Wagner Yoshizaki Oda

**Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira:
estudo de um questionário para usuários de Centros de Atenção
Psicossocial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

(Versão corrigida Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2019**

Wagner Yoshizaki Oda

**Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira:
estudo de um questionário para usuários de Centros de Atenção
Psicossocial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

(Versão corrigida Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Oda, Wagner Yoshizaki
Condições de moradia no contexto da reforma
psiquiátrica brasileira : estudo de um questionário
para usuários de Centros de Atenção Psicossocial /
Wagner Yoshizaki Oda. -- São Paulo, 2019.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: Juarez Pereira Furtado.

Descritores: 1.Desinstitucionalização 2.Saúde
mental 3.Reabilitação psiquiátrica 4.Habitação
5.Reprodutibilidade dos testes 6.Inquéritos e
questionários

USP/FM/DBD-088/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Ao meu filho Lorenzo pelo sorriso
que me motiva a seguir em frente.

Em memória de José Fabiano, meu
primeiro parceiro de aventuras pelo
mundo da saúde mental, com quem
muito aprendi.

Aos que no seu dia-a-dia se dedicam
à construção de uma sociedade mais
justa, igualitária e sem manicômios.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado pela dedicação e paciência com que me acompanhou na condução deste processo, mas acima de tudo por contribuir decisivamente para minha formação enquanto pesquisador ao gentilmente me conduzir pelos caminhos por vezes tortuosos que conformam o campo acadêmico.

À Profa. Dra. Cláudia Barros pela enorme generosidade e que de maneira fundamental contribuiu em todas as etapas deste trabalho, da concepção à conclusão, muito obrigado!

Aos professores do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP que foram fundamentais para minha formação em Saúde Coletiva, e em especial ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes pelas contribuições durante o exame de qualificação.

À Lilian e Goretti pela disponibilidade, pelas orientações e informações ao longo do curso.

Ao Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita e Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreolli pela participação e pelas contribuições durante a banca de qualificação.

Aos professores e pesquisadores Eliana Chaves Ferretti, Ricardo Padovani, Tereza Rosa, Paula Montagner, Felipe Granado e Fábio Montesano que gentilmente contribuíram em algum momento deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santos e em especial aos chefes de seção, trabalhadores e usuários dos cinco CAPS III do município de Santos por terem permitido o acesso aos serviços e contribuído ativamente durante a fase de coleta de dados.

Aos amigos e companheiros do Laboratório de avaliação em saúde que tornaram este processo muito mais agradável: Patrícia, Max, Igor, Elis e Adriana, e aos que por algum momento da minha trajetória lá estiveram ou de alguma forma se aproximaram: Amanda, Lígia, Débora, Carol, Vilma, Márcio, César e Aline.

À UNIFESP pelo incentivo por meio de autorização para afastamento para conclusão deste trabalho.

Aos professores, secretária e alunos do curso de Terapia Ocupacional da UNIFESP e aos professores, tutores, preceptores e alunos do programa de Residência Multiprofissional em Redes de Atenção Psicossocial pelo incentivo, apoio e compreensão durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas de UNIFESP, em especial Renata, Gabriela, Heloise, Zilmara, Gabriela, Sumyre, Roberta, Fabrício, Marcella, Eduardo, Ana, Késia, Giane e Camila.

À Patrícia Huber pelo suporte durante esta e outras jornadas.

Aos que através da amizade contribuíram para que a vida pudesse ser um pouco mais alegre hoje e durante minhas passagens por Jundiaí, São Carlos, Santos, São Bernardo do Campo e São Paulo, em especial aos de longa data Wilton, Illenia, Marcos, Luiz, Tania, Zanatta, Máisa e Lise.

Aos meus pais e a meu irmão pelo incentivo e efetivo apoio durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu filho Lorenzo e sua mãe Renata pela paciência, compreensão e motivação durante este período.

*No teu poema
Existe um verso em branco e sem medida
Um corpo que respira, um céu aberto
Janela debruçada para a vida*

*No teu poema
Existe a dor calada lá no fundo
O passo da coragem em casa escura
E, aberta, uma varanda para o mundo.*

*Existe a noite
O riso e a voz refeita à luz do dia
A festa da Senhora da Agonia
E o cansaço
Do corpo que adormece em cama fria.*

*Existe um rio
A sina de quem nasce fraco ou forte
O risco, a raiva e a luta de quem cai
Ou que resiste
Que vence ou adormece antes da morte.*

*No teu poema
Existe o grito e o eco da metralha
A dor que sei de cor mas não recito
E os sonos inquietos de quem falha.*

*No teu poema
Existe um cantochão alentejano
A rua e o pregão de uma varina
E um barco assoprado a todo o pano*

*Existe um rio
O canto em vozes juntas, vozes certas
Canção de uma só letra
E um só destino a embarcar
No cais da nova nau das descobertas*

*No teu poema
Existe a esperança acesa atrás do muro
Existe tudo o mais que ainda escapa
E um verso em branco à espera de futuro.*

José Luís Tinoco

Normalização Adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Siglas

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVO	7
CAPÍTULO 1 – Em mais quantidade e de outras maneiras: análise de moradias para pessoas com TMG no Brasil.....	8
1.1 Métodos	11
1.2 Resultados e Discussão.....	13
CAPÍTULO 2 – Condições de moradia e inserção social de pessoas com TMG no Brasil: estudo de um questionário	30
2.1 O que é inserção social?.....	30
2.2 Interfaces entre inserção social e moradia: apresentando o nosso modelo.....	35
2.3 Buscando medir a inserção social	37
2.4 Retomando instrumento dirigido às condições de moradia de pessoas com TMG no Brasil	40
2.5 Estudo de confiabilidade do instrumento.....	41
2.6 Métodos	45
2.6.1 Local do estudo.....	45
2.6.2 Participantes.....	46
2.6.3 Coleta de dados.....	47
2.6.4 Dimensões e itens analisados.....	48
2.6.5 Análise dos dados	50
2.6.5.1 Análises descritivas	50
2.6.5.2 Estudo de confiabilidade	51
2.6.6 Aspectos éticos	53
2.7 Resultados.....	54

2.7.1 Características dos participantes e das moradias	54
2.7.2 Análise descritiva das variáveis relacionadas à inserção social	56
2.7.3 Estudo de confiabilidade.....	65
2.8 Discussão	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
ANEXOS	84
REFERÊNCIAS	96

Lista de Siglas

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIM	<i>Community Integration Measure</i>
CTI	<i>Critical Time Intervention</i>
DP	Desvio Padrão
HD	Hospitalidade Diurna
HIC	<i>High Income Country</i>
LMIC	<i>Low and Middle Income Countries</i>
MS	Ministério da Saúde do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVC	Programa de Volta para Casa
PSE	<i>Poverty and Social Exclusion Survey</i>
SENAPS	Seção Núcleo de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCOPE	<i>Social and Community Opportunities Profile</i>
SInQUE	<i>Social Inclusion Questionnaire User Experience</i>
SIS	<i>Social Inclusion Scale</i>
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TMG	Transtorno Mental Grave
UA	Unidade de Acolhimento
USP	Universidade de São Paulo

Lista de Figuras

Figura 1 – Distribuição dos artigos por ano de publicação	16
Figura 2 - Gráfico de redes de co-autoria	21

Lista de Quadros

Quadro 1 – Composição do questionário	41
Quadro 2 - Bairros atendidos por cada CAPS III do município de Santos – 2018	46
Quadro 3 - Dimensões estudadas e os itens correspondentes.....	48

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Artigos analisados.....	13
Tabela 2 – Autores com pelo menos três publicações.....	20
Tabela 3 – Distribuição dos artigos por tipos de estudo, Sujeitos e fontes de informação e categorias analíticas	23
Tabela 4 – Autores, número de citações e número de artigos em que foram citados...	25
Tabela 5 – Distribuição dos entrevistados conforme serviço e regime de tratamento – Santos – 2018	47
Tabela 6 – Frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas – Santos 2018	54
Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas da caracterização dos imóveis habitados - Santos – 2018.....	56
Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à inserção social - Santos – 2018.....	59
Tabela 9 - Coeficientes Kappa para cada item analisado, com os intervalos de confiança e interpretações	65
Tabela 10 - Coeficiente KR20 para as dimensões convivência dos tipos família/núcleo habitacional, amigos/vizinhos, inserção no serviço e situação de trabalho	68
Tabela 11 - Alfa de Cronbach para os itens referentes ao morar	69

Resumo

Oda WY. *Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: estudo de um questionário para usuários de Centros de Atenção Psicossocial* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Compreender como moram e se inserem socialmente os milhares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial pode contribuir para a ampliação qualitativa e quantitativa da oferta, por meio de políticas públicas, de alternativas de moradia para pessoas com Transtornos Mentais Graves. Nesse sentido, apresentamos dois estudos articulados: revisão bibliográfica e bibliometria somada à retomada e subsídios à qualificação de instrumento voltado às condições de moradia e inserção social de usuários de CAPS. Por meio da revisão, feita nas bases de dados *Scopus* e *Lilacs*, e considerando o período entre os anos 2000 e 2017, identificamos que os estudos raramente extrapolam os Serviços Residenciais Terapêuticos, negligenciando as diferentes necessidades de moradias de pessoas com TMG e apresentando desenhos metodológicos pouco variados e referenciais teóricos predominantemente oriundos de textos seminais que embasaram o início da reforma psiquiátrica brasileira. Por sua vez, a qualificação de um instrumento poderá criar condições para conhecer de forma detalhada e em escala ampliada como efetivamente essa clientela equaciona questões de moradias. Para isso retomamos questionário sobre as condições de moradia e inserção social de usuários de CAPS, desenvolvido por pesquisadores brasileiros, e realizamos um estudo sobre sua confiabilidade. Este estudo se deu a partir da verificação da estabilidade temporal e consistência interna dos itens correspondentes às dimensões que compõe o conceito de inserção social: convívio, suporte, morar e habitar. Participaram deste estudo 46 usuários de CAPS III do município de Santos, entrevistados entre agosto e outubro de 2018, sendo que 24 participaram da técnica teste-reteste. A estabilidade temporal foi analisada por meio dos coeficientes Kappa de Cohen e Kappa ponderado, enquanto a consistência interna foi analisada por meio dos coeficientes KR20 e alfa de Cronbach. Os itens apresentaram valores de Kappa e Kappa ponderado que variaram de 0,37 a 1, os valores do coeficiente KR20 variaram de 0,67 a 0,96 e o alfa de Cronbach foi de 0,85 para a dimensão morar. Consideramos como fatores limitantes: a possibilidade de não termos abrangido a totalidade de publicações existentes, na análise sobre a produção teórica, bem como o reduzido número de participantes do estudo de confiabilidade.

Concluimos que o tema moradia para pessoas com TMG carece de ampliação em quantidade e formas de investigações, que utilizem novas abordagens teóricas e metodológicas. O questionário proposto para o estudo de condições de moradia apresentou boa confiabilidade para maioria dos itens analisados, porém não foi suficiente para abordar todas as dimensões que compõem o conceito inserção social. Além disso, outros aspectos do referido instrumento precisam ser analisados e a reformulação de alguns itens poderia contribuir para resultados com maior precisão.

Descritores: desinstitucionalização; saúde mental; reabilitação psiquiátrica; habitação; reprodutibilidade dos testes; inquéritos e questionários.

Abstract

Oda WY. *Housing conditions in Brazilian psychiatric reform's context: studying a questionnaire for Psychosocial Care Centers' clients* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

Understanding how thousands of Psychosocial Care Centers' (CAPS) clients live and socialize can contribute to the qualitative and quantitative expansion of the offer, through public policies, of housing alternatives for people with Serious Mental Disorders. In this sense, we present two articulated studies: bibliographical review and bibliometrics analysis added to the qualification of an instrument focused on housing conditions and social insertion of CAPS clients. By reviewing the *Scopus* and *Lilacs* databases from the period 2000 and 2017, we identified that the studies rarely extrapolate the Therapeutic Residential Services, neglecting the different housing needs of people with SMD, and presenting slightly different methodological designs and theoretical references predominantly from seminal texts that underpinned the beginning of the Brazilian psychiatric reform. In turn, the qualification of an instrument may create conditions to know in detail and in an enlarged scale how effectively these clientele equates housing issues. For this, we retrieve a questionnaire about the conditions of housing and social insertion of CAPS users, developed by Brazilian researchers and carried out a study about its reliability. This study was based on the verification of the temporal stability and internal consistency of the items corresponding to the dimensions that make up the concept of social insertion: socializing, support, living and dwelling. Participants of this study were 46 CAPS III users from the city of Santos, interviewed between August and October 2018, of whom 24 participated in the test-retest method. The temporal stability was analyzed using the Cohen's Kappa coefficient and weighted Kappa coefficient, while the internal consistency was analyzed using the KR20 and Cronbach alpha coefficients. The items presented weighted Kappa and Kappa values ranging from 0.37 to 1, values of the KR20 coefficient varied from 0.67 to 0.96 and the Cronbach's alpha was 0.85 for the living dimension. We considered as limiting factors: the possibility of not including all the existing publications on the theoretical production analysis, and the reduced number of participants in the reliability study. We conclude that the housing issue for people with SMD needs to be expanded in quantity and forms of research, using new theoretical and methodological approaches. The questionnaire proposed for the study of housing conditions presented

good reliability for most of the items analyzed, but it was not enough to address all the dimensions that make up the concept of social insertion. In addition, other aspects of the instrument need to be analyzed and reformulation of some items could contribute to results more accurately.

Descriptors: deinstitutionalization; mental health; psychiatric rehabilitation; housing; reproducibility of results; surveys and questionnaires.

INTRODUÇÃO

Para parte considerável da população, morar em uma casa como as que estão presentes nas revistas de decoração, bem localizadas, próximas ao local de trabalho, aos centros comerciais e aos parques públicos constitui verdadeiro “sonho de consumo”. Porém, por muitas vezes é preciso se contentar com escolhas restritas a domicílios nem sempre tão bem localizados, constituídos por móveis e objetos de decoração mais simples, mas que ainda assim proporcionam um ambiente aconchegante, acolhendo um dia cansativo de trabalho e proporcionando sensação de conforto ao sentar-se no sofá e escolher qual programa assistir no aparelho de televisão.

