevEscEnferm USP** v. 45, n.2, 2011.

MACHADO, N. et al . Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **J. bras. psiquiatr.**, v. 58, n. 3, 2009 .

MARIA, V.L.R. **Diagnóstico de Enfermagem**. [diapositivo]. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Programa Portas Abertas, São Paulo, 21. Disponível em: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Diagnostico_de_Enfermagem_Assis.pdf. Acesso em 12jun 2013.

MARTINI, L. C. et al. Adaptação cultural, validade e confiabilidade da versão brasileira do Inventário de Habilidades de Vida Independente: versão do paciente (ILSS-BR/P), na esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 39, n. 1, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** v. 17, n. 4, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças:** Transtornos Mentais e Comportamentais. Disponível em:http://www.datasus.gov.br/cid1/V28/WebHelp/cap5_3d.htm. Acesso em 22 jun2014.

OLIVEIRA, G. F. et al. Risco para depressão, ansiedade e alcoolismo entre trabalhadores informais. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. v. 12, n.2, 2010.

OLIVEIRA, R. M. de; FUREGATO, A. R. F. Esquizofrenia e dependência de tabaco: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**. v. 11, n. 1, 2012.

OLIVEIRA, G.N. de. O Projeto Terapêutico Singular. IN: CAMPOS, G.W. de S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de Práticas em Atenção Básica:** Saúde Ampliada e Compartilhada. Disponível em: http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf. Acesso em 13 Jun 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Organização Mundial de Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2003.

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2007.

REICHENHEIM, M. E.et al. **Violência e lesões no Brasil**: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. Disponivel em: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf. Acesso em 22 fev 2013.

RENNÓ JR, J.; DEMARQUE, R.; LOBO, H. R.; et al. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 2, n. 6, 2012.

ROCHA, S. V. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.** v. 13, n. 4, 2010.

RODRIGUES, C.G.S.S.; JARDIM, V.M.R.; KANTORSKI, L.P. et al. Habilidades de vida independente de sujeitos em sofrimento psíquico: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE**. v. 8, n. 5. 2014.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. **Physis.** v. 21, n. 2, 2011.

SALGADO, D.; ROCHA, N.; MARQUES, A. Impacto do copingproactivo, do distress emocional e da auto-estima na funcionalidade e qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia. **Psicologia, Saúde & Doenças.** v. 9, n.1, 2008.

SANTA HELENA, E. T. de; LASAGNO, B. G. S.; VIEIRA, R. Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. **R. bras. Med. Fam. e Comun**. v. 5, n. 17, 2010.

SANTOS, É. G. dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 29. **J. bras. psiquiatr.**v. 59, n. 3, 2010.

SÁ JUNIOR, A.R. de; SOUZA, M.C. de. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr. Clin**. v.34 (supl.2), 2007.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. **Boletim ISA**: Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. n. 5, 2011, 64 p.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL (SENAI). **O que é curso técnico?** Disponível em http://portais.fieb.org.br/cursosgratuitos/curso-tecnico-de-nivel-medio.html. Acesso em 18/ 6/ 2014a.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL (SENAI). **O que é curso de qualificação profissional?** Disponível em http://portais.fieb.org.br/cursosgratuitos/curso-tecnico-de-nivel-medio.html. Acesso em 18/ 6/ 2014b.

SILVA N.N. **Amostragem probabilística:** um curso introdutório. 2 ed. São Paulo: EDUSP, 2004. 230 p.

STETLER, C. B. et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **J Nurs Adm. v.** 28, p.45-53. 1998.

STUART GW, SUNDEEN SJ. Principles and practice of psychiatric nursing. 9 ed. St. Louis: Mosby; 1995.

TEIXEIRA, P. J.R.; ROCHA, F.L. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais.**Rev. Psiq. Clín**. V. 34, n.1, 2007.

TOFOLI, L. F.; ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 33 (supl. 1) 2011.

VAZ-SERRA, A. et al, Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia.**Acta Med Port**. v. 23, n. 6, 2010.

VIDAL, C. E. L., GONTIJO, E. C. D. M.; BANDEIRA, M. B. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Rev Psiquiatr RS**. v.29, n.3, 2007.

WALLACE, C.J. Functional Assessment in Rehabilition. **Schizophrenia Bulletin.** v.12, p. 64-23, 1986.

WAGNER, L. C, FLECK, M. P. A., WAGNER, M., DIAS, M. T. G. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. **Rev Saúde Pública** v. 26, n.4, 2006

WIKIPEDIA. Educaçâo profissional. In: **Wikipedia**: a enciclopédia livre. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ensino_t%C3%A9cnico. Acessoem: 18jun2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).**Disponível em: http://www.who.int/classifications/icf/en/. Acesso em 2 set 2012.

ZORTEA, K.; BELMONTE-DE-ABREU, P. S. Schizophrenia and functional status. **Trends Psychiatry Psychother.** v. 34, n. 1, 2012.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VERSÃO PACIENTE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada **Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior matogrossense**, desenvolvida por mim durante o curso de Doutorado junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). Estou estudando o desempenho ou habilidades de pessoas portadoras de transtorno mental em atividades como trabalho, estudo, locomoção pela cidade, cuidados com a própria casa e com a própria alimentação, cuidados com a própria saúde, gerenciamento do próprio dinheiro, relacionamentos, entre outros. Estas habilidades podem estar prejudicadas em pessoas portadoras de transtorno mental e quero conhecer a fundo o tema. A resposta sobre como é o funcionamento dessas pessoas em atividades do dia a dia ajudará os enfermeiros e outros profissionais da saúde mental a identificar necessidades dos pacientes, ajudando a formular intervenções para sanar ou aliviar estas necessidades e ajudando os portadores de transtornos mentais a estudar, trabalhar e tomar conta da própria vida, no maior nível possível, já que cada pessoa tem um tipo de grau de limitação, individualmente. Para participar, você precisará responder a uma entrevista, feita por mim, sobre o seu desempenho ou sua capacidade de realizar atividades de trabalho, estudo e de cuidados com a própria vida no seu dia a dia, e seguirei, para isso, um roteiro de

perguntas que desenvolvi no estudo, no qual anotarei suas respostas. Outras questões que precisará responder dizem respeito a seu tratamento, emprego, escolaridade, renda e com quem vive. Nos encontraremos uma única vez para esta entrevista, em uma sala privativa deste serviço de saúde, sem a presença de qualquer outra pessoa, em um dia e horário oportunos para nós dois, sem interferir em seus compromissos no serviço de saúde. A entrevista deverá durar, aproximadamente, 30 minutos. Ao final das perguntas, você poderá ver todas as suas respostas no roteiro e eventualmente poderá modificar qualquer resposta, caso julgue necessário. Se, durante a entrevista, você vier a apresentar qualquer desconforto ou sofrimento ao responder às questões, estarei pronta para atendê-lo e ajudá-lo a aliviar estas manifestações, ou o encaminharei a um profissional de referência deste serviço, caso haja necessidade. Não estão previstos outros riscos para você na pesquisa. Nesta entrevista não colocarei seu nome ou qualquer informação pessoal que o identifique, e sim um número ou outro código, pois você não pode ser identificado, suas respostas são anônimas e garanto sigilo sobre a autoria de suas respostas. Terminado o estudo, os resultados serão publicados em revistas da área da saúde mental e da saúde para ajudar profissionais do mundo todo no processo de inserção do portador de transtorno mental na sociedade, mas em nenhum momento sua identidade será exposta nas publicações. Você pode se recusar a participar da pesquisa ou poderá desistir de participar mesmo após assinar este documento e mesmo após ser entrevistado, em qualquer momento, devendo para isto me telefonar ou enviar um e-mail e informar sua desistência. Sua eventual desistência ou recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo em sua relação e tratamento com este serviço de saúde, comigo, ou com a universidade. Para participar você não receberá nenhum tipo de remuneração e não terá qualquer prejuízo financeiro, não havendo custos para participar. Uma cópia deste documento será fornecida a você e a outra via, idêntica, ficará comigo. Ao concordar com o disposto acima, por favor assine seu nome no espaço abaixo destinado a este fim. Desde já agradeço a atenção!

Eu, _____, portador do RG n° _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas, e declaro que concordo em participar voluntariamente desse estudo.

Sinop, _____ de _____ de 2013.

Marcela Martins Furlan de Léo
Pesquisadora
Telefone: 66-9972 6643
e-mail: marcelaufmt@gmail.com

Antonia Regina Furegato
Orientadora
Telefone: 16-3602 5350
e-mail: furegato@eerp.usp.br

Para consultar informações éticas da pesquisa entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo (USP)

Avenida dos Bandeirantes, 39, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 144-92

Telefone: (16) 3602 3386 e-mail: cep@eerp.usp.br

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VERSÃO INFORMANTE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada **Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior matogrossense**, desenvolvida por mim durante o curso de Doutorado junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). Estou estudando o desempenho ou habilidades de pessoas portadoras de transtorno mental em atividades como trabalho, estudo, locomoção pela cidade, cuidados com a própria casa e com a própria alimentação, cuidados com a própria saúde, gerenciamento do próprio dinheiro, relacionamentos, entre outros. Estas habilidades podem estar prejudicadas em pessoas portadoras de transtorno mental e quero conhecer a fundo o tema. A resposta sobre como é o funcionamento dessas pessoas em atividades do dia a dia ajudará os enfermeiros e outros profissionais da saúde mental a identificar necessidades dos pacientes, ajudando a formular intervenções para sanar ou aliviar estas necessidades e ajudando os portadores de transtornos mentais a estudar, trabalhar e tomar conta da própria vida, no maior nível possível, já que cada pessoa tem um tipo de grau de limitação, individualmente. Seu familiar, portador de transtorno mental, participará voluntariamente do estudo, mas é muito importante que um familiar ou cuidador também

responda às questões, para que eu compare as respostas depois, conhecendo a percepção do familiar. Para participar, você precisará responder a uma entrevista, feita por mim, sobre o desempenho ou capacidade do seu familiar em realizar atividades de trabalho, estudo e de cuidados com a própria vida no seu dia a dia, e seguirei, para isso, um roteiro de perguntas que desenvolvi no estudo, no qual anotarei suas respostas. Outras questões que precisará responder dizem respeito ao tratamento, emprego, escolaridade, renda e com quem ele convive vive. Nos encontraremos uma única vez para esta entrevista, em uma sala privativa deste serviço de saúde, sem a presença de qualquer outra pessoa, em um dia e horário oportunos para nós dois, sem interferir em seus compromissos no serviço de saúde. A entrevista deverá durar, aproximadamente, 30 minutos. Ao final das perguntas, você poderá ver todas as suas respostas no roteiro e eventualmente poderá modificar qualquer resposta, caso julgue necessário. Não estão previstos riscos para você na pesquisa. Nesta entrevista não colocarei seu nome ou qualquer informação pessoal que o identifique, e sim um número ou outro código, pois você não pode ser identificado, suas respostas são anônimas e garanto sigilo sobre a autoria de suas respostas. Terminado o estudo, os resultados serão publicados em revistas da área da saúde mental e da saúde para ajudar profissionais do mundo todo no processo de inserção do portador de transtorno mental na sociedade, mas em nenhum momento sua identidade será exposta nas publicações. Você pode se recusar a participar da pesquisa ou poderá desistir de participar mesmo após assinar este documento e mesmo após ser entrevistado, em qualquer momento, devendo para isto me telefonar ou enviar um e-mail e informar sua desistência. Sua eventual desistência ou recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo no tratamento de seu familiar com este serviço de saúde, comigo, ou com a universidade. Para participar você não receberá nenhum tipo de remuneração e não terá qualquer prejuízo financeiro, não havendo custos para participar. Uma cópia deste documento será fornecida a você e a outra via, idêntica, ficará comigo. Ao concordar com o disposto acima, por favor assine seu nome no espaço abaixo destinado a este fim. Desde já agradeço a atenção!

Eu, _____, portador do RG n° _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas, e declaro que concordo em participar voluntariamente desse estudo.

Cuiabá, _____ de _____ de 2013.

Marcela Martins Furlan de Léo
Pesquisadora
Telefone: 66-9972 6643
e-mail: marcelaufmt@gmail.com

Antonia Regina Furegato
Orientadora
Telefone: 16-3602 5350
e-mail: furegato@eerp.usp.br

Para consultar informações éticas da pesquisa entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo (USP)

Avenida dos Bandeirantes, 39, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 144-92

Telefone: (16) 3602 3386 e-mail: cep@eerp.usp.br

APÊNDICE 3

Instrumento de coleta de dados para revisão integrativa da literatura:

Descritores: *Desempenho psicomotor (psychomotor performance); vida independente (independent living); vida cotidiana (dailyactivies); reabilitação (rehabilitation); autonomia pessoal (personalautonomy).*

1. Identificação do estudo e periódico:

título: _____

nome do autor: _____

titulação: ( ) graduado ( ) especialista ( ) mestre ( ) doutor ( ) pós-doutor

área e sub-área de formação do autor:

( ) enfermagem ( ) enfermagem psiquiátrica ( ) outro: _____

instituição sede do estudo: _____

vinculação a grupo de pesquisa: ( ) sim ( ) não

título, volume e número do periódico: _____

_____

ano de publicação: _____

país/ idioma da publicação: _____

área de publicação: ( ) enfermagem ( ) medicina ( ) outro: _____

subárea de publicação: ( ) enfermagem psiquiátrica ( ) psiquiatria/ saúde mental ( ) neurologia ( ) fisioterapia ( ) outro: _____

2. Características metodológicas do estudo:

a) Tipo de publicação:

Quantitativa

( ) experimental ( ) quase-experimental ( ) não experimental

Qualitativa

( ) etnografia ( ) fenomenologia ( ) teoria fundamentada ( ) _____

Não pesquisa

( ) revisão de literatura: ( ) sistemática ( ) integrativa ( ) meta-análise ( ) narrativa

( ) relato de experiência

( ) reflexão teórica

b) Objetivo do estudo:

Descrição do objetivo: _____

_____

_____

Relação com a enfermagem:

( ) enf. psiquiátrica ( ) enfermagem ( ) sem relação

Objeto de investigação:

( ) definição ( ) características/ sintomas ( ) tratamento ( ) prevenção

( ) abordagem familiar ( ) outro: _____

c) Amostra:

( ) aleatória ( ) conveniência

Tamanho (n) inicial: _____ final: _____

Características:

Idade: _____; Sexo: ( ) F ( ) M; Raça: _____; Outros: _____

Critérios de inclusão: _____

Critérios de exclusão: _____

d) coleta de dados:

Variáveis do estudo: _____

Grupo controle: ( ) sim ( ) não

Instrumento de coleta: _____

Foco do instrumento: ( ) desempenho psicomotor ( ) outro: _____

Autor: _____ Ano: _____

Instrumento de medida: ( ) sim: _____ ( ) não

3. Análise dos dados:

a) tipo de análise: ( ) inferencial ( ) descritiva

Especificar: _____

4. Resultados do estudo:

Descrição: _____

5. Conclusões do estudo:

Descrição: _____

6. Implicações:

a) para a enfermagem:_____

b) para a enfermagem psiquiátrica: _____

7. Nível de evidência (Stetler et al., 1998):

( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI

8. Avaliação do rigor metodológico:

a metodologia está clara e detalhadamente descrita? (referencial metodológico, sujeitos, critérios de inclusão e exclusão, resultados)

( ) sim ( ) não: _____

os objetivos foram atingidos: ( ) totalmente ( ) parcialmente ( ) não

O estudo sinaliza vieses?