No entanto, para uma parcela da população, composta por milhares de pessoas com transtornos mentais graves (TMG), o modo como são constituídas e localizadas suas moradias pode significar a diferença que separa uma vida reclusa e exclusiva, de alguma possibilidade de inserção social. Muitas pessoas nessa condição, por terem perdido seus vínculos afetivos e por não possuírem suporte social, ainda vivem na condição de moradores de hospitais psiquiátricos¹⁻³. Para outros, que vivem com seus familiares, sozinhos, em albergues ou nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) decidir sobre como gostariam que estivessem dispostos móveis e outros objetos que constituem a moradia, sobre a própria rotina, sobre o que comer, quando comer, para onde ir, quando ir, não é algo trivial^{4,5}.

Desta forma, temos por um lado, um contingente de pessoas que aguardam pela urgente ampliação numérica dos SRT para que possam deixar a condição de moradores dos ainda existentes hospitais psiquiátricos, e por outros milhares de pessoas acompanhadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que moram de maneiras

diversas e que não contam com nenhuma política pública específica que possa dar conta de suas necessidades de suporte a moradia.

É neste contexto que se insere o presente trabalho. Partimos da necessidade de ampliação de ofertas de moradia, tanto numericamente quanto qualitativamente, para que a almejada inserção social de pessoas com TMG possa se dar nas diversas formas e cenários possíveis. Para que isso seja possível, entendemos que conhecer de forma ao mesmo tempo ampliada em escala e aprofundada em dados e informações sobre como estas pessoas vêm efetivamente equacionando questões relacionadas à essa dimensão de suas vidas, constitui importante passo para que esse processo seja qualificado, ao fornecer subsídios para a reflexão e o desenvolvimento das políticas públicas existentes nessa direção e mesmo o surgimento de novas iniciativas que respondam a essa demanda.

Em um primeiro momento, propusemo-nos a compreender como o campo científico vem lidando com a temática, analisando quem são os atores que vêm se debruçando sobre o assunto, quais os aspectos privilegiados e desenhos metodológicos empregados, como as moradias vêm sendo analisadas e quais os referenciais teóricos que têm servido de apoio ao debate. Para isso, utilizamos um caminho metodológico que começou a se delinear a partir de experiências anteriores, quando pudemos contribuir para um estudo acerca das concepções de território na saúde mental⁶ e para a análise das relações entre planejamento e a avaliação em saúde⁷, com o uso de revisão bibliográfica e estudo bibliométrico para o desenvolvimento de uma análise crítica sobre os temas.

Em seguida, a partir da busca por instrumentos de pesquisa que fossem capazes de captar informações a respeito de como moram e como se inserem socialmente as pessoas com TMG, retomamos um questionário desenvolvido por Furtado *et al.*⁸,

voltado às condições de moradia de usuários de CAPS, o qual teve como ponto de partida um extenso estudo, anteriormente realizado, sobre a inserção social e habitação de pessoas com TMG⁵. Porém, pelo fato de ainda não existirem publicações que tenham feito uso deste instrumento, entendemos como necessário verificarmos alguns aspectos referentes à sua qualidade. Assim, como exercício de nossa formação como pesquisador e de modo a subsidiar a retomada deste questionário, constitui-se como objetivo desta investigação a realização de um estudo acerca das propriedades métricas do instrumento, através da análise de sua confiabilidade.

Os procedimentos metodológicos adotados no estudo de confiabilidade, exigiram a imersão em um campo da ciência que até o início do estudo era pouco conhecido de nossa parte, ou seja, para que pudéssemos dar conta da tarefa a que nos propusemos, foi preciso caminhar na direção de um novo *habitus*, na acepção *bourdieusiana* da palavra, condizente com o “universo” das pesquisas quantitativas. Desta forma, para nos apropriarmos das ferramentas metodológicas necessárias, foi preciso agregar nova formação que pudesse subsidiar nossa entrada neste “novo” modo de produzir conhecimento, buscado por meio das disciplinas ofertadas pelo programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da FMUSP: “Aspectos filosóficos do conhecimento em saúde”, “Análise quantitativa em saúde”, “Epidemiologia nos serviços de saúde”, “Estudos epidemiológicos transversais” e “Seminários de epidemiologia”. Além disso, como outra forma de nos aprofundarmos neste processo, estabelecemos interlocuções com pesquisadores do campo epidemiológico, que, de forma generosa, acolheram nossas dúvidas e contribuíram para que pudéssemos escolher um melhor caminho possível para o desenvolvimento desta pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em Santos/SP, município pioneiro na desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos em nosso país. Neste, ocorreu a

primeira intervenção em um hospital psiquiátrico realizada em território nacional, no ano de 1989, com a consequente criação de uma rede de serviços substitutivos que serviram de inspiração para atual política de saúde mental⁹. As entrevistas para aplicação dos questionários foram realizadas entre os meses de agosto a outubro de 2018 e participaram usuários dos cinco serviços CAPS III do município.

Os resultados desta jornada, ao mesmo tempo de formação de um pesquisador e de produção de pesquisa, encontram-se descritos em dois capítulos. No primeiro, apresentamos uma análise aprofundada do estado da arte, do pensamento e das discussões, acerca das moradias para pessoas com TMG no Brasil, realizada a partir de uma revisão bibliográfica e estudo bibliométrico. Nele verificamos que a produção teórica apresenta certa limitação em relação a quantidade de artigos produzidos, temas abordados e estratégias metodológicas utilizadas, com estudos predominantemente descritivos e focados nos processos de trabalho e suporte presentes nos SRT, com categorias analíticas restritas e referenciais teóricos predominantemente oriundos de textos seminais que embasaram o início da reforma psiquiátrica brasileira. Essa constatação confirma o pressuposto que havíamos estabelecido de que o debate no campo acadêmico reflete, de certa forma, a restrição numérica e qualitativa de opções de moradia no plano das políticas públicas, e ressalta a importância do desenvolvimento de uma maior quantidade de pesquisas a respeito do tema, que façam uso de estratégias metodológicas, categorias analíticas e referenciais teóricos mais variados.

Em uma tentativa de contribuir para a ampliação das possibilidades metodológicas em estudos sobre moradia para pessoas com TMG e, por consequência, para a produção de mais informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas públicas, desenvolvemos no segundo capítulo a análise de um questionário voltado às condições de moradia e inserção social de usuários de CAPS. Neste capítulo,

desenvolvemos e adaptamos o constructo “inserção social” a partir da literatura existente sobre o tema no campo da saúde mental, em especial, no que diz respeito à produção nacional. Enfrentamos a imprecisão conceitual de *inserção social identificada nas publicações utilizadas* por meio da elaboração de um modelo teórico integrado pelas características em comum, presentes nas variadas definições e concepções encontradas, em sua maioria implícitas nos artigos. Este modelo serviu como base para o estudo do questionário, a partir do qual selecionamos as variáveis que corresponderiam às diferentes dimensões presentes no conceito e que foram analisadas quanto à sua confiabilidade em termos de estabilidade temporal e consistência interna. Assim, pudemos verificar que a maioria dos itens analisados possui boa confiabilidade, no que consiste à estabilidade e consistência interna das dimensões analisadas. Por fim, apontamos que a reformulação de alguns itens poderia trazer benefícios para que as respostas fornecidas se tornem mais precisas.

O desenvolvimento deste estudo trouxe como um primeiro impacto para a nossa formação, significativa ampliação do conhecimento a respeito de um tema que nos é bastante caro - as formas de cuidado às pessoas com TMG, em meio aberto, proporcionadas a partir da reforma psiquiátrica em curso no nosso país. Além disso, permitiu o aprimoramento de um modo de produzir reflexões, a partir da literatura já existente e com base em revisões, que vínhamos desenvolvendo junto ao orientador. Finalmente, mas não menos importante, proporcionou o contato e relativa apropriação de um novo universo metodológico.

Porém, podemos dizer que o percurso realizado ao longo da investigação, ultrapassou em muito essas questões estritamente técnicas, ao contribuir para nossa formação enquanto pesquisador, que entendemos ser mais ampla que o próprio desenvolvimento da pesquisa. Pudemos, ao entrarmos em contato com o chamado

campo acadêmico, adquirir novos *habitus* que ao seu modo contribuíram para a nossa formação global, ao sermos convidados, em diferentes momentos, a nos desconstruirmos e reconstruirmos, diante dos desafios constituídos. Consideramos, como um dos maiores aprendizados, aquele que se deu com base nos contatos com diferentes pesquisadores e colegas em formação ao longo da pesquisa, indicando que o campo da ciência não precisa ser constituído apenas pela dureza individualista e busca pela produtividade, mas pode também ser solidário e generoso.

OBJETIVO

Objetivo Geral

Subsidiar o aperfeiçoamento de instrumento dirigido às condições de moradias de pessoas com TMG

Objetivos Específicos

- Analisar o debate atual sobre moradias para pessoas com TMG no Brasil
- Estudar a confiabilidade de questionário dirigido às condições de moradia de pessoas com TMG
- Analisar a distribuição das respostas das variáveis
- Verificar a estabilidade temporal do questionário
- Verificar a consistência interna de itens que conformam as dimensões referentes ao convívio, suporte e morar.

CAPITULO 1

Em mais quantidade e de outras maneiras: análise de moradias para pessoas com TMG no Brasil

Para Bachelard¹⁰, a casa separa o espaço privado do espaço público, integrando pensamentos, lembranças e sonhos às funções de abrigo e proteção. A casa pode também ser considerada ponto a partir do qual se estabelece o relacionamento com o mundo e com os outros, com o material e o imaterial¹¹, sendo que a expressão *morar* diz respeito aos aspectos estruturais e objetivos da residência e *habitar* àqueles da apropriação subjetiva desse mesmo espaço¹².

Diferentes estudos têm apontado a moradia como importante fator para o alcance de bom nível de saúde em geral¹³⁻¹⁵, sendo que condições degradadas influenciam negativamente o processo saúde-doença^{16,17}, enquanto melhorias na estrutura física e vizinhança agem positivamente na autopercepção desse mesmo processo¹⁸. Juntamente com o trabalho e trocas sociais, o morar constitui terceiro eixo dos fundamentos da reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental grave (TMG)¹⁹. A inserção em moradia na comunidade, além de reduzir as chances de que pessoas com problemas mentais vivam em situação de rua²⁰, favorece aspectos ligados à autonomia nas funções cotidianas, aumento de relações sociais significativas e maior satisfação dessas pessoas em relação ao tratamento ofertado²¹.

A garantia de moradia para pessoas com transtornos mentais graves constitui desafio para os países que implementaram processos de desinstitucionalização psiquiátrica nas últimas décadas²². Nos Estados Unidos, Inglaterra, França e Canadá, as alternativas de moradia para pessoas com longo tempo de internação foram propostas nos anos 1950 e 1960²³. Ações pioneiras, nesse sentido, surgiram na forma de pensões,

casas de repouso ou casas de cuidados especiais, tendo em comum o fato de constituírem grandes instalações com pouca ou nenhuma oferta de apoio²⁴. Experiências mais recentes, em alguns desses países citados, definiram modelos com diferentes níveis de suporte como respostas mais adequadas às necessidades das pessoas com TMG, evitando reinternações e tentativas de suicídio²⁵. Dessa forma, ampla gama de modelos de moradia foi estabelecida, combinando distintamente aspectos como o tempo em que os pacientes podem permanecer residindo, nível de funcionalidade dos moradores, oferta ou não de tratamento, compartilhamento ou não das acomodações, residências espalhadas pela cidade ou agrupadas em dado local, dentre outros²⁶. O aperfeiçoamento dos tipos de apoio à moradia para essa clientela tem se baseado na modulação entre tratamento e moradia²⁷, observando a intensidade dos serviços de reabilitação oferecidos e buscando horizonte de progressão dos moradores para ambientes menos restritivos e até com plena separação entre o local de moradia e aqueles destinados ao tratamento, nesse último caso inspirados no chamado *Recovery*²⁸.

No Brasil, a partir dos anos 1990, houve significativa transformação no modelo assistencial, com redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e criação de redes de serviço substitutivos²⁹. Nesse contexto, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), constituíram iniciativa voltada às pessoas internadas por longos períodos, os chamados crônicos ou moradores de hospital. Inspirados em experiências nacionais desenvolvidas na década de 1990³⁰⁻³², os SRT foram implementados no Sistema Único de Saúde, no ano 2000, constituindo-se como casas inseridas em meio comunitário, para responder ao conjunto de necessidades decorrentes da saída dos hospitais, sobretudo garantia de moradia, recomposição de rede social e suporte psicossocial³³. Dezoito anos depois da publicação da portaria ministerial que regulamentou os SRT³⁴, praticamente a única alternativa amplamente implantada no país, a quantidade dos mesmos ainda não

contemplou a demanda. Considerando os 26.754 leitos em hospitais psiquiátricos³⁵ e a estimativa do Ministério da Saúde de que 30% destes são de longa permanência³⁶, haveria aproximadamente 8 mil pessoas aguardando alternativas para deixar a internação psiquiátrica, implicando na necessidade de mais de mil novos SRT e/ou outras modalidades de apoio à moradia para essa clientela.

O leque de possibilidades de moradia presente nos países centrais citados contrasta com a escassez de opções para a mesma clientela no Brasil. Além dos internos de longa duração, foco dos SRT, há que se considerar a demanda de pessoas com TMG atendidas pelos outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Parte dessa clientela mora de variadas maneiras⁵, evidenciando por meio de suas trajetórias (que incluem experiências criativas e outras dramáticas como a situação de rua), a premente necessidade de ampliação não só quantitativa, mas também qualitativa das formas de apoio à moradia. Por isso, vem somar-se à indubitável carência de novos SRT, a necessidade de ampliação das opções de moradia a distintas clientelas.

Experiências pontuais de alternativas de moradia, próximas ao modelo *Housing First*^{37,38}, surgiram no âmbito da Saúde Mental e da Assistência Social a partir de 2011, voltadas à moradia estável e não condicionada à adesão a qualquer tipo de tratamento. Intervenções dessa natureza, nomeadas “De braços Abertos”³⁹ em São Paulo e “Atitude”⁴⁰ em Pernambuco, focalizaram pessoas em uso prejudicial de drogas e não necessariamente com TMG. Outras iniciativas similares de moradia apoiada foram implantadas em outras capitais brasileiras e no Distrito Federal. Ainda em relação às pessoas em uso abusivo de drogas, a Unidade de Acolhimento (UA), criada em 2012, constituiu proposta de acolhimento terapêutico e protetivo transitório para usuários de drogas acompanhados pelos CAPS⁴¹. A UA se aproxima do modelo de moradia assistida, com 69 unidades em funcionamento em todo o Brasil⁴².

Nesse contexto, parece-nos pertinente analisar, de maneira sistemática, como a moradia, um dos pilares que assegura efetiva reinserção e permanência de pessoas com TMG na comunidade¹⁹, vem sendo abordada e discutida, no âmbito da reforma da assistência em Saúde Mental no Brasil. Para isso, abordaremos a produção científica nacional sobre o tema por meio de revisão bibliográfica, estudo bibliométrico das autorias e co-autorias e identificação dos principais referenciais teóricos utilizados. Concomitantemente, identificaremos o debate atual nas publicações dos chamados países centrais sobre o tema da moradia e inserção social de pessoas com TMG, buscando elementos que possam contribuir à análise que ora propomos. Constitui pressuposto desse estudo que à estagnação numérica e qualitativa de intervenções dirigidas às moradias de pessoas com TMG no Brasil, no período abordado, corresponderia certa restrição, no plano teórico, que apresenta pequeno número de referenciais teóricos e de categorias para abordar a questão, apresentando raras discussões sobre alternativas aos SRTs para ampliação de propostas às diferentes necessidades de moradias de pessoas com TMG.

1.1 - Método

Levantamos artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases *Scopus* e *Lilacs*, escolhidas por constituírem a maior cobertura de resumo, citações e textos completos na literatura científica internacional e nacional⁴³ e a principal base de dados bibliográficos em Ciências da Saúde na América Latina e Caribe⁴⁴, respectivamente. Definimos o período compreendido entre o ano 2000, de lançamento da portaria GM/MS nº 106/00, que criou os SRT, e o ano de 2017, para a literatura nacional, e o período entre 2013 a 2017 para a produção internacional, visando

identificar o debate mais recente em outros países. As publicações foram localizadas por meio das palavras “residência”, “moradia”, “habitação”, “casa” e “lar” associadas às palavras “saúde mental”, “desinstitucionalização”, “esquizofrenia”, “transtorno bipolar” e “transtornos mentais”. Para a busca na base *Scopus* foram utilizados os mesmos termos correspondentes na língua inglesa.

Os artigos foram levantados de maneira independente por dois pesquisadores distintos. A seleção se deu por meio de leitura do título e resumo, sendo excluídas publicações duplicadas ou que não diziam respeito ao tema de interesse. As duas listas foram confrontadas e dissensos superados por meio de discussão com um terceiro pesquisador que acompanhou o processo. As 58 publicações nacionais e as 22 internacionais selecionadas foram lidas na íntegra. A extração de dados dos artigos foi realizada por um pesquisador e revisada por outro, utilizando tabela com informações de interesse: autor, ano de publicação, local de realização do estudo, temas abordados, estratégias metodológicas, sujeitos de pesquisa, categorias analíticas utilizadas, referenciais bibliográficos e principais conclusões. Por meio de estudo bibliométrico, analisamos as autorias dos artigos nacionais, mediante contagem de trabalhos publicados por cada autor e das relações de coautoria estabelecidas entre autores com ao menos três estudos sobre o tema. Também foi realizada análise de citação, por meio da frequência com que os diferentes autores apareceram nos referenciais teóricos das obras analisadas. Devido ao volume de dados, foram considerados nesta análise somente os autores presentes em pelo menos 10% das publicações⁴⁵.

Consideramos como principal limitação deste estudo a possibilidade de que alguns artigos de interesse não tenham sido localizados em razão das palavras eleitas para a busca ou por não estarem indexados nas bases utilizadas.

1.2 - Resultados e discussão

- Sobre as temáticas de análise privilegiadas

Foram encontradas 58 publicações nacionais, variando sua distribuição entre uma e oito por ano (com exceção de 2003 quando nenhum estudo foi publicado), em periódicos relacionados à Saúde Coletiva, com 18 publicações nesta área de conhecimento, destacando-se a revista *Ciência & Saúde Coletiva* com oito artigos; relativos à área da Enfermagem com 16 publicações, com destaque à revista *Texto & Contexto Enfermagem* com quatro artigos e finalmente à área de Psicologia com 13 publicações, com destaque à revista *Psicologia & Sociedade* com quatro artigos. Foram encontrados artigos em menor número (entre um e três) em revistas das áreas de Terapia Ocupacional, Psicopatologia, Psiquiatria, Arquitetura e Crescimento e Desenvolvimento Humano (Tabela 1).

Tabela 1 – Artigos analisados

	Autores	Título Abreviado	Ano	Periódico
1	Silva PRF et al. ⁴⁶	Desinstitucionalização de pacientes de longa...	2017	
2	Fagundes Júnior H.M et al. ¹	Reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro	2016	
3	Jardim VMR et al. ⁴⁷	Limitações de comportamento social entre...	2015	
4	Argiles CTL et al. ⁴⁸	Redes de sociabilidade	2013	Cienc Saude Coletiva
5	Furtado JP et al. ⁴⁹	Modos de morar de pessoas com TMG no Brasil	2013	
6	Silveira MFA, Santos Junior HPO ⁵⁰	Que eles falem por si	2011	
7	Amorim AKDMA, Dimenstein M. ⁵¹	Desinstitucionalização em saúde mental e...	2009	
8	Furtado JP ³⁶	Avaliação da situação atual dos SRT no SUS	2006	

(continua)

Tabela 1 – Artigos analisados (continuação)

9	Lima SS, Brasil AS ⁵²	Do PVC à conquista da autonomia	2014	
10	Wachs F et al. ⁵³	Processos de subjetivação e territórios de vida	2010	Physis
11	Honorato CEM, Pinheiro R ⁵⁴	O trabalho do profissional de saúde mental...	2008	
12	Furtado JP ⁵⁵	Subsídios para a diversificação de moradias...	2013	
13	Furtado JP et al. ⁵⁶	Inserção social e habitação	2010	Interface
14	Romagnoli RC et al. ⁵⁷	Por uma clínica da resistência	2009	
15	Ribeiro Neto PM, Avellar LZ ⁵⁸	Identidade social e desinstitucionalização	2015	Saude Soc
16	Suiyama RCB et al. ⁵⁹	SRT em saúde mental	2007	
17	Bastos LC, Aguiar MGG ⁶⁰	Vivências de moradores de RT de Feira de Santana, Bahia	2011	Rev Baiana Saúde Pública
18	Barros RB, Josephson S ⁶¹	Lares abrigados	2001	Saúde Debate
19	Almeida Filho AJA et al. ⁶²	Reab. Psicossoc. em moradias assistidas no...	2016	
20	Martins GCS et al. ⁶³	O processo de implantação de RT em Volta...	2012	Texto Contexto Enferm
21	Belini MG, Hirdes A ⁶⁴	Projeto morada São Pedro	2006	
22	Pereira VP, Borenstein MS ⁶⁵	Iluminando as vivências de mulheres portadoras...	2004	
23	Santos Junior, HPO et al. ⁶⁶	Residências terapêuticas	2010	
24	Macedo JQ, Silveira MFA ⁶⁷	A experiência da implantação dos SRT	2009	Online Braz J Nurs
25	Santos Junior HPO et al. ⁶⁸	Similitudes e diferenças nas temáticas que...	2008	
26	Kantorski LP et al. ⁶⁹	O cotidiano e o viver no SRT	2014	Rev Eletrônica Enf
27	Kantorski LP et al. ⁷⁰	Metodologia de análise de redes do cotidiano...	2013	
28	Antonacci MH et al. ⁷¹	Estrutura e fluxo da rede de saúde como...	2013	Rev Esc Enferm USP
29	Livieres CF, Aranha e Silva AL ⁷²	O projeto moradia assistida do CAPS	2006	
30	Matos BG, Moreira LHO ⁷³	Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário	2013	Esc Anna Nery Rev Enferm
31	Silva DS, Azevedo DM ⁷⁴	A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida	2011	
32	Monteiro CFS et al. ⁷⁵	O viver e o morar: Relações interpessoais de moradores...	2012	Rev Enferm UERJ
33	Sprioli N, Costa MCS ⁷⁶	Cuidar em novo tempo	2011	Rev Latinoam Enferm

(continua)

Tabela 1 – Artigos analisados (conclusão)

34	Resgalla RM, Freitas MEA ⁷⁷	A residência terapêutica: o melhor lugar de viver	2004	Rev Mineira de Enferm
35	Ribeiro Neto PM, Avellar LZ ⁷⁸	Concepções sobre a interação com moradores...	2016	
36	Franco RF, Stralen CJ ⁷⁹	Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinam...	2015	Psicol Soc
37	Moreira MIB, Andrade NA ⁸⁰	Habitar a cidade: análise de SRT	2007	
38	Bressan VR, Marcolan JF ⁸¹	O desvelar de violações dos direitos humanos...	2016	Psicol Estud
39	Frazatto CF, Boarini ML ⁸²	O morar em hospital psiquiátrico	2013	
40	Leite LS et al. ⁸³	Clínica complexa	2012	
41	Borsa JC, Eidelwein K ⁸⁴	Conhecendo a realidade da saúde mental no RS	2005	Psico
42	Venturini E ⁸⁵	O caminho dos cantos	2010	Fractal: Rev de Psicol
43	Amorim AKA, Dimenstein M ⁸⁶	Loucura e cidade	2009	
44	Ribeiro Neto PM, Avellar LZ ⁸⁷	Conhecendo os cuidadores de um SRT	2009	Mental
45	Fonseca PC et al. ⁸⁸	A moradia protegida no contexto da reforma...	2008	
46	Generoso CM ⁸⁹	A orientação da psicanálise em um SRT	2008	Estud Pesqui Psicol
47	Marcos CM ⁹⁰	A reinvenção do cotidiano e a clínica possível...	2004	Psyche
48	Sztajnberg TK, Cavalcanti MT ⁹¹	Sob o pé do castanheiro	2014	
49	Generoso CM, Guerra AMC ⁹²	Desinserção social e habitação	2012	Rev Latinoam Psicopatol Fundam.
50	Sztajnberg TK, Cavalcanti MT ⁹³	A arte de morar... na Lua	2010	
51	Generoso CM, Guerra AMC ⁹⁴	Inserção social e habitação: modos dos...	2009	
52	Mângia EF, Ricci EC ⁹⁵	Pensando o habitar trajetórias de usuários de SRT	2011	
53	Mângia EF, Marques ALM ⁹⁶	Desinstitucionalização e SRT: novas perspectivas...	2004	Revista TO USP
54	Mangia EF, Rosa CA ³³	Desinstitucionalização e SRT	2002	
55	Vidal CEL et al. ⁹⁷	Reforma psiquiátrica e SRT	2008	J Bras Psiquiatr
56	Menezes PR et al. ⁹⁸	Household crowding and compliance with...	2000	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.
57	Baltazar AP et al. ¹²	Spaces for differences	2013	Facilities
58	Henna ES et al. ⁹⁹	Rede de atenção à saúde mental de base comunitária	2008	Rev Bras Crescimento Desenv Hum

Ressalte-se que tivemos o cuidado de usar um conjunto de palavras, para o levantamento de artigos, que privilegiou moradia, por um lado, e TMG por outro, de modo a abranger o maior número possível de iniciativas voltadas para a clientela considerada, sem especificá-las *a priori*. Ainda assim, os SRT constituíram o principal objeto das publicações analisadas, representando 86% do total de artigos, presentes em 14 dos 18 anos considerados, sendo que em 8 desses anos de maneira exclusiva (Figura 1). Há textos que abordaram os SRT de forma secundária por meio da análise das redes de serviços de saúde mental^{1,99} e indiretamente a partir de experiências precursoras como os chamados lares abrigados⁶¹, moradias transitórias⁷², vilas terapêuticas⁶⁴ e estudo sobre o morar no interior de hospital psiquiátrico⁸².

Figura 1 – Distribuição dos artigos por ano de publicação

De maneira geral, o conjunto de estudos considerados abordaram os SRT e algumas das iniciativas precursoras^{64,72,88}, a partir de temas dirigidos, eminentemente, aos processos de funcionamento e que podem ser assim agrupadas: os fatores envolvidos na transição do hospital para a nova moradia, o cotidiano no interior das

novas residências, as redes de relações estabelecidas por seus moradores interna e externamente e o trabalho e atribuições dos profissionais envolvidos na iniciativa.

Ao se deterem sobre a **transição do hospital para as novas moradias**, os estudos compararam a vida dos moradores antes e depois da saída do hospital^{77,79,93}, enfatizando a experiência de liberdade, autonomia e satisfação, mesmo quando exercidas nos limites da residência, com pouca interação e inserção comunitária. Aqui, via de regra, abordam-se os avanços representados pela saída do hospital, mas não se problematiza os novos problemas, desafios e limitações advindos das soluções materializadas nos SRT. O **cotidiano dos moradores** foi analisado, por parte dos autores, de forma abrangente^{52,69}, considerando-se perspectivas como a relação com o território, os conflitos entre os pares e as dificuldades provenientes dos anos de institucionalização. Porém, outros estudos apresentaram este conceito de maneira simplificada, próximo da noção de atividades de vida diária oriunda da reabilitação física, com foco na rotina estabelecida no interior das residências, principalmente no que se refere às atividades domésticas⁷⁵ - sem problematizar como essas são estabelecidas e os efeitos dessa rotina sobre os anseios de cada um dos moradores - e por meio das atividades relacionadas ao tratamento, normalmente referentes ao uso da medicação ou estabelecidas externamente pelos CAPS⁹⁵.