( ) sim: _____

( ) não

9. Comentários do pesquisador:

_____

_____

APÊNDICE 4

Caracterização dos sujeitos

I. INFORMAÇÕES GERAIS

1. Código do sujeito: [ ] 2. Data: ___/ ___/ ___

3. Local da entrevista:

CAPS	Ambulatório de Saúde Mental
(1)	(2)

4. Data de admissão no serviço: ___/ ___/ ___

II. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

5. Sexo: (1) M (2) F

6. Idade: _____ anos completos

7. Etnia: (1) branco (2) negro (3) amarelo (4) pardo (5) outro

8. Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) separado (4) viúvo

9. Arranjo domiciliar:

(1) Vive só (2) Sem companheiro, mas com outras pessoas

(3) Com companheiro apenas (4) Com companheiro e outras pessoas

1. Filhos: (1) sim (2) não (3) não informado

11. Procedência:

(1) Sinop (2) região de Sinop (3) fora da região de Sinop

(4) outro estado (5) não informado

12. Classificação Econômica (CCEB-ABEP, 213):

POSSE DE ITENS		**1**	**2**	**3**	**4 ou +**
Televisão em cores		1	2	3	4
Rádio		1	2	3	4
Banheiro		4	5	6	7
Automóvel		4	7	9	9
Empregada mensalista		3	4	4	4
Máquina de lavar		2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD		2	2	2	2
Geladeira		4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		2	2	2	2

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA	**PONTUAÇÃO**
Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

Total de pontos: _____

(1) A1 42-46	(2) A2 35-41	(3) B1 29-34	(4) B2 23-28	(5) C1 18-22	(6) C2 14-17	(7) D 8-13	(8) E 0 -7	(99) não informado

13. Posição hierárquica no domicílio:

(1) provedor ou chefe de família (2) não provedor

(3) dependente ou tutelado (4) não informado

III. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

14. Hipótese diagnóstica psiquiátrica principal (CID 1):

(1) F20– 29	(2) F30 – 39	(3) F40 – 49	(4) F50 – 59	(5) F60 - 69

15. Consumo de álcool e/ ou outras drogas:

(1) frequente (2) eventual (3) não (4) não informado

16. Tempo de manifestação do transtorno mental (considerar a primeira crise que gerou atendimento especializado):

(1) menos de um ano (2) 1 a 5 anos (3) 5 a 1 anos

(4) mais de 1 anos (9) não sabe/ não responde

17. É usuário regular de outro serviço de saúde mental:

(1) sim (Especifique: _____) (2) não (4) não informado

18. Apresenta agravos de causa orgânica, potencialmente limitadores do desempenho psicossocial e ocupacional:

(1) Sim, um: _____ (2) Sim, mais de um: _____

(3) não (4) não informado

19. Uso de prótese ou órtese:

(1) sim: _____ (2) não (3) não informado

IV. INSERÇÃO ESCOLAR/ PROFISSIONAL

2. Escolaridade:

(1) Analfabeto (2) Até quarta série fundamental

(3) Fundamental Completo (4) Médio Completo

(5) Superior Completo **Área**: _____

(6) Pós-graduado **Área**: _____

(7) não informado

21. Situação escolar atual (ensino regular ou formal):

(1) cursando (2) abandono

(3) suspensão ou trancamento de matrícula (temporário)

(4) expulsão (5) não informado (6) NA*

*** se** não cursou ensino regular ou formal, utilize NA

22. Educação profissionalizante (técnico ou tecnólogo):

(1) sim (Área: _____) (2) não (3) não informado

23. Situação atual da educação profissionalizante:

(1) cursando (2) concluído (3) abandono

(4) suspensão ou trancamento de matrícula (temporário)

(5) expulsão (6) não informado (7) NA

24. Situação laboral <u>ANTERIOR</u> à manifestação do transtorno mental:

(1) trabalhou (2) não trabalhou (3) não informado

Profissão:_____**Ocupação**: _____ ( ) do lar

25. Caráter do trabalho: (1) formal (2) informal (3) não informado (4) NA

26. Regime de trabalho:

(1) autônomo (2) contrato temporário (3) CLT

(4) autarquia (5) voluntário (6) NA

27. <u>Antes</u> da manifestação do transtorno mental, trabalhava exatamente na <u>profissão em que se formou</u>?

(1) sim (2) não (3) não informado (4) NA

28. Justificativa de <u>não ter trabalhado antes</u> da manifestação do transtorno mental:

(1) falta de interesse

(2) falta de necessidade

(3) falta de aptidão para o trabalho que exercia

(4) falta de formação escolar

(5) falta de formação profissional

(6) falta de oportunidade de emprego

(7) outro agravo à saúde(exclui o transtorno mental a deficiência física) (p. ex. doenças crônicas)

(8) deficiência física

(9) inacessibilidade (condições do local de trabalho)

(10) decisão de familiar ou responsável

(11) aposentadoria

(12) outras atividades incompatíveis com o trabalho (ex. cuidador ou do lar)

(13) outro: _____

(14) não informado

(15) NA

29. Situação laboral APÓS a manifestação do transtorno mental (EXCLUI ATUALIDADE):

(1) trabalhou (2) não trabalhou (3) não informado

29A. Descrição de trabalho:

Profissão: _____ **Ocupação**: _____ (3) do lar (4) NA

3. Caráter do trabalho: (1) formal (2) informal (3) não informado (4) NA

31. Regime de trabalho:

(1) autônomo (2) contrato temporário (3) CLT

(4) autarquia (5) voluntário (6) NA

32. Desconsiderando o momento atual, depois de desenvolver o transtorno mental trabalhava exatamente na profissão em que se formou?

(1) sim (2) não (3) não informado (4) NA

33. Justificativa de não ter trabalhado posteriormente à manifestação do transtorno mental:

(1) falta de interesse

(2) falta de necessidade

(3) falta de aptidão para o trabalho que exercia

(4) falta de formação escolar

(5) falta de formação profissional

(6) falta de oportunidade de emprego (indisponibilidade)

(7) falta de oportunidade de emprego relacionada ao estigma social do transtorno mental ou tratamento (rejeição)

(8) reações adversas ou efeitos colaterais do consumo de psicofármacos

(9) outro agravo à saúde (exclui o transtorno mental a deficiência física) (p. ex. doenças crônicas)

(10) deficiência física

(11) inacessibilidade (condições do local de trabalho)

(12) decisão de familiar ou responsável

(13) outras atividades incompatíveis com o trabalho (ex. cuidador ou prendas domésticas)

(14) aposentadoria

(15) outro: _____

(16) não informado

(17) NA

34. Situação laboral e previdenciária ATUAIS (no momento da coleta de dados):

(1) empregado (2) desempregado (3) afastado

(4) aposentado (5) não informado

34A. Descrição de trabalho:

Profissão: _____ **Ocupação**: _____ (3) do lar (4) NA

35. Caráter do trabalho: (1) formal (2) informal (3) não informado (4) NA

36. Regime de trabalho:

(1) autônomo (2) contrato temporário (3) CLT

(4) autarquia (5) voluntário (6) NA

37. Neste momento trabalha exatamente na área em que se formou?

(1) sim (2) não (3) não informado (4) NA

38. Relação entre o trabalho exercido após o desenvolvimento do transtorno mental e o trabalho atual:

(1) é o mesmo emprego ou ofício atual, no mesmo cargo

(2) é o mesmo emprego atual, em cargo hierarquicamente inferior ou com remuneração inferior

(3) é o mesmo emprego atual, em cargo hierarquicamente superior ou com remuneração superior

(4) não é o mesmo emprego atual (5) não informado (6) NA

39. Justificativa de não trabalhar atualmente:

(1) falta de interesse

(2) falta de necessidade

(3) falta de aptidão para o trabalho que exercia

(4) falta de formação escolar

(5) falta de formação profissional

(6) falta de oportunidade de emprego (indisponibilidade)

(7) falta de oportunidade de emprego relacionada ao estigma social do transtorno mental ou tratamento (rejeição)

(8) reações adversas ou efeitos colaterais do consumo de psicofármacos

(9) outro agravo à saúde (exclui o transtorno mental a deficiência física) (p. ex. doenças crônicas)

(10) deficiência física

(11) inacessibilidade (condições do local de trabalho)

(12) decisão de familiar ou responsável

(13) outras atividades incompatíveis com o trabalho (ex. cuidador ou prendas domésticas)

(14) aposentadoria

(15) outro: _____

(16) não informado

(17) NA

4. Caso trabalhe atualmente, mas esteja temporariamente afastado, qual é a justificativa da suspensão da atividade laboral?