As **redes de relações dos moradores** foram abordadas por meio das interações estabelecida entre si e com os profissionais responsáveis pelos SRT^{48,49,58,73}. Fora do ambiente domiciliar, as análises incluíram os vizinhos^{60,75,86} e as famílias de origem^{50,52,70,79,88,91}, retratando eventuais conflitos e dificuldades relacionais. Atores como outros usuários do CAPS, amigos ou parceiros amorosos não foram considerados nos estudos. As **análises sobre o processo de trabalho**, restringiram-se aos profissionais diretamente ligados aos SRT, problematizando os limites e possibilidades

para a atuação do profissional em um novo contexto laboral^{49,50,57,76,83}. A ausência de atores como profissionais dos CAPS, de outros serviços de saúde ou até mesmo de outras áreas, como a educação, assistência social ou habitação, parece refletir dificuldades enfrentadas na relação com outros serviços e setores. No entanto, ao excluir essas perspectivas, simultaneamente próximas e diversas no entorno da problemática, desconsideram-se pontos-de-vista que poderiam ampliar a compreensão e eventuais proposições ao enfrentamento da questão.

Dentre os temas abordados nas iniciativas aqui analisadas, prevalecem aqueles voltados para os aspectos processuais envolvidos nos SRT, como a saída do hospital, fluxo de trabalho e convívio dos moradores, carecendo de abordagens analíticas que coloquem a própria intervenção em perspectiva, ou seja, indague e busque levantar questões relativas às limitações intrínsecas à proposta. Afinal, quais seriam as limitações de um pretensão baseado em uma característica comum de seus integrantes, no caso uma carreira psiquiátrica? Qual a permeabilidade da proposta aos *habitus* pregressos de moradia de seus moradores? Que anseios, imaginários e perspectivas de moradia permeiam entre a clientela alvo dos SRT? Que novas perspectivas se impõem, no horizonte do morar para essa clientela, após o primeiro passo representado pela portaria GM/MS nº 106/2000? Naturalmente, olhar para dentro, descrevendo e analisando os processos envolvidos nos SRT adquire importância à medida que contribui para qualificá-los. No entanto, o conjunto de categorias aqui sistematizado indica a necessidade de ampliar modos de análise que venham a agregar novos modos de compreender e analisar a problemática do morar e do habitar de uma clientela especialmente vulnerável.

- Autores e grupos de estudos - principais enfoques

Os 123 autores identificados no conjunto de artigos considerados estão inseridos, majoritariamente, em instituições públicas de ensino superior, as quais abrigam 84 autores, seguidos pelos serviços de saúde com 17 autores, sendo que os demais autores são vinculados a instituições privadas de ensino, instituições estrangeiras ou não declararam o vínculo institucional.

O conjunto de autores concentra-se nas regiões Sul e Sudeste do país, com trinta e um autores do Rio Grande do Sul, vinte e quatro de São Paulo, vinte e um do Rio de Janeiro e dezoito de Minas Gerais. Quinze autores são da região Nordeste e nenhum das regiões Norte e Centro-Oeste. Tendo em vista a distribuição dos SRT¹⁰⁰, com 294 unidades na região Sudeste, 87 na região Nordeste, 27 na região Sul, 16 no Centro-Oeste e 5 no Norte, observa-se que a quantidade de autores parece refletir a quantidade de serviços existentes. A região Sul é uma exceção, com grande quantidade de autores e relativamente pequeno número de residências.

Catorze autores podem ser considerados como os mais prolíficos desta área, conforme estabelecido por Price¹⁰¹ em sua Lei do Elitismo, e são responsáveis por 30 dos 58 artigos, com participação em ao menos três publicações (Tabela 2). A análise das relações de coautoria estabelecida por estes autores revela a formação de sete *clusters*, ou agrupamentos em que há associações temáticas e teóricas entre os integrantes. (Figura 2).

Tabela 2 - Autores com pelo menos três publicações

Autores	Publicações
Generoso CM	6
Furtado JP	5
Kantorski LP	5
Guerra AMC	4
Silveira MFA	4
Amorim AKDMA	3
Avellar LZ	3
Cavalcanti MT	3
Coimbra VCC	3
Tugny A	3
Dimenstein M	3
Mângia EF	3
Ribeiro Neto PM	3
Santos Junior HPO	3

Estes agrupamentos resultaram, em parte, das relações entre orientadores e orientandos, parceria usual no meio acadêmico científico¹⁰² e característico do processo de formação de pesquisadores no Brasil¹⁰³. Outra parte, esteve relacionada à colaboração de pesquisadores em torno de um mesmo projeto de pesquisa, a partir de editais de financiamento público, como um estudo realizado na região sul do país, que resultou em cinco dos artigos analisados^{47,48,69-71}, e outro, realizado em três cidades das regiões sudeste e centro-oeste, com a publicação de outros cinco artigos^{12,49,56,92,94}. Uma terceira forma de colaboração se deu a partir da relação entre membros da academia e atores ligados à gestão^{46,95}, porém de forma tímida quando comparada aos demais modos de colaboração.

Chama a atenção certo fechamento dos grupos que compõem as redes de colaboração e coautoria (figura2). Tais grupos encerram-se em regiões do país, metodologia e outros modos de abordar o problema sem interação com os demais, indicando pouca troca em torno de uma questão que lhes é comum.

- Sujeitos e estratégias metodológicas utilizadas na abordagem do tema

Tomando como base o que se configurou como sujeito de pesquisa e respectivas fontes de informações dos artigos analisados, percebe-se mais interesse sobre os próprios moradores, que constituem objeto exclusivo em vinte e um dos estudos realizados. Outros quatorze artigos possuem os trabalhadores das SRT como foco de interesse e seis envolveram tanto moradores quanto trabalhadores. Os vizinhos dos SRT foram considerados em dois estudos, enquanto os familiares apenas em um, voltado a conhecer a trajetória de egressos de um hospital psiquiátrico a partir da narrativa de seus familiares.

Ademais, a própria escolha dos moradores e trabalhadores como principais sujeitos de interesse dos estudos denota um posicionamento ético-político coerente com o pensamento predominante na reforma psiquiátrica brasileira que propõe a transformação do lugar do louco como ator social¹⁰⁶, em contraponto a perspectivas que o consideram apenas a partir de sua doença¹⁰⁷, e do lugar do trabalhador como sujeito tomado de responsabilidade por esta transformação^{108,109}.

Os estudos empregados incluem o espectro que vai dos desenhos quantitativos aos qualitativos, incluindo abordagens mistas, estudos não empíricos e com a utilização de dados secundários. As metodologias qualitativas são predominantes e estão presentes em 42 dos artigos analisados, sendo seguidas numericamente pelos onze artigos

produzidos a partir de desenhos não empíricos e com a utilização de dados secundários, como revisões bibliográficas, estudos documentais, ensaios e discussões metodológicas. Dentre os estudos qualitativos, foram encontrados vinte e sete estudos de caso, dois relatos de experiência, seis estudos de casos clínicos, cinco estudos com abordagem etnográfica, uma pesquisa-ação e uma pesquisa-intervenção. Por outro lado, dentre as pesquisas classificadas como quantitativas, encontrou-se apenas um estudo com desenho experimental, um com desenho observacional transversal, um com observacional longitudinal e um com desenho misto (Tabela 3).

Considerando-se que as escolhas metodológicas ultrapassam a simples definição de meios mais apropriados para se abordar um determinado objeto, refletindo as tomadas de posições dos autores envolvidos diante do debate que permeia as diferentes concepções e entendimentos sobre a realidade¹¹⁰, pode-se considerar que o elevado número de desenhos qualitativos reflete um posicionamento próprio da área da Saúde Mental ao lidar com os fenômenos envolvidos a partir de sua complexidade¹⁰⁹, ressaltando os efeitos subjetivos e as concepções dos atores envolvidos¹¹¹.

Tabela 3 – Distribuição dos artigos por tipos de estudo, sujeitos e fontes de informação e categorias analíticas

Método	Tipo de estudo	Artigos *
Quantitativo	Estudo experimental	1
	Coorte	56
	Estudo Transversal	3
Qualitativo	Caso Clínico	29, 46, 47, 48, 49, 50
	Estudo de caso	4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 38, 39, 41, 43, 44, 57
	Etnografia	15, 17, 33, 35, 52
	Pesquisa-ação	36
	Pesquisa-intervenção	10
	Relato de experiência	40, 45
Misto	Estudo transversal e estudo de caso	24

(continua)

Tabela 3 – Distribuição dos artigos por tipos de estudo, sujeitos e fontes de informação e categorias analíticas (conclusão)

Estudos não empíricos ou com dados secundários	Pesquisa bibliográfica	12, 16, 55
	Discussão metodológica	13
	Ensaio	37, 42, 51, 53, 54
	Análise documental	2, 8, 58
Sujeitos e fontes de informação		
	Moradores	1, 3, 9, 17, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 32, 34, 36, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 56, 57
	Trabalhadores	4, 6, 11, 14, 18, 19, 20, 21, 28, 31, 33, 38, 43, 44
	Moradores e Trabalhadores	5, 7, 10, 23, 25, 41
	Vizinhos	15, 35
	Familiares	39
	Artigos científicos e documentos diversos	2, 8, 12, 16, 55, 58
Categorias de Análise		
	Convívio Social	3, 4, 11, 15, 17, 22, 27, 32, 35, 50, 52
	Suporte	1, 5, 7, 9, 10, 19, 13, 14, 18, 21, 24, 26, 28, 29, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 55, 56, 57, 58
	Conformidade com as normas	2, 19, 30, 38
	Satisfação	34
	Prática profissional	6, 18, 20, 23, 25, 31, 33, 40, 44, 45, 50, 51
	Contexto	8, 12, 16, 53, 54

* Números referentes aos artigos presentes na Tabela 1

De forma geral, temos que os estudos nacionais sobre moradia são, majoritariamente, qualitativos, ligados aos processos de trabalho e ao cotidiano das residências e têm os trabalhadores e usuários como principais sujeitos de pesquisa e, como consequência, abordam aspectos relacionados ao convívio social, suporte e práticas profissionais.

- Referenciais bibliográficos utilizados

Identificaram-se 1011 autores referenciados nos artigos analisados e, destes, 37 estiveram presentes em pelo menos 10% das publicações, podendo ser considerados como de maior impacto e visibilidade⁴⁵. Destaca-se, entre os mais citados, o Ministério

da Saúde do Brasil (MS), com 124 citações em 45 dos artigos analisados (Tabela 4). Seguido pelo o autor brasileiro pioneiro da reforma psiquiátrica nacional, Paulo Amarante, com 38 citações em 27 artigos diferentes, e outros autores brasileiros, cuja produção acadêmica se encontra no campo da saúde mental.

Tabela 4 - Autores, número de citações e número de artigos em que foram citados

Autor citado	Citações	Nº de artigos em que foram citados	Autor citado	Citações	Nº de artigos em que foram citados
Min. da Saúde	124	45	Delgado PGG	9	7
Amarante P	38	27	Barros RB	9	7
Furtado JP	30	21	Gonçalves S	9	6
Saraceno B	27	24	Dimenstein M	8	8
Rotelli F	18	15	Guimarães J	8	8
Goffman E	17	16	Pacheco RA	8	8
OMS	14	10	Campos RO	8	7
Basaglia F	14	10	Saeki T	8	7
Foucault M	14	8	Vasconcelos EM	8	7
Minayo MCS	12	12	Lovisi G	8	6
Lima L.A	12	7	Gontijo E	7	7
Guattari F	11	8	Paulon SM	7	7
De Leonardis O	10	10	Fagundes P	7	6
Mauri D	10	10	Lesage A	7	6
Campos FCB	10	7	Kinoshita RT	7	6
Barros S	10	7	Bardin L	6	6
Leff J	10	6	Resende V	6	6
Bandeira M	9	8	Desviat M	6	6
Vidal C	9	8			

Os artigos analisados trazem também, em significativa quantidade, citações a autores com obras na área da sociologia, como Erving Goffman, citado por 17 vezes em 16 publicações diferentes, e da filosofia, como Michel Foucault e Felix Guattari, ambos presentes em 8 publicações. Por fim, é possível identificar o alto número de citações a autoras com obras relacionadas à metodologia qualitativa, como Cecília Minayo e

Laurence Bardin, citadas em 12 e 6 artigos, respectivamente, o que parece alinhado ao maior número de estratégias qualitativas já discutido.

De forma semelhante ao ocorrido no próprio processo de reforma psiquiátrica brasileiro, em que o Ministério da Saúde induziu e orientou de modo direto a implantação da rede de atenção psicossocial¹¹², no campo científico, este agente também assume importância nas discussões sobre o tema das moradias, como atestam as citações recorrentes às normativas e cartilhas de orientações do mesmo. Praticamente na totalidade dos estudos, as publicações do MS figuram como baliza e parâmetro, raramente constituindo objeto de debate, questionamento e discussão sobre as suas limitações e eventuais avanços a serem feitos na intervenção proposta no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) para o tema aqui abordado.

A análise dos referenciais bibliográficos evidencia a centralidade que determinados autores seminais da Reforma Psiquiátrica Brasileira assumem, no campo científico, para as abordagens da questão. Autores como Franco Basaglia, Michael Foucault e Felix Guattari, que vieram pessoalmente ao país, entre os anos 1975 e 1980, e instigaram centenas de “jovens inquietos”¹¹³, permanecem como interlocutores privilegiados no diálogo com a produção sobre o tema. Se por um lado a presença destes autores reafirma as importantes contribuições epistemológicas que trouxeram para a constituição do pensamento atual, também evidencia certa paralisação do pensamento na área, uma vez que a entrada de mais interlocutores poderiam ensejar novos diálogos e ampliar as reflexões e mesmo soluções atualmente adotadas na política de saúde mental, em particular em relação à moradia para pessoas com TMG.

- Perspectivas para a moradia de pessoas com TMG

O surgimento, no final dos anos 90, da demanda por políticas públicas que atendessem a necessidade de moradia dos egressos de hospitais psiquiátricos e a decorrente criação dos SRT, no ano 2000, gerou expectativa de um significativo aumento de investigações sobre o tema da moradia para pessoas com TMG³³. Entretanto, estas permaneceram escassas, como pudemos constatar, e dedicadas quase que exclusivamente à análise dos Serviços Residenciais Terapêuticos, única alternativa de moradia oferecida pelo Estado para pessoas com TMG.