(1) licença (motivo de saúde): relacionada ao transtorno mental

(2) licença (motivo de saúde): não relacionada ao transtorno mental

(3) licença maternidade ou gestante

(4) aposentadoria por tempo de trabalho

(5) aposentadoria por invalidez relacionada ao transtorno mental

(6) aposentadoria por invalidez não relacionada ao transtorno mental

(7) outro (8) não informado (9) NA

APÊNDICE 5

Habilidades de vida independente (%) por tempo vivido de transtorno mental

obs = número de sujeitos em quem a subescala em questão foi aplicável

mean = percentual de habilidades de vida independente preservadas em relação ao tempo vivido de transtorno mental

```
-> tempo = < 1  ano

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |         5       100.0         0.0      100.0      100.0
phigiene |         5        86.7        18.3       66.7      100.0
pcuidados |         5        83.3        11.8       66.7      100.0
palimentos |         5        85.7        10.1       71.4      100.0
psaude |         5        90.3        13.6       71.4      100.0
pdinheiro |         5        64.0        26.1       20.0       80.0
ptransporte |         5        49.0        14.3       25.0       60.0
plazer |         5        40.0        13.7       25.0       58.3
pemprego |         2         0.0         0.0        0.0        0.0
ptrabalho |         3       100.0         0.0      100.0      100.0
ptotal |         5        73.4         9.5       64.5       85.9
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |         5         3.5         0.6        2.5        4.0
infcuidados |         5         3.5         0.5        2.6        4.0
infativida~s |         5         2.8         1.4        0.4        4.0
infprepalim |         5         2.7         1.2        1.0        4.0
```

```
infsaude |         5         3.4         0.8        2.1        4.0
infdinheiro |         5         2.8         1.2        0.7        3.8
inftranspo~e |         5         2.0         1.1        0.9        3.6
inflazer |         5         0.9         0.6        0.6        1.9
infemprego |         3         3.5         0.5        3.0        4.0
inftotal |         5         2.8         0.8        1.5        3.4

-----------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------
--------------
-> tempo = 1 a 5 anos

Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        27        92.6        13.1       55.6      100.0
phigiene |        27        98.8         5.0       75.0      100.0
pcuidados |        27        85.8        29.5        0.0      100.0
palimentos |        27        87.2        27.4        0.0      100.0
psaude |        27        87.1        14.0       50.0      100.0
pdinheiro |        26        49.5        26.3        0.0      100.0
ptransporte |        27        54.8        26.2        0.0      100.0
plazer |        27        49.9        15.2       16.7       75.0
pemprego |        14        10.7        28.9        0.0      100.0
ptrabalho |        15        91.1        19.8       33.3      100.0
ptotal |        27        75.4        11.2       54.0       90.5
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        27         3.6         0.5        1.8        4.0
infcuidados |        27         3.7         0.6        0.8        4.0
infativida~s |        27         2.8         1.3        0.1        4.0
infprepalim |        27         3.0         1.1        0.0        4.0
infsaude |        27         3.1         1.0        0.8        4.0
infdinheiro |        27         2.9         1.1        0.4        4.0
inftranspo~e |        27         2.4         0.9        0.3        4.0
inflazer |        27         1.4         0.9        0.1        3.3
infemprego |        27         2.0         1.3        0.0        4.0
inftotal |        27         2.8         0.7        0.5        3.8

----------
-> tempo = 5 a 10 anos

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        16        84.9        17.6       44.4      100.0
phigiene |        17        90.2        16.7       50.0      100.0
pcuidados |        17        72.2        36.8        0.0      100.0
palimentos |        17        74.9        31.7        0.0      100.0
psaude |        17        81.7        19.5       28.6      100.0
pdinheiro |        17        49.1        34.6        0.0      100.0
ptransporte |        17        42.9        32.6        0.0      100.0
plazer |        17        39.8        22.4        0.0       75.0
pemprego |        11        20.5        40.0        0.0      100.0
ptrabalho |         7        66.7        43.0        0.0      100.0
ptotal |        17        65.5        15.1       38.9       90.4
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        17         3.4         0.6        2.0        4.0
infcuidados |        17         3.3         0.6        1.9        4.0
infativida~s |        17         2.4         1.5        0.0        4.0
```

```
infprepalim |        17         2.6         1.4        0.0        4.0
infsaude |        17         3.0         0.8        1.6        4.0
infdinheiro |        17         2.1         1.4        0.0        4.0
inftranspo~e |        17         2.4         1.0        0.7        3.6
inflazer |        17         1.3         1.1        0.0        3.3
infemprego |        17         1.3         1.4        0.0        4.0
inftotal |        17         2.4         0.9        1.0        3.6

-----------------------------------------------------------------------
--
-> tempo = > 10 anos

Variable |       ObsMeanStd. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        24        84.8        22.4       33.3      100.0
phigiene |        24        93.1        17.7       16.7      100.0
pcuidados |        22        71.2        38.9        0.0      100.0
palimentos |        23        68.6        31.2        0.0      100.0
psaude |        24        76.1        26.0       14.3      100.0
pdinheiro |        24        61.3        37.0        0.0      100.0
ptransporte |        24        29.3        30.3        0.0       80.0
plazer |        24        38.8        19.9        0.0       70.0
pemprego |        16         4.7        18.8        0.0       75.0
ptrabalho |         4        91.7        16.7       66.7      100.0
ptotal |        24        65.3        15.5       24.2       85.7
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        24         3.3         0.7        1.6        4.0
infcuidados |        24         3.2         0.9        1.3        4.0
infativida~s |        23         2.2         1.3        0.0        4.0
infprepalim |        23         2.1         1.5        0.0        4.0
infsaude |        24         2.9         0.9        1.5        4.0
infdinheiro |        24         2.0         1.4        0.0        4.0
inftranspo~e |        24         1.8         0.9        0.0        3.3
inflazer |        24         1.2         0.9        0.0        3.1
infemprego |        23         1.2         1.1        0.0        3.3
inftotal |        24         2.3         0.8        0.9        3.5


TOTAL


    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        72        88.8        17.7       33.3      100.0
phigiene |        73        94.1        14.3       16.7      100.0
pcuidados |        71        77.8        33.8        0.0      100.0
palimentos |        72        78.3        29.6        0.0      100.0
psaude |        73        82.4        20.2       14.3      100.0
pdinheiro |        72        54.3        32.1        0.0      100.0
ptransporte |        73        43.3        30.1        0.0      100.0
plazer |        73        43.2        18.9        0.0       75.0
pemprego |        43        10.5        28.5        0.0      100.0
ptrabalho |        29        86.2        27.5        0.0      100.0
ptotal |        73        69.6        14.2       24.2       90.5
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        73         3.5         0.6        1.6        4.0
infcuidados |        73         3.4         0.7        0.8        4.0
```

```
infativida~s |        72         2.5         1.3        0.0        4.0
infprepalim |        72         2.6         1.4        0.0        4.0
infsaude |        73         3.0         0.9        0.8        4.0
infdinheiro |        73         2.4         1.3        0.0        4.0
inftranspo~e |        73         2.2         1.0        0.0        4.0
inflazer |        73         1.3         0.9        0.0        3.3
infemprego |        70         1.6         1.3        0.0        4.0
inftotal |        73         2.6         0.8        0.5        3.8
```

APÊNDICE 6

Habilidades de vida independente (%) por diagnóstico psiquiátrico (CID – 10)

obs = número de sujeitos em quem a subescala em questão foi aplicável

mean = percentual de habilidades de vida independente preservadas em relação ao diagnóstico psiquiátrico

```
->diagn = F20 - 29

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        16        85.6        21.7       33.3      100.0
phigiene |        16        98.4         3.4       91.7      100.0
pcuidados |        15        65.3        42.4        0.0      100.0
palimentos |        16        61.0        34.9        0.0      100.0
psaude |        16        71.2        29.0       14.3      100.0
pdinheiro |        16        55.0        32.8        0.0      100.0
ptransporte |        16        14.1        15.4        0.0       40.0
plazer |        16        38.2        22.8        0.0       70.0
pemprego |        11         4.5        15.1        0.0       50.0
ptrabalho |         4        91.7        16.7       66.7      100.0
ptotal |        16        62.3        16.5       34.9       85.7
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        16         3.1         0.7        1.8        4.0
```

```
infcuidados |        16         3.2         0.9        0.8        4.0
infativida~s |        15         1.9         1.4        0.0        4.0
infprepalim |        15         1.8         1.4        0.0        4.0
infsaude |        16         2.4         1.0        0.8        4.0
infdinheiro |        16         1.8         1.4        0.0        3.9
inftranspo~e |        16         1.7         0.9        0.0        3.7
inflazer |        16         1.1         0.9        0.0        2.8
infemprego |        15         0.8         0.8        0.0        2.5
inftotal |        16         2.1         0.9        0.5        3.5

-----------------------------------------------------------------------
--
->diagn = F30 - 39

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        37        91.9        15.4       33.3      100.0
phigiene |        37        95.9        10.9       58.3      100.0
pcuidados |        36        83.8        28.0        0.0      100.0
palimentos |        37        81.4        26.4        0.0      100.0
psaude |        37        86.6        16.6       40.0      100.0
pdinheiro |        37        52.5        31.8        0.0      100.0
ptransporte |        37        53.6        25.8        0.0      100.0
plazer |        37        46.3        17.2        8.3       66.7
pemprego |        18         1.4         5.9        0.0       25.0
ptrabalho |        18        87.0        28.3        0.0      100.0
ptotal |        37        73.1        12.1       41.9       90.5
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        37         3.7         0.5        1.6        4.0
infcuidados |        37         3.6         0.5        1.5        4.0
infativida~s |        37         2.7         1.3        0.0        4.0
infprepalim |        37         2.8         1.2        0.2        4.0
infsaude |        37         3.2         0.8        1.3        4.0
infdinheiro |        37         2.7         1.4        0.0        4.0
inftranspo~e |        37         2.3         1.0        0.3        4.0
inflazer |        37         1.3         0.9        0.0        3.3
infemprego |        35         2.0         1.4        0.0        4.0
inftotal |        37         2.8         0.7        1.1        3.8

----------
->diagn = F40 - 49

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        16        82.8        18.6       33.3      100.0
phigiene |        17        87.7        23.4       16.7      100.0
pcuidados |        17        79.2        32.7        0.0      100.0
palimentos |        16        88.2        26.7       14.3      100.0
psaude |        17        84.2        16.2       50.0      100.0
pdinheiro |        16        55.5        29.9        0.0      100.0
ptransporte |        17        44.0        32.9        0.0      100.0
plazer |        17        41.0        19.7        8.3       75.0
pemprego |        11        34.1        47.8        0.0      100.0
ptrabalho |         7        81.0        32.5       33.3      100.0
ptotal |        17        69.2        15.5       24.2       90.4
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        17         3.5         0.5        2.4        4.0
```

```
infcuidados |        17         3.4         0.8        1.3        4.0
infativida~s |        17         2.7         1.3        0.6        4.0
infprepalim |        17         3.0         1.3        0.3        4.0
infsaude |        17         3.2         0.7        1.5        4.0
infdinheiro |        17         2.4         1.1        0.4        4.0
inftranspo~e |        17         2.5         0.9        1.1        3.6
inflazer |        17         1.4         1.1        0.1        3.3
infemprego |        17         1.8         1.4        0.2        4.0
inftotal |        17         2.7         0.7        1.3        3.6

-----------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------
--------------
->diagn = F60 - 69

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |         2       100.0         0.0      100.0      100.0
phigiene |         2        87.5         5.9       83.3       91.7
pcuidados |         2        50.0        70.7        0.0      100.0
palimentos |         2        75.0        35.4       50.0      100.0
psaude |         2        80.0         0.0       80.0       80.0
pdinheiro |         2        50.0        70.7        0.0      100.0
ptransporte |         2        60.0        28.3       40.0       80.0
plazer |         2        45.8        17.7       33.3       58.3
pemprego |         2         0.0         0.0        0.0        0.0
ptrabalho |         0
ptotal |         2        66.6         5.8       62.5       70.8
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |         2         2.7         0.4        2.4        3.0
infcuidados |         2         2.8         1.2        1.9        3.6
infativida~s |         2         1.3         0.5        1.0        1.7
infprepalim |         2         1.4         1.9        0.0        2.7
infsaude |         2         2.7         0.7        2.2        3.2
infdinheiro |         2         0.8         0.7        0.3        1.3
inftranspo~e |         2         1.8         0.8        1.2        2.3
inflazer |         2         1.2         0.7        0.7        1.7
infemprego |         2         0.8         0.3        0.6        1.0
inftotal |         2         1.9         0.6        1.5        2.3


Total


    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        72        88.8        17.7       33.3      100.0
phigiene |        73        94.1        14.3       16.7      100.0
pcuidados |        71        77.8        33.8        0.0      100.0
palimentos |        72        78.3        29.6        0.0      100.0
psaude |        73        82.4        20.2       14.3      100.0
pdinheiro |        72        54.3        32.1        0.0      100.0
ptransporte |        73        43.3        30.1        0.0      100.0
plazer |        73        43.2        18.9        0.0       75.0
pemprego |        43        10.5        28.5        0.0      100.0
ptrabalho |        29        86.2        27.5        0.0      100.0
ptotal |        73        69.6        14.2       24.2       90.5
```

```
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        73         3.5         0.6        1.6        4.0
infcuidados |        73         3.4         0.7        0.8        4.0
infativida~s |        72         2.5         1.3        0.0        4.0
infprepalim |        72         2.6         1.4        0.0        4.0
infsaude |        73         3.0         0.9        0.8        4.0
infdinheiro |        73         2.4         1.3        0.0        4.0
inftranspo~e |        73         2.2         1.0        0.0        4.0
inflazer |        73         1.3         0.9        0.0        3.3
infemprego |        70         1.6         1.3        0.0        4.0
inftotal |        73         2.6         0.8        0.5        3.8
```

APÊNDICE 7

Habilidades de vida independente (%) por nível econômico (CCEB – ABEP)