Nesse contexto, a contribuição acadêmica tem sido tímida na oferta de aportes que subsidiem a construção de novas alternativas no contexto do reordenamento da atenção em saúde mental no país, o que parece convergir com o pressuposto da presente investigação, de que ao restrito leque de opções e alternativas ao morar, corresponderiam modos igualmente restritos de tematizar e analisar a questão na literatura científica. De certa forma, a literatura analisada se mostrou aquém do que o avanço do suporte à moradia exige para a sua efetiva expansão tanto numérica quanto qualitativa, essa última materializada nas diferentes formas de suporte pertinentes à variedade de indivíduos envolvidos e às respectivas possibilidades e anseios no estabelecimento de suas formas de morar.

Neste aspecto, a literatura internacional pode trazer alguma contribuição, a partir dos estudos desenvolvidos que abrangem variadas conformações de residência associadas a diferentes níveis e modelos de suporte externo. Por meio dos artigos internacionais analisados, pudemos perceber que estes têm abordado o assunto a partir da identificação das necessidades em relação ao morar, considerando os limites e possibilidades decorrentes das diferentes maneiras como estas se constituem, incluindo

aspectos como etnia, gênero, vida pregressa, entre outros^{4,114-116}. O modelo *Housing First*¹¹⁷, por exemplo, ao não condicionar a moradia a necessidade de tratamento, traz à tona novas questões ontológicas e epistemológicas que exigem diferenciadas estratégias metodológicas para executar e avaliar seus efeitos^{116,118,119}.

O desenvolvimento de estudos que permitam conhecer, a partir de diferentes estratégias metodológicas, o modo como as diversas pessoas com TMG constituem sua moradia e, a partir dela, inserem-se socialmente poderia contribuir para uma melhor compreensão das necessidades enfrentadas por este público e trazer novos subsídios para enfrentamentos e proposições quanto às políticas públicas no campo da saúde mental⁸. Desse modo, pretende-se reafirmar que o avanço e ampliação quantitativa e qualitativa de alternativas de apoio à moradia de pessoas com TMG, mostra-se urgente frente aos novos desafios da própria reforma da atenção em saúde mental, como a diversidade da clientela atendida hoje pelas redes de atenção psicossocial. Parece-nos que o caminho mais adequado para catalisar esse processo seria a identificação, por meio de instrumento a ser estabelecido para esse fim, de como efetivamente essa fração da população vem equacionando suas questões relativas à moradia. Ao mesmo tempo, novos referenciais teóricos deveriam ser agregados àqueles que têm se mostrado potentes para abordar o tema, acrescidos de experiências inovadoras e menos restritivas, como aquelas representadas pelo *Housing First* e por iniciativas semelhantes.

Por fim, ressaltamos que não localizamos, em propostas de simples modificação do escopo e ampliação do número de residentes nos SRT, como as realizadas através da portaria GM/MS 3.588/2017¹²⁰, seguida da nota técnica 11/2019, ambos do Ministério da Saúde, uma forma de equacionar a oferta de moradia às diversas necessidades de pessoas com TMG. Ao contrário, os indicativos constantes nessa portaria e nota técnica podem colocar em risco as insuficientes unidades residenciais existentes e mesmo

reinventar situações que se buscou superar, como o acúmulo de pessoas agrupadas em imóveis próximos, separados da comunidade, tendo em comum serem alvo de estigma social.

CAPÍTULO 2

Condições de moradias e inserção social de pessoas com TMG no Brasil: estudo de um questionário

Para além de fornecer abrigo contra as intempéries e responder às necessidades corporais como, sono, alimentação ou preservação da temperatura corporal¹²¹, a moradia é decisiva na formação de subjetividades¹²². E, em especial para as pessoas com TMG, está intrinsicamente ligada à noção de inserção social. Pesquisas em torno do tema vêm apontando que diferentes modos de morar contribuem para uma maior ou menor inserção social^{12,48,49,123,124}, e, no plano das políticas públicas, a centralidade dessa noção explicita-se em normativas, como a portaria GM/MS 106/00³⁴, que criou os SRT e que, logo em seu primeiro artigo, destaca a importância do dispositivo como estratégia privilegiada para viabilizar a inserção social de egressos de internações psiquiátricas.

2.1 O que é inserção social?

Diferentes termos têm sido utilizados para se referirem à noção aqui considerada de inserção social¹²⁵, entre os quais destacamos “inclusão social”^{126–128}, “integração social”¹²⁹, “integração à comunidade”¹²³ e “reinserção social”¹³⁰. Esse fenômeno pode ser atribuído à falta de consenso sobre o que constituiria o conceito¹³¹, o que, em termos práticos, implicaria em dificuldades para se verificar em que medida um serviço ou ação estaria contribuindo para a inserção social de seus usuários¹³².

Para que possamos estabelecer melhor as implicações que as diferentes formas de morar têm para a inserção social de pessoas com TMG, em um primeiro momento, delinearemos melhor esse conceito. Em uma aproximação inicial, podemos constatar que, no contexto nacional, na maioria das publicações científicas não encontramos definição explicitada e com contornos bem definidos sobre o que os autores consideram ser inserção social. O conceito aparece subliminarmente e refere-se a aspectos distintos entre si, quando comparamos diferentes publicações. Com frequência, remetem simultaneamente ao que Huxley e Thorncroft¹³³ chamaram, por um lado, de *Demos*, no nível macrossocial, ou seja, encontram-se no plano dos direitos coletivos e das lutas por políticas sociais, e, por outro, na dimensão microsocial, o que os mesmos autores denominaram *Ethnos*, situando-se no plano individual e das relações interpessoais. Apesar das particularidades e da idiossincrasia encontradas nas diferentes definições, concepções e noções sobre o tema abordado neste tópico, é possível identificar alguns pontos em comum, permitindo agrupamentos e categorizações.

Um primeiro agrupamento ou categoria seria o **Acesso e participação**, que reuniria definições que consideram a inserção social como a possibilidade de o indivíduo participar das atividades que deseja e acessar locais de interesse, assim como utilizar bens e serviços disponíveis na comunidade. Ribeiro Neto e Avellar⁷⁸, por exemplo, consideram que a reinserção social dos moradores de SRT implicaria a sua circulação e participação no cotidiano das comunidades. Salles e Barros¹³⁴ apontam que participar de atividades fora e dentro do CAPS constitui avanço na inclusão social. Dessa forma, a inserção social poderia ser objetivada e verificada a partir da medida em que os indivíduos passam o tempo, participam de atividades e fazem uso dos bens e serviços da comunidade¹²³.

O segundo agrupamento trata do **Convívio** e refere-se às definições de inserção social como um conjunto de relações estabelecidas com os diferentes atores sociais. Para Paranhos-Passos e Ayres¹³⁵, por exemplo, a reinserção social trataria da possibilidade de convívio da pessoa com TMG com seus “familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, através da circulação e ocupação dos espaços sociais”. Moll e Saeki¹³⁶ consideram a inserção social a partir das relações estabelecidas dentro e fora do CAPS. Dessa perspectiva, a inserção social poderia ser verificada a partir de alguns aspectos propostos por Muramoto e Mângia¹³⁷, como **tamanho** da rede social, que corresponderia ao número de indivíduos, reconhecidos pelo sujeito, com quem estabelece relações significativas, os **tipos de relação**, que podem ser núcleo habitacional/família, família expandida, amigos e vizinhos, relações estabelecidas a partir da situação de trabalho e relações vivenciadas a partir da inserção nos serviços, e **conteúdo das relações**, o que envolve questões como necessidade de ajuda ou possibilidade de oferecê-la, o recebimento ou a oferta de convites para passeios, festas ou outros eventos, a realização de visitas, entre outros.

A **Singularidade** refere-se à legitimação do indivíduo frente aos outros atores sociais. Para Ferreira e Bezerra¹³⁸, por exemplo, a inserção social está relacionada a possibilidade de o sujeito ser protagonista da própria história. Ribeiro Neto e Avellar⁷⁸ apontam a importância de o indivíduo manter sua identidade e singularidade, dizer sua opinião e manifestar seu pensamento. Esse agrupamento também envolve o que Kinoshita¹⁰⁷ denominou poder contratual. Segundo o autor, a inserção social se relaciona a um valor previamente atribuído ao indivíduo nas trocas sociais, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Esse valor pressuposto corresponde ao seu poder contratual. Nesse sentido, Silva e Lima¹³⁹ e Leão e Barros¹²⁶ afirmam que a inserção social é um processo que envolve reformulações no poder contratual. Para

verificar a inserção social a partir dessa perspectiva, sugerimos que sejam considerados aspectos que envolvam a possibilidade de o sujeito ter suas demandas materiais e afetivas reconhecidas como legítimas por seus interlocutores e que sejam passíveis de desenvolvimento.

Um último agrupamento diz respeito à noção de **Cidadania** presente na inserção social. Salles e Barros¹⁴⁰ e Paranhos-Passos e Aires¹³⁵ afirmam que a inserção social implica o exercício da cidadania. Essa noção envolveria o exercício dos direitos civis^{139,141}, dos direitos políticos¹⁴⁰, bem como acesso ao trabalho, cultura, educação e lazer¹⁴⁰⁻¹⁴³. Esses fatores poderiam ser verificados por meio da possibilidade do indivíduo usufruir de seus direitos como acesso ao trabalho, moradia, educação, renda, entre outros, bem como a participação em processos e movimentos políticos¹⁴⁰.

Além de identificarmos elementos em comum entre as diferentes definições do que seria a inserção social, também buscamos localizar na literatura os fatores que, por sua vez, de maneira implícita ou explícita, foram apontados como importantes na maior ou menor inserção social de pessoas com TMG. Essa busca permitiu delinear fatores favoráveis e desfavoráveis à inserção social desse público.

Um primeiro fator identificado relaciona-se com a qualidade do **Suporte ofertado pelos serviços assistenciais**. O modo como os serviços se organizam e funcionam é crucial, sendo a articulação da rede de atenção psicossocial¹³⁸ e a intersetorialidade apontadas como necessárias para o processo de inserção social^{126,139,142}. Além disso, a oferta de capacitação e supervisão aos profissionais^{97,126,130,139} e a disponibilidade de infraestrutura adequada são reconhecidos como de grande importância, ao passo que a falta de estrutura física e de materiais adequados^{97,138}, além do número insuficiente de profissionais¹²⁶, são apontados como limitadores de propostas de inserção social. Finalmente, mas não menos importante com

relação ao suporte, a presença ou não de estratégias de cuidado que abrangem o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares¹³⁹, do cuidado clínico¹³⁸, da oferta de oficinas terapêuticas¹²⁶, de processos de reabilitação¹³⁵ e de visitas domiciliares pode fazer toda a diferença no processo de atenção e inserção social.

O fator identificado como **Questões individuais**, ligado aos atributos singulares de cada um, pode contribuir ou dificultar a inserção social. Vidal *et al.*⁹⁷ apontam que a interrupção da medicação e o déficit de habilidades sociais e cotidianas podem dificultar a inserção social por diversas razões. Estudos internacionais também apontam que o tempo de hospitalização¹²⁹, idade¹⁴⁴, sexo, renda, entre outros¹⁴⁵, estão associados à inserção social.

O terceiro fator, que denominamos **Advocacy**, remete ao nível macro da inserção social e diz respeito à atuação de indivíduos e grupos na busca de direitos das pessoas com TMG. Salles *et al.*¹⁴⁰ afirmam que é “preciso convencer o sistema legal a incluir direitos e oportunidades” e que a participação de pessoas com TMG na luta por direitos sociais é uma forma de promover a inserção social.

A partir das características analisadas acima, com base nos estudos que abordam a inserção social de pessoas com TMG, constatamos a multidimensionalidade do conceito, que envolve diversos aspectos. Assim, o acesso e a participação em locais e eventos de interesse, a possibilidade de convívio com diferentes atores, a manutenção da singularidade e o exercício da cidadania constituiriam pilares para a complexa noção que remete, simultaneamente, à singularidade e aos modos como essa mesma particularidade é aceita e articulada ou não nos diferentes grupos sociais. Por sua vez, esses mesmos aspectos multidimensionais sofrem influências do suporte oferecido pelos serviços assistenciais, pelas características pessoais e pelas influências de atores e movimentos sociais que buscam a manutenção e a ampliação dos direitos de pessoas

com TMG. Feita essa primeira aproximação ao tema da inserção social, em particular, a inserção social de pessoas com TMG, no próximo tópico abordaremos as questões relativas às moradias dessas pessoas e suas relações com sua integração no meio social.

2.2 Interfaces entre inserção social e moradia: apresentando o nosso modelo

No presente estudo, consideramos que a relação entre moradia e inserção social, conforme proposto por Furtado e Nakamura¹⁴⁶, apresenta dois aspectos distintos e complementares: morar e habitar. O primeiro diz respeito às condições de espaço físico, conforto e proteção que a moradia confere ao seu morador e abrange espaços físicos próximos, bens e serviços que constituem o entorno dessa moradia. O habitar, por sua vez, diz respeito às diferentes formas, sempre particulares, por meio das quais cada sujeito interfere e se apropria de seu espaço de moradia, independentemente de que a mesma represente uma conquista ou se lhe foi oferecida ou mesmo imposta. Naturalmente, essa interferência e apropriação se dá em acordo com sua história e com seus modos de ser, o que a perspectiva bourdieusiana chama de *habitus* de cada agente¹⁴⁶.

A dimensão morar, aqui considerada, aproxima-se do que Wong e Solomon¹²³ denominam *Housing Environment*, constituída por características físicas e sociais relacionadas ao ambiente residencial e sua vizinhança imediata. Esses autores¹²³ apontam que, entre essas características, três encontram relação especificamente com a inserção social: a acessibilidade aos recursos da comunidade, relativa à disponibilidade de equipamentos localizados nas proximidades da moradia; o apoio oferecido pela comunidade; e a segurança do bairro, que se refere ao nível de criminalidade e à sensação de estar a salvo de violência.

A outra dimensão, denominada habitar, refere-se a questões subjetivas que envolvem o morar e aos possíveis “significados atribuídos à experiência de moradia a partir dos arranjos possíveis em relação ao espaço, aos objetos e às relações que se estabelecem no contexto social e cultural”¹²⁵. Revela-se a partir das possibilidades de o indivíduo apropriar-se dos espaços, escolher a disposição dos objetos, adequar os espaços e objetos a partir de suas necessidades cotidianas, e tornar os espaços e objetos parte de seu *habitus*^{121,125,147}. Nakamura¹²⁵, por exemplo, ao se referir aos moradores de SRT, indica que a possibilidade de escolha de seus moradores é restrita, com pouca chance de criar e recriar os espaços, pois não participaram da escolha da moradia, bem como dos móveis e objetos que a constituem, além disso não costumam ser autorizados a mudar a sua disposição.