obs = número de sujeitos em quem a subescala em questão foi aplicável

mean = percentual de habilidades de vida independente preservadas em relação ao nível econômico

```
----------
->cceb = B1

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |         2        94.4         7.9       88.9      100.0
phigiene |         2        87.5        17.7       75.0      100.0
pcuidados |         2        91.7        11.8       83.3      100.0
palimentos |         2       100.0         0.0      100.0      100.0
psaude |         2        91.7        11.8       83.3      100.0
pdinheiro |         2        65.0        21.2       50.0       80.0
ptransporte |         2        62.5        17.7       50.0       75.0
plazer |         2        50.0         0.0       50.0       50.0
pemprego |         1         0.0           .        0.0        0.0
ptrabalho |         1        66.7           .       66.7       66.7
ptotal |         2        77.6         0.3       77.4       77.8
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |         2         3.8         0.3        3.6        4.0
infcuidados |         2         3.8         0.3        3.6        4.0
infativida~s |         2         3.0         1.4        2.0        4.0
infprepalim |         2         3.8         0.2        3.7        4.0
infsaude |         2         3.7         0.0        3.7        3.8
infdinheiro |         2         3.8         0.2        3.7        4.0
```

```
inftranspo~e |         2         3.6         0.3         3.3         3.8
inflazer |         2         1.7         0.8         1.1         2.3
infemprego |         2         2.0         1.1         1.2         2.8
inftotal |         2         3.3         0.1         3.2         3.4

-----------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------
--------------
->cceb = B2

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        14        94.2         7.7       75.0      100.0
phigiene |        15       100.0         0.0      100.0      100.0
pcuidados |        15        95.0        10.8       66.7      100.0
palimentos |        15        93.3        11.9       71.4      100.0
psaude |        15        92.3        10.1       71.4      100.0
pdinheiro |        15        56.2        30.2        0.0      100.0
ptransporte |        15        53.4        26.9       20.0      100.0
plazer |        15        52.6        14.9       25.0       66.7
pemprego |         5         0.0         0.0        0.0        0.0
ptrabalho |        11        84.8        34.5        0.0      100.0
ptotal |        15        78.5         8.1       64.5       90.5
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        15         3.7         0.4        2.5        4.0
infcuidados |        15         3.8         0.4        2.6        4.0
infativida~s |        15         2.8         1.2        0.4        4.0
infprepalim |        15         3.1         1.0        1.0        4.0
infsaude |        15         3.3         0.7        2.0        4.0
infdinheiro |        15         3.3         0.9        0.7        4.0
inftranspo~e |        15         2.7         0.7        0.9        3.4
inflazer |        15         1.9         0.9        0.6        3.3
infemprego |        15         2.6         1.0        0.7        4.0
inftotal |        15         3.1         0.6        1.5        3.8

->cceb = C1

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        18        86.6        20.0       33.3      100.0
phigiene |        18        94.4        19.6       16.7      100.0
pcuidados |        18        68.3        42.7        0.0      100.0
palimentos |        18        70.6        37.1        0.0      100.0
psaude |        18        84.7        16.7       50.0      100.0
pdinheiro |        17        57.0        32.4        0.0      100.0
ptransporte |        18        46.4        30.4        0.0      100.0
plazer |        18        50.2        18.7        0.0       75.0
pemprego |        12        12.5        31.1        0.0      100.0
ptrabalho |         8        79.2        30.5       33.3      100.0
ptotal |        18        69.4        17.7       24.2       90.4
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        18         3.5         0.5        2.4        4.0
infcuidados |        18         3.4         0.6        1.3        4.0
infativida~s |        17         2.3         1.3        0.2        4.0
infprepalim |        17         2.5         1.4        0.0        4.0
infsaude |        18         2.9         0.8        1.3        4.0
infdinheiro |        18         2.3         1.4        0.0        4.0
```

```
inftranspo~e |        18         2.4         0.8        0.7        4.0
inflazer |        18         1.4         0.9        0.0        3.0
infemprego |        18         1.8         1.4        0.0        4.0
inftotal |        18         2.5         0.7        1.1        3.5

-----------------------------------------------------------------------
-----------------------------------------------------------------------
--------------
->cceb = C2

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        20        82.9        24.3       33.3      100.0
phigiene |        20        93.8        13.5       58.3      100.0
pcuidados |        20        67.3        36.4        0.0      100.0
palimentos |        20        68.2        29.3       14.3      100.0
psaude |        20        74.9        23.5       14.3      100.0
pdinheiro |        20        38.8        31.3        0.0      100.0
ptransporte |        20        40.5        31.9        0.0      100.0
plazer |        20        34.6        17.6        0.0       58.3
pemprego |        14         7.1        20.6        0.0       75.0
ptrabalho |         4        91.7        16.7       66.7      100.0
ptotal |        20        63.0        13.8       34.9       87.5
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        20         3.5         0.7        1.6        4.0
infcuidados |        20         3.4         0.8        1.5        4.0
infativida~s |        20         2.5         1.4        0.0        4.0
infprepalim |        20         2.4         1.2        0.0        4.0
infsaude |        20         2.9         1.0        0.8        4.0
infdinheiro |        20         2.2         1.2        0.0        4.0
inftranspo~e |        20         1.9         0.9        0.0        4.0
inflazer |        20         0.9         0.7        0.0        3.1
infemprego |        17         1.2         1.2        0.0        4.0
inftotal |        20         2.4         0.7        0.9        3.4

->cceb = D

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        18        92.7        10.6       66.7      100.0
phigiene |        18        89.8        14.4       50.0      100.0
pcuidados |        16        83.9        29.3        0.0      100.0
palimentos |        17        82.4        28.2        0.0      100.0
psaude |        18        79.3        23.6       28.6      100.0
pdinheiro |        18        66.4        31.4        0.0      100.0
ptransporte |        18        32.6        29.7        0.0       80.0
plazer |        18        37.2        19.5        8.3       70.0
pemprego |        11        18.2        40.5        0.0      100.0
ptrabalho |         5       100.0         0.0      100.0      100.0
ptotal |        18        68.9        12.0       38.9       85.9
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        18         3.2         0.7        1.8        4.0
infcuidados |        18         3.1         0.9        0.8        4.0
infativida~s |        18         2.4         1.5        0.1        4.0
infprepalim |        18         2.4         1.7        0.0        4.0
infsaude |        18         2.9         0.9        0.9        4.0
infdinheiro |        18         1.9         1.4        0.0        3.9
```

```
inftranspo~e |        18         1.8         1.1        0.3        3.6
inflazer |        18         0.9         0.9        0.1        2.8
infemprego |        18         1.0         1.2        0.0        4.0
inftotal |        18         2.3         0.9        0.5        3.5


. sum
paparenciaphigienepcuidadospalimentospsaudepdinheiroptransporteplazerpe
mpregoptrabalhoptotalinfalimentosinfcuidadosinfatividadesinfprepa
>liminfsaudeinfdinheiroinftransporteinflazerinfempregoinftotal ,
sep(11) format

Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
paparencia |        72        88.8        17.7       33.3      100.0
phigiene |        73        94.1        14.3       16.7      100.0
pcuidados |        71        77.8        33.8        0.0      100.0
palimentos |        72        78.3        29.6        0.0      100.0
psaude |        73        82.4        20.2       14.3      100.0
pdinheiro |        72        54.3        32.1        0.0      100.0
ptransporte |        73        43.3        30.1        0.0      100.0
plazer |        73        43.2        18.9        0.0       75.0
pemprego |        43        10.5        28.5        0.0      100.0
ptrabalho |        29        86.2        27.5        0.0      100.0
ptotal |        73        69.6        14.2       24.2       90.5
-------------+--------------------------------------------------------
infalimentos |        73         3.5         0.6        1.6        4.0
infcuidados |        73         3.4         0.7        0.8        4.0
infativida~s |        72         2.5         1.3        0.0        4.0
infprepalim |        72         2.6         1.4        0.0        4.0
infsaude |        73         3.0         0.9        0.8        4.0
infdinheiro |        73         2.4         1.3        0.0        4.0
inftranspo~e |        73         2.2         1.0        0.0        4.0
inflazer |        73         1.3         0.9        0.0        3.3
infemprego |        70         1.6         1.3        0.0        4.0
inftotal |        73         2.6         0.8        0.5        3.8
```

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 264/2013

Ribeirão Preto, 6 de novembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 6 de novembro de 2013.

Protocolo: 17408413.9.0000.5393

Projeto: Modelo de Diagnóstico e Intervenção para Maximizar o Desempenho Ocupacional em Portadores de Transtorno Mental.

Pesquisadores: Antônia Regina Ferreira Furegato
Marcela Martins Furlan de Léo

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Antônia Regina Ferreira Furegato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Inventário de Habilidades de Vida Independente
(ILSS – BR) VERSÃO PARA O PACIENTE (MARTINI, L. C. et al, 2012)

Versão Auto-Aplicável

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre seu ajustamento social. "Ajustamento social" significa a frequência que o indivíduo realiza as tarefas necessárias para cuidar de sua aparência pessoas, dinheiro, bens, residência e saúde; encontrar manter emprego e interação social.

Estas questões - ex: limpa líquidos derramados; comprar sua própria comida; administra adequadamente o dinheiro – estão listadas na página seguinte. As informações com relação a realização dessas tarefas serão obtidas durante uma entrevista que será conduzida depois de estabelecida uma relação confortável. Diga que esse questionário consiste em questões simples sobre o desempenho de **TODAS** as habilidades necessárias para viver em comunidade. Algumas das questões poderão ser irrelevantes como "cuidar de uma criança", mas **TODAS** devem ser feitas, a partir daí poderemos desenhar um quadro abrangente sobre as limitações individuais.

POR FAVOR, NÃO DEIXE DE FAZER NENHUMA PERGUNTA. Sempre inicie lendo o enquadramento do tempo determinado pelo enunciado (nos últimos 30 dias....), seguindo pelas perguntas (limpa líquidos derramados). Solicite ao indivíduo que responda **SIM, NÃO** ou **NÃO SE APLICA**, e baseado naquela resposta, registre na coluna apropriada. Se o indivíduo esteve em um ambiente restritivo como um hospital nos últimos 3 dias e o ambiente restritivo não é aquele que o indivíduo tipicamente reside, mude o enunciado do enquadramento do tempo para **quando você vivia em sua residência típica, NÃO no hospital, você...**

Explique que a resposta **NÃO SE APLICA** significa uma tarefa que pode não ser realizada porque o ambiente não permite. Usar um ônibus é impossível, por exemplo, se o transporte público não é disponível; não se pode preparar refeições se o cuidador faz todo o trabalho e limita o acesso à cozinha; a medicação não pode ser auto-administrada se outra pessoa guarda e administra a mesma.

Se o indivíduo responde que uma tarefa não é realizada porque **NÃO SE APLICA, PERGUNTAR POR INFORMAÇÕESQUE CERTIFIQUEM A FALTA DE OPORTUNIDADE AMBIENTAL.**

Escreva os comentários sobre as respostas dos indivíduos ou providencie informações que serão importantes para o entendimento do seu ambiente nas linhas de comentários e/ou a parte de trás deste questionário.

Paciente:_____

Entrevistador:_____**Data**:_____

APARÊNCIA E VESTUÁRIO	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Lavou suas roupas adequadamente se necessário?			
2) Coloca roupa para secar?			
3) Dobra, pendura e guarda suas roupas depois de lavadas e secas?			
4) Separa as roupas sujas das limpas?			
5) Você troca as roupas íntimas pelo menos duas vezes na semana?			
6) Compra suas próprias roupas sempre que precisa?			
○ ***Observação do entrevistador***			
7) Veste roupas adequadas e limpas?			
8) A roupa é apropriada para a estação?			
9) Cores e tipos de roupa estão combinando?			
HIGIENE PESSOAL	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Toma banho usando sabonete pelo menos duas vezes por semana?			

2) Lava o cabelo pelo menos duas vezes por semana? (uma vez por semana para mulheres)			
3) Usa desodorante todos os dias?			
4) Escova ou penteia o cabelo diariamente?			
5) Escova os dentes ou dentadura usando pasta de dentes pelo menos uma vez ao dia?			
6) Limpa as unhas regulamente?			
○ ***Observação do entrevistador***			
7) Apresenta-se limpo (rosto, braço, mão)?			
8) Apresenta-se com os cabelos limpos?			
9) Apresenta-se com os cabelos devidamente penteados?			
1) Apresenta-se com os cabelos devidamente cortados?			
11) Apresenta-se sem odor no corpo?			
12) As unhas estão limpas?			
○ ***CUIDADOS COM OS OBJETOS PESSOAIS***	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Arruma a cama diariamente?			
2) Mantêm seu quarto ou espaço pessoal limpo?			
3) Arruma sua "bagunça" e coloca os itens no lugar que pertencem?			
4) Limpa líquidos derramados?			
5) Aspira (se tiver carpete) ou esfrega o chão?			
6) Tira o pó dos móveis?			
Comentários do entrevistador:			

○ ***PREPARO E ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS***	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Prepara refeições simples que não precisam ser misturadas ou cozidas? (sanduíches, saladas ou cereal com leite).			
2) Prepara e cozinha refeições simples? (ovos fritos ou macarrão).			
3) Pode identificar ou jogar fora alimentos estragados?			
4) Lava e enxuga utensílios de cozinha - caneca, prato, etc?			
5) Guarda os utensílios de cozinha depois de secos – pratos, canecas, etc?			
6) Faz opções saudáveis para se alimentar, ou seja, não se alimenta só a base de doces e refrigerantes?			
7) Compra sua própria comida? (mais que lanches e salgadinhos).			
Comentários do entrevistador:			

○ ***SAÚDE***	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Toma seu medicamento sem supervisão? (se não toma remédio no momento, você tomou seu medicamento sem supervisão na última vez que foi prescrito?).			
2) Se você toma remédio agora, mas precisa de supervisão, você coopera com a pessoa que administra a medicação? (se você não toma remédio atualmente, cooperou com a pessoa que o administrou na última vez que precisou tomar?).			
3) Você procura o medico pra renovar a receita do seu remédio? (Se não toma remédio no momento, você procurou a pessoa certa para renovar sua receita na última vez que precisou tomar remédio?).			
4) Na última vez que você esteve doente, com uma doença física leve, como, por			

exemplo, gripe, você se cuidou de forma apropriada?			
5) Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiro, polícia, vigilância e outros recursos), assistentes social, médico, dentista, família, quando necessário?			
6) Fuma com segurança, isto é, não fura as roupas, não queima a cama ou os móveis? (pontue Y se a pessoa não fuma).			
7) Toma a medicação todos os dias da maneira como foi prescrita? (Se não toma remédio no momento, quando estava tomando remédio você tomou a medicação todos os dias da maneira como ela foi prescrita?).			
Comentários do entrevistador:			
ADMINISTRAÇÃO DO DINHEIRO	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Paga suas próprias contas como aluguel, contas de água, luz, telefone e transporte?			
2) Faz depósitos ou saca dinheiro no banco?			
3) Administra adequadamente seu orçamento? (planeja como seu dinheiro vai ser gasto?)			
4) Recebe benefício do INSS?			
5) Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos?			
Comentários do entrevistador:			

○ ***TRANSPORTE***	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Tem carteira de motorista valida, ou seja, não vencida?			
2) Anda de ônibus, trem ou metrô?			
3) Na última vez que foi para um lugar desconhecido, você se informou com relação às indicações do trajeto?			
4) Leu o itinerário de ônibus na última vez que precisou de informações?			
5) Tem e usa seu próprio carro?			
Comentários do entrevistador:			

○ ***LAZER***	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Ocupa-se regularmente com um passatempo?			
2)Freqüenta alguma religião?			
3) Escreve cartas ou visita amigos ou parentes?			
4)Freqüenta cinemas ou teatros?			
5) Lê jornais, livros ou revistas?			
6) Vai a reuniões de associações de bairro, da igreja ou festas comemorativas? (ex: festa junina).			
7) Ouve rádio ou assiste televisão?			
8) Cuida do jardim ou quintal?			
9) Assiste atividades esportivas?			
1) Pratica alguma atividade esportiva como natação, futebol, etc?			
11) Joga cartas ou outros jogos de mesa?			

12) Você tem título de eleitor?			
Comentários do entrevistador:			
○ ***EMPREGO***	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
Nos últimos 3 dias, você...			
1) Lê classificados para procurar emprego?			
2) Contata empregadores potenciais para avaliar possíveis oportunidades de trabalho?			
3) Contata amigos e agências empregadoras para obter indicações de emprego?			
4) Participa de entrevistas de seleção para obter emprego?			
Comentários do entrevistador:			
○ ***MANUTENÇÃO DO TRABALHO***	**SIM**	**NÃO**	**N/A**
No seu emprego atual ou em seu último emprego você...			
1) Tem um bom relacionamento com seus colegas de trabalho?			
2) Tem um bom relacionamento com seus supervisores?			
3) Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço?			
Comentários do entrevistador:			

Cálculo para a pontuação da escala ILSS:

Pontuação por resposta:

Sim = 1

Não = 0

Não se aplica = 0

Para calcular nível de funcionamento por subescala:

$$\frac{\text{soma das respostas positivas de cada subescala}}{\text{quantidade de itens válidos de cada subescala}}$$

Para estabelecer a quantidade de itens válidos de cada subescala, devemos desconsiderar os itens não aplicáveis, por exemplo, em uma subescala de 12 itens, como a de lazer, se dois itens foram pontuados como não aplicáveis, esta subescala passa a ter 10 itens válidos.