Dessa forma, para o objeto de nosso interesse – a moradia –, as concepções e operacionalizações da inserção social influenciam ou são influenciadas pelo morar e pelo habitar da seguinte forma: os fatores associados ao morar contribuiriam para a inserção social na medida em que a proximidade aos recursos da comunidade, o apoio dos grupos sociais próximos e a segurança facilitariam o acesso e a participação dos indivíduos nesses mesmos locais, ampliando as possibilidades de convívio e a manutenção das singularidades dos sujeitos. A dimensão morar sofreria a influência do fator denominado *advocacy*, uma vez que agentes e movimentos que atuam em defesa de pessoas com TMG teriam o poder de influenciar o poder público, por exemplo, com relação à ampliação quantitativa e qualitativa de possibilidades de moradia. Por sua vez, o habitar representaria o modo como a inserção social se efetiva no próprio local de moradia, qualificando a integração e, sobretudo, a apropriação do local pelas pessoas com TMG. Assim como a inserção social, o habitar é dimensão especialmente sensível aos fatores relativos ao suporte oferecido pelos serviços assistenciais, às características

pessoais e também ao *advocacy* que por sua vez, podem facilitar ou dificultar a apropriação, a escolha, a modificação e a incorporação dos locais e objetos que constituem a moradia e que, em última análise, expressariam liberdade e autonomia com relação ao espaço íntimo.

2.3 Buscando medir a inserção social

As distintas e, às vezes, divergentes concepções de inclusão e inserção social geram debate ainda por se concluir. A inexistência de consenso sobre os significados que inserção social pode assumir dificulta a abordagem quantitativa de seus aspectos^{148,149}. Em países de alta renda (HIC – High Income Countries), alguns instrumentos foram desenvolvidos para estudar esse constructo, porém, o seu uso ainda permanece restrito¹⁴⁸.

O *Community Integration Measure* (CIM) foi originalmente desenvolvido por McColl *et al.*¹⁵⁰ para medir a integração à comunidade de pessoas com lesão cerebral adquirida. No entanto, esse instrumento também tem sido validado e utilizado em investigações voltadas a pessoas com TMG^{151–153}. A partir de um estudo qualitativo, os autores desenvolveram o conceito de integração à comunidade baseado na perspectiva das próprias pessoas com lesão cerebral¹⁵⁴, que serviu como referência para a construção de um questionário de 10 itens, com questões de cinco pontos, variando de “sempre concordo” a “sempre discordo”. O instrumento aborda uma dimensão referente à sensação de pertencimento, através de afirmações como “Eu sinto que sou aceito nesta comunidade” e outra dimensão sobre a participação na comunidade de forma independente, que envolve afirmações como “Eu posso ser independente nesta comunidade”¹⁵⁰.

O *Social Inclusion Questionnaire User Experience* (SInQUE) foi desenvolvido por Mezey *et al.*¹⁵⁵ e utiliza medidas baseadas no inquérito *Poverty and Social Exclusion Survey* (PSE), realizado no Reino Unido¹⁵⁶. O questionário possui 75 itens¹³¹ e foi elaborado para avaliar o quanto os indivíduos estão incluídos socialmente, seus desejos de serem socialmente incluídos e as transformações na inclusão social desde a primeira internação psiquiátrica¹⁵⁵. O instrumento é dividido em duas partes, sendo uma referente ao ano anterior à primeira internação e a outra à condição atual. As perguntas exigem respostas dicotômicas, como “Você possui televisão?”, ou são baseadas em frequências, como “Quantos vizinhos você conhece pelo nome?”¹⁵⁵.

O *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE) foi desenvolvido para fornecer um índice de inclusão social que pudesse apreender domínios objetivos e subjetivos da vida. Desenvolvido por Huxley *et al.*¹⁵⁷, baseia-se num modelo conceitual elaborado a partir de uma revisão bibliográfica e de um mapa conceitual. A versão longa do questionário possui 121 itens e abrange oito domínios específicos sobre inclusão: “lazer e participação”, “moradia e acomodação”, “segurança”, “trabalho”, “situação financeira”, “autopercepção de saúde”, “educação” e “família e relacionamentos”. A versão curta foi reduzida a 48 itens e inclui duas subescalas: oportunidades percebidas e satisfação com as oportunidades. As questões abrangem temas como lazer, moradia ou trabalho e foram elaboradas para serem respondidas por meio de uma escala de sete pontos, variando de “terrível” a “encantado”, através de alternativas dicotômicas para alguns itens e de múltipla escolha para outros, e ainda conta com outros formatos de resposta como espaços para respostas descritivas¹⁵⁷.

O *Social Inclusion Scale* (SIS) foi desenvolvido por Secker *et al.*¹⁵⁸ para avaliar o impacto da participação em atividades artísticas para a inclusão social de pessoas com transtornos mentais¹³¹. O questionário possui 22 itens, divididos em seis categorias:

“construindo capital social”, “aceitação social”, “coesão do bairro”, “segurança em possuir uma habitação”, “engajamento em lazer e atividades culturais” e “cidadania”. Todas as perguntas estão no formato de escala Likert de 4 pontos, com respostas variando de “não mesmo” a “definitivamente sim” para perguntas como “Eu me sinto aceito pelos meus amigos” ou “Eu realizei alguma atividade cultural”¹⁵⁸.

Embora se proponham a captar a inserção social em diferentes contextos, esses instrumentos podem apresentar limitações quando aplicados a realidades diferentes daquelas em que foram desenvolvidos. Shioda *et al.*¹⁵¹ apontam que um questionário com 121 itens como o SCOPE tomaria muito tempo para ser respondido, o que representaria uma dificuldade para a aplicação no contexto de seu país, o Japão. Baumgartner e Burns¹³¹ consideram que a aplicação do SIS em contextos globais seria limitada por este ter sido desenvolvido para o uso em uma população específica, participantes de atividades artísticas e por apresentar muitos itens dependentes do contexto, que, mesmo relevantes para países de alta renda, não seriam aplicáveis em outros ambientes culturais.

Outra estratégia desenvolvida em alguns estudos é a utilização associada de diferentes instrumentos que apresentam conceitos relacionados a inserção social¹³¹. Essa estratégia tem sido mais comum em países de média e baixa renda (LMIC – Low and Middle Income Countries)¹⁴⁸. No Brasil, por exemplo, um estudo multicêntrico¹⁴⁹ incluiu a avaliação da integração social na fase piloto de um ensaio clínico randomizado sobre uma proposta de intervenção para períodos críticos de transição (CTI – *Critical Time Intervention*) e utilizou dois instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde denominados WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) e WHO Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF), que, apesar de concebidos para

outras finalidades, possuíam itens e dimensões relacionados ao conceito de integração social assumido pelos autores.

Como apontado no início do tópico, não existe atualmente um instrumento estabelecido, mesmo nos países de alta renda, que seja suficiente para medir a inclusão social. Dessa forma, um passo necessário a ser tomado nos estudos sobre a inserção social de pessoas com TMG seria a adaptação de instrumentos¹⁴⁹ ou o desenvolvimento de outros que sejam condizentes com os contextos locais .

2.4 Retomando instrumento dirigido às condições de moradia de pessoas com TMG no Brasil

No Brasil, Furtado *et al*⁸, a partir de extensa pesquisa realizada sobre o tema inserção social e habitação de pessoas com TMG^{5,49}, verificaram a necessidade de se conhecer de maneira ampliada as condições das moradias, os modos de morar e a relação destes com a inserção social da clientela. Dessa forma desenvolveram um questionário voltado às condições de moradia de usuários de CAPS, contendo questões dirigidas aos aspectos físicos, sociais, assistenciais e subjetivos envolvidos no morar de pessoas com TMG ligados a esses serviços.

O instrumento é dividido em 6 blocos, conforme o quadro 1, e composto por 71 itens em formato de perguntas dicotômicas, escalas ordinais, escalas do tipo Likert de três e cinco pontos e perguntas abertas. A íntegra do questionário encontra-se no anexo B.

Quadro 1 – Composição do questionário

Bloco	Tema	Nº de questões
I	Identificação	8
II	Aspectos Clínicos	10
III	Socioeconômicos	14
IV	Características do Imóvel	6
V	Inserção Social e Autonomia	13
VI	Habitação e Satisfação	19

Fonte: Furtado *et al.*⁸

No transcurso de sua elaboração, o questionário foi analisado por um conjunto de especialistas por meio de técnica Delphi e seguido por um estudo-piloto, sendo a versão final publicada em periódico na área de Saúde Coletiva³⁵. Até o presente momento, não existem estudos publicados que tenham feito uso desse instrumento e que possam fornecer parâmetros sobre a qualidade das informações fornecidas. Assim sendo, propomos, através deste estudo, verificar alguns aspectos referentes à sua qualidade, mais especificamente, à sua confiabilidade. Desse modo, pretendemos somar esforços em direção ao estabelecimento de instrumento validado e confiável para abordar aspectos ligados à moradia e à inserção social de pessoas com TMG.

2.5 Estudo da confiabilidade do instrumento

A construção de um questionário ou outro instrumento de medidas exige a observância de alguns cuidados que possam garantir qualidade aos resultados obtidos^{159,160}. Apesar de existirem divergências entre autores sobre esse tema, existe um consenso em apontar dois critérios fundamentais para atestar a qualidade de instrumento de medida: a confiabilidade e a validade¹⁵⁹⁻¹⁶¹.

A **validade** de um questionário pode ser entendida como a evidência de que ele mede o que se propõe a medir^{159,162}. Essa é uma noção que depende, em grande parte, do contexto em que o instrumento será utilizado¹⁶³, ou seja, a validade de uma medida é sempre relativa. Desse modo, um instrumento pode ser válido em uma determinada situação, porém, não em outra¹⁵⁹. Os principais tipos de validade são: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto¹⁶⁴.

A validade de conteúdo diz respeito ao julgamento da proporção em que os itens que irão medir uma construção teórica representam todas as facetas do conceito a ser medido. Nesse tipo de validade, inclui-se a validade aparente ou validade de face do instrumento, a qual diz respeito à coerência aparente entre o que se pretende medir e o conceito a ser medido¹⁶¹. Esse tipo de validade não pode ser calculada por um valor numérico¹⁶⁵, sendo normalmente avaliada através de pareceres de especialistas¹⁶¹.

A validade de critério diz respeito à relação epistêmica que deveria existir entre um conceito e sua medida¹⁶³, ou seja, trata-se da relação entre a medida obtida pelo instrumento e a medida obtida por um critério empírico do resultado. Quando o critério se situa temporalmente no futuro, a validade é chamada de preditiva, sendo obtida através da verificação do grau de correlação dos resultados obtidos pelo instrumento com os de uma outra medida feita no futuro. Quando a medida do critério é contemporânea à do instrumento avaliado, a validade é chamada de concorrente e diz respeito à correlação com medidas obtidas por meio de um outro instrumento já conhecido e validado^{161,162,165}.

Por fim, a validade de constructo diz respeito a quanto um conjunto de variáveis representa o constructo que será medido¹⁶⁰. Uma primeira forma de validação desse tipo é a denominada nomológica ou teórica, e trata de testar um certo número de hipóteses sobre os resultados que deveriam ser observados com a ajuda do instrumento, em certas

condições e para certas populações. Uma segunda forma de validação é a de traço, destinada a correlacionar os resultados obtidos pelo instrumento que se quer validar com os resultados obtidos por um outro que meça aproximadamente o mesmo construto¹⁶³. Podem ser convergentes quando se busca concordância de uma medida com outras medidas da mesma variável, ou discriminante, quando uma medida da variável não está correlacionada significativamente com medidas que deveriam diferir¹⁶⁵. A terceira forma é a validação fatorial, a qual apoia-se em uma análise fatorial dos elementos, e aqueles que, teoricamente, servem para medir uma mesma dimensão devem estar agrupados em um mesmo fator¹⁶³.

De forma geral, a **confiabilidade** de um questionário refere-se ao grau em que ele consegue medir algo de forma consistente, ou seja, que forneça os mesmos resultados se for aplicado às mesmas pessoas, em condições semelhantes, em diferentes momentos¹⁵⁹ ou por diferentes avaliadores¹⁶⁶. Dessa forma, a apreciação da confiabilidade se baseia na repetição da medida e na comparação dos resultados obtidos. Existem três abordagens utilizadas para se avaliar a confiabilidade de um instrumento¹⁶³: verificação da estabilidade, apreciação da equivalência dos resultados e a homogeneidade ou consistência interna entre os componentes de um instrumento composto por vários itens.

A estabilidade pode ser verificada através da técnica teste-reteste, a qual consiste na aplicação de um instrumento a uma mesma amostra de sujeitos em dois momentos diferentes¹⁵⁹. A utilização dessa técnica pressupõe que não ocorra, entre as aplicações, nenhum evento que possa modificar aquilo que se quer medir e que as lembranças das respostas dadas no primeiro momento não interferiram no segundo¹⁶². Assim sendo, o período de tempo entre as avaliações é um dos principais fatores a ser considerado, não

devendo ser longo demais, de modo a permitir que mudanças ocorram, ou curto demais, o que permitiria que os resultados fossem influenciados pelo efeito de memória¹⁵⁹.

A equivalência dos resultados pode ser verificada quando um mesmo fenômeno é medido por diferentes observadores¹⁶³, buscando-se avaliar a congruência entre as respostas fornecidas a um mesmo atributo. Outra forma de verificação se dá pela aplicação de duas ou mais versões de um instrumento, similares em conteúdo, instruções e demais características, dentro de um período de tempo relativamente curto¹⁵⁹.

Quando um instrumento é composto por vários itens, sua confiabilidade pode ser apreciada medindo sua consistência interna, ou seja, verificando a homogeneidade entre seus diversos componentes¹⁶³. Diferentemente das outras abordagens, a confiabilidade obtida por esse meio requer somente uma aplicação da medida e consiste na apreciação da correlação entre as pontuações verificadas a partir da divisão do instrumento em duas metades. Supõe-se que um indivíduo com determinado nível de pontuação em uma metade do instrumento tenderá a apresentar o mesmo nível na segunda, assim, quanto mais semelhantes forem os escores nas duas metades, mais confiável será o instrumento¹⁵⁹.

Embora, na literatura, a validade do instrumento seja apresentada como um primeiro requisito a ser analisado¹⁶⁷, alguns autores afirmam que a confiabilidade deva ser verificada anteriormente^{159,162}, pois consideram esse aspecto como pré-requisito para que um instrumento seja declarado válido. Dessa forma, propormos, como uma etapa de verificação da qualidade do instrumento descrito anteriormente, realizar a análise de sua confiabilidade.

2.6 MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal para a análise de confiabilidade de instrumento voltado às condições de moradia e inserção social de pessoas com TMG

2.6.1 Local do estudo

O estudo foi realizado em cinco CAPS III do município de Santos/SP. Os CAPS são serviços de saúde mental comunitários e substitutivos aos hospitais psiquiátricos, constituindo-se como referência para o tratamento de pessoas com TMG e têm como objetivo a realização de “acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”⁹⁷.

Os CAPS III diferenciam-se por funcionarem em regime de 24h e terem capacidade operacional para atendimento em municípios com mais de 200.000 habitantes¹⁶⁸. No município de Santos/SP, esses serviços são territorializados, e cada unidade é responsável pela cobertura de uma região determinada, sendo a abrangência de cada unidade configurada conforme a quadro 2.

Quadro 2 – Bairros atendidos por cada CAPS III do município de Santos – 2018

CAPS	Bairros atendidos
Zona Noroeste	Alemoa, Areia Branca, Jd. Bom Retiro, Jd. Castelo, Morro da Penha, Jd. Piratininga, Jd. Rádio Clube, Saboó, Jd. Santa Maria, Jd. São Manoel e Vila São Jorge
Centro	Centro, Encruzilhada (até o canal 3), Macuco, Monte Serrat, Morro Pacheco, Valongo, Vila Mathias (até o canal 3) e Vila Nova
Praia	Aparecida, Boqueirão, Embaré, Estuário, Ponta da Praia e Área Continental
Vila	Campo Grande (Av. Ana Costa até Canal 2), Gonzaga, Jabaquara, Morro do Jabaquara, Morro Nova Cintra, Morro São Bento, Vila Belmiro e Vila Mathias (Canal 3 até Av. Ana Costa)
Orquidário	Campo Grande (Canal 1 até Canal 2), José Menino, Marapé, Morro do Marapé, Morro Santa Terezinha e Pompéia

Fonte: Chefes de unidade dos CAPS III do município de Santos/SP

Os serviços CAPS III santistas oferecem três modalidades de atendimento, conforme o nível de complexidade de cuidado necessário, identificados por meio de projetos terapêuticos singulares. Em níveis progressivos de complexidade, são ofertados: atendimento ambulatorial médico-psiquiátrico, hospitalidade diurna (HD) e acolhimento noturno¹⁶⁹.

2.6.2 Participantes

Participaram do estudo 46 usuários, maiores de 18 anos e de ambos os sexos, dos cinco serviços CAPS III do município de Santos/SP, distribuídos conforme a tabela 5. Os participantes foram selecionados por conveniência, a partir de convite realizado aos presentes em datas pré-acordadas com os gestores de cada unidade.

Visando a obter respostas de usuários com diferentes níveis de necessidade de cuidados, foram convidados a participar do estudo usuários que frequentavam os CAPS em regime de HD e usuários que somente acessavam as consultas médicas (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos entrevistados conforme serviço e regime de tratamento – Santos – 2018

Nome do serviço	HD	Amb.	Total	%
Zona Noroeste	4	2	6	13,04
Centro	2	1	3	6,52
Praia	6	3	9	19,57
Vila	10	2	12	26,09
Orquidário	9	7	16	34,78
TOTAL	31	15	46	100,00

Adotaram-se como critérios de exclusão para participação no estudo: estar em regime de acolhimento noturno em razão do agravamento dos sintomas psiquiátricos ou a presença de deficiência intelectual grave ou profunda.

2.6.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista presencial nos cinco serviços CAPS III, entre os meses de agosto a outubro de 2018. Em dias pré-acordados com cada gestor de unidade, foram convidados a participar da pesquisa todos os usuários presentes nos espaços de convivência destinados aos usuários em regime de HD, bem como os usuários em regime ambulatorial que aguardavam pela consulta médica.

Ao término das entrevistas, os participantes foram convidados a responder novamente ao questionário para verificação de estabilidade temporal. Adotou-se como procedimento o pré-agendamento da segunda entrevista ao final da primeira, com a confirmação da presença por meio de contato telefônico com um dia de antecedência.

Apesar de todos os entrevistados terem sido convidados para a segunda aplicação do questionário, apenas 24 aceitaram realizar uma nova entrevista. Entre as razões para a não participação no segundo momento, estiveram a recusa em participar

de outra entrevista, a mudança de moradia durante o intervalo estabelecido, o não comparecimento na data agendada e a não localização do entrevistado por meio dos contatos telefônicos fornecidos.

Embora o planejamento do estudo tenha previsto um intervalo de quinze dias entre a primeira e a segunda entrevista, esse intervalo variou entre 13 a 24 dias com relação ao primeiro evento por questões de disponibilidade dos entrevistados.

2.6.4 Dimensões e itens analisados

O questionário em análise foi desenvolvido por Furtado et al.⁸ para o estudo das condições de moradia de pessoas com TMG. Neste estudo, utilizamos alguns itens, conforme descritos no Quadro 3, que consideramos delinear parte das dimensões que compõem o modelo teórico.

Quadro 3 – Dimensões estudadas e os itens correspondentes

Dimensões	Itens
Convívio: família/núcleo habitacional	q.39.1, q.40, q.41, q.42, q.44.1, q.45.1, q.46.1, q.47.1
Convívio: amigos/vizinhos	q.39.7, q.39.8, q.39.2, q.39.9, q.44.2, q.44.3, q.45.2, q.45.3, q.45.4, q.46.2, q.46.3, q.46.4, q.47.2, q.47.3, q.47.4
Convívio: inserção no serviço	q.39.4, q.39.6, q.44.4, q.44.7, q.45.5, q.46.7, q.47.5
Convívio: situação de trabalho	q.39.5, q.44.6, q.45.6, q.46.6, q.47.6
Suporte	q.48, q.49
Morar	q.55, q.56, q.58, q.59, q.60, q.61, q.62, q.63, q.64, q.65, q.66, q.67, q.68, q.69
Habitar	q.53, q.54, q.57

Os itens que se referem à dimensão convívio abrangem, a partir de diferentes formas de interação, os tipos: família/núcleo habitacional, amigos/vizinhos, inserção no serviço e situação de trabalho. Já a dimensão suporte, não pode ser inteiramente descrita

pelos itens do questionário, restringindo-se às visitas domiciliares realizadas pelos serviços de saúde. Os itens referentes ao morar verificam, a partir da percepção da satisfação dos entrevistados, aspectos referentes a segurança, conforto e privacidade da moradia, além da satisfação com a vizinhança e os serviços oferecidos no bairro. A dimensão habitar é verificada através dos itens que dizem respeito à possibilidade de inserir objetos e modificar a sua disposição.

Para as perguntas que aceitavam mais de uma resposta (q.39, q.44-47 e q. 50), cada item foi considerado como uma variável dicotômica. Na dimensão rede social: amigos/vizinhos incluimos, também, as questões referentes a comerciantes e pessoal da igreja, por entendermos que essa dimensão se refere à rede social expandida. As questões referentes às relações estabelecidas com familiares foram incluídas na dimensão família/núcleo habitacional, pois os enunciados não diferenciam entre família nuclear e família expandida.

Para o item 39.9, o qual pertence ao conjunto de questões que se relacionam a conversar com pessoas que não compartilham da mesma casa, e trata deste assunto em relação ao(à) namorado(a), foram considerados quaisquer tipos de relacionamentos afetivos, porém, as respostas de pessoas que se declararam casadas ou em união estável foram consideradas não aplicáveis, uma vez que elas residiam junto aos parceiros. Os itens q.40, q.41 e q.42, questionando o entrevistado sobre o relacionamento com as pessoas que moram juntas, foram considerados não aplicáveis às pessoas que moram sozinhas. Na questão q.49, acrescentaram-se as alternativas “quinzenalmente”, “esporadicamente” e “nunca”, para melhor adequação do item à situação dos entrevistados.

2.6.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram tabulados utilizando o software *Microsoft Excel*, e as análises estatísticas foram realizadas pelo software *Stata*, na sua versão 13.

2.6.5.1 Análises descritivas

Realizou-se análise descritiva dos dados por meio do cálculo de frequência simples e proporções para variáveis categóricas e ordinais, e média e desvio padrão para variáveis contínuas. Os participantes foram caracterizados a partir de variáveis sociodemográficas referentes a sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e recebimento de benefícios previdenciários, assistenciais ou oriundos da participação em programas de auxílio de reabilitação psicossocial ou transferência de renda. A caracterização do tratamento foi realizada a partir dos anos de tratamento e das quantidades de internações psiquiátricas. Aspectos da moradia foram descritos conforme o tipo de imóvel, condição de propriedade, tempo de permanência no atual imóvel e pelo fato de o entrevistado morar sozinho ou não.

As variáveis relacionadas a inserção social também foram analisadas quanto à distribuição das frequências das respostas e suas proporções, considerando-se a totalidade dos participantes da primeira entrevista ($N_1=46$), bem como os participantes da técnica teste-reteste ($N_{2,3}=24$), em seus dois momentos.

2.6.5.2 Estudo de Confiabilidade

A confiabilidade do instrumento foi verificada quanto a **estabilidade** das respostas e quanto a consistência interna. A estabilidade foi analisada através do método teste-reteste, com a medida de concordância entre os dados obtidos por meio do coeficiente Kappa de Cohen¹⁷⁰ (κ), para as variáveis categóricas. Para as variáveis ordinais utilizou-se o coeficiente Kappa ponderado¹⁷¹ (κ_w), com os pesos atribuídos pelo método quadrático. Para esses dois coeficientes apresentaremos os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

O coeficiente Kappa (κ) foi desenvolvido por Jacob Cohen¹⁷⁰ para verificar se uma mesma medida fornecida por uma variável categórica apresentaria o mesmo resultado quando averiguada por duas ou mais pessoas diferentes, o que demonstraria sua reprodutibilidade. Esse coeficiente também pode ser usado para situações em que uma mesma pessoa é avaliada em dois momentos distintos¹⁶³, como no caso do presente estudo, e indica o grau de concordância entre as duas medições, levando em consideração que uma determinada proporção de concordância possa ocorrer devido ao acaso. O valor de Kappa varia entre -1 e 1, em que -1 indicaria total ausência de concordância, 0 indicaria uma concordância atribuível unicamente ao acaso e 1 indicaria uma concordância perfeita.

Para escalas ordinais, Cohen¹⁷¹ propôs uma variação do coeficiente Kappa que considera a existência de pesos diferentes, a depender da distância da discordância entre as duas medidas. Por exemplo, em uma escala de cinco itens com alternativas variando de “Nada satisfeito” a “Muito satisfeito”, a discordância entre uma medida que indica “Nada satisfeito” e outra que indica “Pouco satisfeito” possui um peso diferente em relação à discordância entre uma medida que indica “Nada satisfeito” e outra que indica

“Muito satisfeito”. Esse coeficiente foi denominado Kappa ponderado (κ_w), e sua interpretação é a mesma do Kappa.

Como critério de classificação para a força de concordância, utilizamos a proposição de Landis e Koch¹⁷², em que $\kappa < 0$ representa que não há concordância, $0 \leq \kappa < 0,21$ que há a presença de concordância pobre, $0,21 \leq \kappa < 0,41$ que há concordância leve, $0,41 \leq \kappa < 0,61$ que há concordância moderada, $0,61 \leq \kappa < 0,81$ que há concordância substancial e $0,81 \leq \kappa < 1,00$ que há concordância quase perfeita.

Devido à grande variedade no formato das perguntas presentes no questionário, a **consistência interna** foi analisada apenas para algumas das dimensões, sendo elas: autonomia, rede social referente ao tipo família/núcleo habitacional, rede social do tipo amigos/vizinhos, rede social estabelecida a partir da situação de trabalho e rede social a partir da inserção no serviço, todas elas formadas por variáveis dicotômicas. Também foi analisada a consistência interna da dimensão relacionada ao morar, que apresenta variáveis no formato de escala Likert de 5 itens. Realizou-se o cálculo do coeficiente KR20 para as variáveis dicotômicas e alfa de Cronbach¹⁷³ para as variáveis ordinais, considerando valores acima de 0,7 como uma consistência interna aceitável para ambos os coeficientes¹⁶⁵. Também foram verificadas as correlações item-total, considerando valores entre 0,4 a 0,7 como desejáveis¹⁶⁵, e as variações dos valores dos dois coeficientes para caso algum item seja retirado. Nessa análise, utilizaram-se os dados referentes ao total dos participantes da primeira entrevista ($N_1=46$).

O coeficiente KR20 foi desenvolvido por Kuder e Richardson¹⁷⁴ para verificação da consistência interna entre itens dicotômicos de uma mesma escala. Ele considera a média de todas as correlações que se obtêm quando o conjunto de itens é dividido pela metade de todas as formas possíveis¹⁶². O coeficiente alfa é uma variação do KR20 e foi desenvolvido por Lee J. Cronbach¹⁷³, sendo utilizado para escalas politômicas¹⁶². Em

ambos os casos, os valores podem variar de 0 a 1, em que 0 indicaria ausência total de consistência interna e 1 a presença de consistência 100%¹⁶⁶.

2.6.3 Aspectos Éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (CAAE: 71611117.3.0000.0065) em cumprimento aos preceitos estabelecidos na Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado em 20 de setembro de 2017, por meio do parecer n° 2.286.709 (Anexo C). Com base nesses preceitos, foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), visando a assegurar cuidados éticos para que a participação dos informantes se desse de maneira voluntária, consciente e segura.