Para calcular a pontuação total da escala:

$$\frac{\text{soma das respostas positivas da escala}}{\text{quantidade de itens válidos da escala}}$$

O cálculo vai resultar em um número que varia de -1, ou seja, a porcentagem de habilidade de vida independente global e para cada subescala. Quanto mais alto o valor, maior a habilidade.

Ainda usando o exemplo da subescala de lazer, vamos considerar que temos 1 itens válidos, 7 pontuados como sim e 3 como não, teremos o seguinte cálculo:

$$\frac{7}{1} = ,7 – 7\% \text{ de habilidade para a atividade de vida independente}$$

ANEXO C

Inventário De Habilidades De Vida Independente (ILSS-BR)

VERSÃO PARA O INFORMANTE (LIMA, BANDEIRA; GONÇALVEZ, 2003)

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses como, por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente. Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção, enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência de ocorrência deste comportamento, em particular durante o último mês. Cada item escolhido será marcado no questionário pelo entrevistador.

Nome da pessoa que está sendo avaliada _____

Nome da pessoa entrevistada _____

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

Data _____

Escala: Frequência da ocorrência do comportamento

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

0_____1_____2_____3_____4

nunca *algumas vezes* *com frequência* *na maioria das vezes* *sempre*

I- Alimentação

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

II. Cuidados Pessoais

1. Toma banho usando sabonete todos os dias	0	1	2	3	4
2. Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana	0	1	2	3	4
3. Usa desodorante diariamente	0	1	2	3	4
4. Escova ou penteia os cabelos diariamente	0	1	2	3	4
5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada	0	1	2	3	4
6. Providencia o corte ou o penteado dos cabelos quando necessário	0	1	2	3	4
7. Escova os dentes ou dentadura ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia	0	1	2	3	4
8. Despe-se em horas e locais apropriados	0	1	2	3	4
9. Veste-se em horas e locais apropriados	0	1	2	3	4

1. Conserva-se limpo (a) e arrumado (a) o dia todo	0	1	2	3	4
11. Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas	0	1	2	3	4
12. Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais	0	1	2	3	4
13. Quebra a etiqueta social em geral (por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar)	0	1	2	3	4

III. Atividades domésticas

1. Arruma sua cama diariamente	0	1	2	3	4
2. Mantém o quarto ou espaço individual limpo	0	1	2	3	4
3. Troca a roupa de cama sempre que necessário	0	1	2	3	4
4. Recolhe objetos que caem no chão	0	1	2	3	4
5. Limpa líquidos derramados	0	1	2	3	4
6. Se ocupa da arrumação de sua moradia quando necessário	0	1	2	3	4
7. Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas	0	1	2	3	4
8. Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar	0	1	2	3	4
9. Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa	0	1	2	3	4
1. Coloca as roupas para secar	0	1	2	3	4
11. Guarda as roupas limpas	0	1	2	3	4
12. Dobra e/ou pendura as roupas	0	1	2	3	4

IV. Preparo e armazenamento dos alimentos

1. Prepara refeições simples que não precisem ser misturadas ou	0	1	2	3	4

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

V. Saúde

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

VI- Administração do dinheiro

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

VII. Transporte

1- Anda de ônibus	0	1	2	3	4
2- Lê itinerários de ônibus	0	1	2	3	4
3- Vai a pé a locais da vizinhança	0	1	2	3	4
4- Respeita as normas para pedestres	0	1	2	3	4
5- Informa-se e segue as indicações de um trajeto	0	1	2	3	4
6- Faz viagens de longa distância (de ônibus, trem ou avião)	0	1	2	3	4

7- Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões	0	1	2	3	4

VIII. Lazer

1- Ocupa-se regularmente com um passatempo	0	1	2	3	4
2- Passeia fora de seu local de residência	0	1	2	3	4
3- Cuida do jardim ou quintal	0	1	2	3	4
4- Ouve rádio ou vê televisão	0	1	2	3	4
5- Escreve cartas	0	1	2	3	4
6- Assiste atividades esportivas	0	1	2	3	4
7- Joga cartas ou outros jogos de mesa	0	1	2	3	4
8- Lê jornais habitualmente	0	1	2	3	4
9. Vai a reuniões de organizações cívicas ou outras	0	1	2	3	4

IX. Emprego

1- Procura emprego através de anúncios classificados	0	1	2	3	4
2- Contata empregadores em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho	0	1	2	3	4
3- Contata amigos/outros pacientes/assistente social/agência para indicações de empregos	0	1	2	3	4
4- Participa de entrevistas de seleção para obter emprego	0	1	2	3	4
5- Tem aspirações realísticas de emprego	0	1	2	3	4
6- Sai na hora certa para os compromissos	0	1	2	3	4
7- Sai na hora certa para o emprego	0	1	2	3	4
8- Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço	0	1	2	3	4

Cálculo para pontuação da escala(LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 213)**:**

Correção dos resultados: Na correção dos resultados, para se avaliar o nível de funcionamento dos pacientes em relação às nove áreas de habilidades da vida cotidiana independente, calcula-se o escore médio das respostas obtidas em cada uma das nove subescalas do ILSS-BR. Esta média, que pode variar de 0 a 4, indicará um nível mais elevado de habilidades de vida independente quanto mais próxima ela estiver do valor máximo 4.

O nível de funcionamento global dos pacientes nas habilidades da vida cotidiana pode ser estimado, calculando-se a média das respostas obtidas nos 84 itens que compõem a escala ILSS-BR.

Antes de se calcular a média dos escores de cada subescala e a média global, é necessário **inverter os escores de alguns itens** cujo sentido difere dos demais itens da escala, de modo que todos os escores da escala possam ser indicativos de maior independência dos sujeitos, quanto maior o escore médio for próximo de 4. Os escores a serem invertidos se referem aos seguintes itens: os itens 5 e 8 da subescala Alimentação; o item 13 da subescala de Cuidados Pessoais e o item 8 da escala de Saúde (todos com destaque de cor na escala). Nas demais subescalas, não há ítens a serem invertidos.

Para inverter o escore obtido em um determinado item do questionário, basta inverter o valor da escala de 0 a 4. Assim, se o paciente recebeu o escore 0 em um dos itens a serem invertidos, seu escore deverá ser invertido para o extremo oposto da escala, recebendo portanto o valor 4. Caso o paciente tenha obtido o escore 1, este resultado seria invertido para o valor 3. No caso do paciente ter obtido o escore 2, ele permanece com este valor, pois trata-se de um valor mediano.

Por outro lado, se o paciente recebeu o escore 4 em um item que precisa ser invertido, deve-se inverter seu resultado para o extremo oposto da escala, ou seja, 0. Caso ele tenha recebido o escore 3, inverte-se seu resultado para o valor 1.

ANEXO D

Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10)
Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F-F99)

F0-F9 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F* Demência na doença de Alzheimer

F1 Demência vascular

F2* Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F3 Demência não especificada

F4 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F5 Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F6 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física

F7 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

F9 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos

F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis

F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F20 Esquizofrenia

F21 Transtorno esquizotípico

F22 Transtornos delirantes persistentes

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

F24 Transtorno delirante induzido

F25 Transtornos esquizoafetivos

F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

F29 Psicose não-orgânica não especificada

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

F30 Episódio maníaco

F31 Transtorno afetivo bipolar

F32 Episódios depressivos

F33 Transtorno depressivo recorrente

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

F38 Outros transtornos do humor [afetivos]

F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

F40 Transtornos fóbico-ansiosos

F41 Outros transtornos ansiosos

F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

F44 Transtornos dissociativos [de conversão]

F45 Transtornos somatoformes

F48 Outros transtornos neuróticos

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F5 Transtornos da alimentação

F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte

F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte

F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F60 Transtornos específicos da personalidade

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F64 Transtornos da identidade sexual

F65 Transtornos da preferência sexual

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F8-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F8 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 Transtornos hipercinéticos

F91 Distúrbios de conduta

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

F95 Tiques

F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

F99 Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental não especificado em outra parte