2.7 RESULTADOS

2.7.1 Características dos participantes e das moradias

Este estudo contou com 46 participantes, usuários dos serviços CAPS III no município de Santos. Os entrevistados, em sua maioria, eram do sexo feminino (58,7%), solteiros (67,39%) e encontravam-se na faixa etária de 50 anos ou mais (47,83%). A média de idade foi de 49,3 anos (DP=13,25). Com relação à cor da pele, 54,35% dos usuários se autodeclararam brancos. O nível de escolaridade mais presente foi ensino médio completo (34,78%), seguido por ensino fundamental incompleto (26,09%). No momento da entrevista, 86,96% dos participantes não exerciam atividade laboral, dividindo-se em 50% de desempregados e 36,96% de aposentados. Participavam de algum programa de transferência de renda ou recebiam algum benefício previdenciário ou assistencial 76,09% dos entrevistados (Tabela 6).

No tocante às características do tratamento, os entrevistados apresentaram média de 17,5 anos de tratamento (DP=11,9), variando entre 0 a 46 anos, com uma média de 3,4 internações (DP=5,9), variando entre 0 a 39 eventos, sendo que 41,3% dos entrevistados tiveram ao menos 3 internações.

Tabela 6 – Frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas – Santos – 2018

Variáveis	Categoria	N	%
Sexo	Masculino	19	41,3
	Feminino	27	58,7
Faixa etária	18 a 29 anos	3	6,52
	30 a 39 anos	5	10,87
	40 a 49 anos	16	34,78
	Mais de 50 anos	22	47,83
Cor da Pele	Branca	25	54,35
	Preta	6	13,04
	Parda	15	32,61

(continua)

Tabela 6 – Frequência absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas – Santos – 2018 (continuação)

Estado Civil	Solteiro	31	67,39
	Casado	5	10,87
	Viúvo	3	6,52
	União estável	1	2,17
	Separado	4	8,70
	Divorciado	2	4,35
Escolaridade	Fundamental incompleto	12	26,09
	Fundamental completo	7	15,22
	Médio incompleto	3	6,52
	Médio completo	16	34,78
	Superior incompleto	2	4,35
	Superior completo	6	13,04
Situação Profissional	Desempregado	23	50
	Aposentado	17	36,96
	Assalariado sem carteira	1	2,17
	Profissional liberal	1	2,17
	Faz bicos	2	4,35
	Portuário	1	2,17
	Servidor Público	1	2,17
Benefícios	Não recebe	11	23,91
	Aposentadoria	17	39,96
	Pensão	1	2,17
	Auxílio doença	4	8,7
	Auxílio acidente	1	2,17
	BPC	7	15,22
	Bolsa Família	5	10,87

Entre os participantes, 45,65% moravam em casas e 32,61% em apartamentos. Apesar dos dois serviços residenciais terapêuticos do município estarem situados em imóveis do tipo casa, consideramos estes imóveis como uma categoria à parte, por se tratar de moradias especificamente voltadas a pessoas com TMG e consideradas como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial¹⁶⁸. Quatro dos entrevistados (8,7%) moravam em SRT.

Sobre a condição de propriedade, 39,13% dos imóveis eram próprios e já quitados; e, na mesma proporção, estiveram os imóveis alugados. Dos entrevistados,

71,74% ocupavam a mesma residência há mais de dois anos, e 17,39% moravam sozinhos (Tabela 7).

Tabela 7 – Frequências absolutas e relativas da caracterização dos imóveis habitados - Santos - 2018

Variáveis	Categoria	N	%
Tipo de Moradia	Casa	21	45,65
	Apartamento	15	32,61
	Pensão	1	2,17
	Quarto alugado	4	8,7
	Outro	1	2,17
	SRT	4	8,7
Condição de Propriedade	Própria quitada	18	39,13
	Própria pagando	2	4,35
	Alugada	18	39,13
	Cedida	8	17,39
Tempo em que mora na atual casa	Até 6 meses	6	13,04
	Mais de 6 meses a 12 meses	3	6,52
	Mais de 12 meses a 24 meses	3	6,52
	Mais que 24 meses	33	71,74
	Não respondeu	1	2,17
Moram sozinhos	Sim	8	17,39
	Não	38	82,61

2.7.2 Análise descritiva das variáveis relacionadas à inserção social

A análise da distribuição das respostas das variáveis selecionadas foi realizada considerando-se a totalidade dos participantes da primeira entrevista, bem como as frequências absolutas e relativas encontradas entre os participantes da técnica teste-reteste em seus dois momentos. Todos os valores estão apresentados na tabela 8.

Considerando o total dos participantes da primeira entrevista, observamos que na dimensão **convívio: família/ núcleo habitacional**, com exceção de um item, as respostas foram positivas, apresentando prevalência consideravelmente maior para ter um bom relacionamento com as pessoas que moram juntas, sair com as pessoas que

moram juntas e procurar pela família quando se tem um problema, respectivamente. Os itens relacionados a conversar com parentes, ser convidado para festas, ser procurado quando alguém precisa de ajuda e ser visitado apresentaram proporções similares entre as alternativas “sim” e “não”, e entre “muito” e “pouco” para conversar com as pessoas que moram juntas. Nos itens q.40, q.41 e q.42, foram consideradas não aplicáveis as respostas de oito entrevistados que moravam sozinhos.

Na dimensão **convívio: amigos/vizinhos**, apenas conversar com pessoas da igreja apresentou maior proporção de respostas “sim”, enquanto onze itens tiveram maior número de respostas “não”. A questão sobre conversar com vizinhos apresentou proporção igual para as duas alternativas. Para o item 39.9, as respostas de seis pessoas que se declararam casadas ou em união estável foram consideradas como não aplicáveis. Na dimensão **convívio: inserção no serviço**, conversar com profissionais e pacientes do CAPS e procurar pelo pessoal do CAPS apresentaram maior número de respostas “sim”, enquanto os outros itens tiveram maior prevalência de respostas negativas. Na dimensão **convívio: situação de trabalho**, as respostas “não” tiveram maior prevalência, sendo que em dois itens, procurar e ser procurado diante de um problema, esta resposta foi apontada por todos os participantes.

Na dimensão que trata do **suporte**, receber visita de profissional de saúde apresentou proporções similares entre as duas alternativas. Sobre a periodicidade da visita a grande maioria apontou que “nunca” recebeu visita e nenhum entrevistado afirmou receber visita diária desses profissionais.

A dimensão sobre o **habitar** apresentou maior frequência de respostas para os itens relacionados a possuir fotos ou outros objetos de interesse decorando a casa e sentir-se à vontade para mudar os móveis de lugar. Nas questões referentes à dimensão **morar**, com escala de 5 itens, as alternativas positivas foram respondidas com maior

frequência em oito itens, com a alternativa “satisfeito” prevalecendo. Em um item, sobre a satisfação sobre o bairro, a distribuição das respostas entre alternativas positivas e negativas foi igual.

Entre os participantes da técnica teste-reteste, observamos na dimensão **convívio: família/ núcleo habitacional**, que cinco itens apresentaram respostas predominantemente positivas na fase teste e sete na fase reteste. Os demais itens apresentaram proporções similares entre as alternativas “sim” e “não”, nas duas fases. Nos itens q.40, q.41 e q.42, foram consideradas não aplicáveis as respostas de quatro entrevistados que moravam sozinhos. Na dimensão **convívio: amigos/vizinhos**, somente o item sobre conversar com comerciantes apresentou maior proporção de respostas “sim” nas duas fases. O item sobre conversar com a namorada apresentou maior proporção de respostas negativas na primeira fase, e receber visita do pessoal da igreja na segunda fase.

Na dimensão **convívio: inserção no serviço**, conversar com profissionais e pacientes do CAPS e procurar pelo pessoal do CAPS apresentaram maior número de respostas “sim”, sendo que conversar com outros pacientes recebeu 100% das respostas sim na fase teste. Os outros itens tiveram maior prevalência de respostas negativas, com maior proporção de respostas “não” para receber visita do pessoal do CAPS nas duas fases da técnica. Na dimensão **convívio: situação de trabalho**, as respostas “não” tiveram maior prevalência, sendo que, em dois itens na fase teste, procurar e ser procurado diante de um problema, e em um item na fase reteste, receber visita de colegas de trabalho, esta resposta foi apontada por todos os participantes.

Na dimensão que trata do **suporte**, as questões apresentaram distribuições semelhantes àsquelas observadas para o total de participantes da primeira entrevista, em que receber visita de profissional de saúde apresentou proporções similares entre as

duas alternativas, e a alternativa “nunca” foi a mais assinalada, quando se perguntou sobre a periodicidade da visita. Do mesmo modo, nenhum entrevistado afirmou receber visita diária dos profissionais.

A dimensão sobre o **habitar** apresentou maior frequência de respostas para o item relacionado a sentir-se à vontade para mudar os móveis de lugar tanto no teste quanto no reteste. Os itens a respeito de possuir animais de estimação ou fotos e outros objetos de interesse decorando a casa tiveram maior proporção de respostas negativas nas duas etapas, sendo que, neste último item, a alternativa “um pouco” não apresentou nenhuma resposta durante a fase teste. Na dimensão **morar**, todos os itens foram respondidos com a alternativa “sim” em maior proporção, com a alternativa “satisfeito” prevalecendo, nas duas fases do teste-reteste. No item referente à satisfação com o comércio, a alternativa “nada satisfeito” não foi respondida por nenhum entrevistado nas duas fases. O mesmo ocorreu com as alternativas “indiferente”, com relação à satisfação com o transporte do bairro, e as alternativas “nada satisfeito” e “indiferente” do item sobre a satisfação quanto à proximidade dos serviços de saúde, na fase reteste.

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à inserção social - Santos - 2018

Pergunta		N ₁ (%)	N ₂ (%)	N ₃ (%)
q.39.1	Pessoas c/ quem conversa: parentes			
	Sim	22 (47,83)	11 (45,83)	14 (58,33)
	Não	24 (52,17)	13 (54,17)	10 (41,67)
q.40	Relac. c/ pessoas que moram juntas ¹			
	Bom	27 (71,05)	15 (75,0)	14 (70,0)
	Regular	7 (18,42)	4 (20,0)	4 (20,0)
	Ruim	4 (10,53)	1 (5,0)	2 (10,0)
q. 41	Conversa c/ as pessoas que moram juntas ¹			
	Muito	20 (52,63)	12 (60,0)	8 (40,0)
	Pouco	17 (44,74)	7 (35,0)	11 (55,0)
	Nada	1 (2,63)	1 (5,0)	1 (5,0)

(continua)

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à inserção social - Santos – 2018 (continuação)

q.42	Costuma sair c/ as pessoas que moram juntas			
	Sim	27 (71,05)	14 (70,0)	15 (75,0)
	Não	11 (28,95)	6 (30,0)	5 (25,0)
q.44.1	Convida a participar de festas: familiares			
	Sim	22 (47,83)	11 (45,83)	15 (62,5)
	Não	24 (52,17)	13 (54,17)	9 (37,5)
q.45.1	Qdo. tem um problema procura por: família			
	Sim	27 (58,7)	13 (54,17)	16 (66,67)
	Não	19 (41,3)	11 (45,83)	8 (33,33)
q.46.1	Quem lhe procura qdo precisa de ajuda: família			
	Sim	25 (54,35)	14 (58,33)	16 (66,67)
	Não	21 (45,65)	10 (41,67)	8 (33,33)
q.47.1	Costuma visitá-lo: família			
	Sim	24 (52,17)	15 (62,5)	14 (58,33)
	Não	22 (47,83)	9 (37,5)	10 (41,67)
q.39.7	Pessoas c/ quem conversa: comerciantes			
	Sim	26 (56,52)	14 (58,33)	15 (62,5)
	Não	20 (43,48)	10 (41,67)	9 (37,5)
q.39.8	Pessoas c/ quem conversa: pessoas da igreja			
	Sim	27 (58,7)	14 (41,67)	9 (37,5)
	Não	19 (41,3)	10 (58,33)	15 (62,5)
q.39.2	Pessoas c/ quem conversa: vizinhos			
	Sim	23 (50,0)	10 (41,67)	10 (41,67)
	Não	23 (50,0)	14 (58,33)	14 (58,33)
q.39.9	Pessoas c/ quem conversa: namorado(a)			
	Sim	9 (22,5)	3 (15,8)	2 (10,53)
	Não	31 (77,5)	16 (84,2)	17 (89,47)
q.44.2	Convida a partic. de festas: vizinhos			
	Sim	8 (17,4)	4 (16,67)	5 (20,83)
	Não	38 (82,6)	20 (83,33)	19 (79,17)
q.44.3	Convida a partic. de festas: pessoal da igreja			
	Sim	11 (23,91)	7 (29,17)	4 (16,67)
	Não	35 (76,09)	17 (70,83)	20 (83,33)
q.44.8	Convida a participar de festas: outros			
	Sim	24 (52,17)	7 (29,17)	7 (29,17)
	Não	22 (47,83)	17 (70,83)	17 (70,83)
q.45.2	Qdo tem um probl procura por: amigos ou conhecidos			
	Sim	9 (19,57)	4 (16,67)	5 (20,83)
	Não	37 (80,43)	20 (83,33)	19 (79,17)
q.45.3	Qdo tem um probl procura por: vizinhos			
	Sim	6 (13,04)	4 (16,67)	5 (20,83)
	Não	40 (86,96)	20 (83,33)	19 (79,17)

(continua)

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à inserção social - Santos – 2018 (continuação)

q.45.4	Qdo tem um problema procura por: pessoal da igreja			
	Sim	12 (26,09)	8 (33,33)	5 (20,83)
	Não	34 (73,91)	16 (66,67)	19 (79,17)
q.46.2	Quem lhe procura qdo precisa de ajuda: migos ou conhecidos			
	Sim	21 (45,65)	10 (41,67)	7 (29,17)
	Não	35 (54,35)	14 (58,33)	17 (70,83)
q.46.3	Quem lhe procura qdo precisa de ajuda: vizinhos			
	Sim	9 (19,57)	4 (16,67)	4 (16,67)
	Não	37 (80,43)	20 (83,33)	20 (83,33)
q.46.4	Quem lhe procura qdo precisa de ajuda: pessoal da Igreja			
	Sim	11 (23,91)	7 (29,17)	3 (12,5)
	Não	35 (76,09)	17 (70,83)	21 (87,5)
q.47.2	Costuma visitá-lo: amigos ou conhecidos			
	Sim	14 (30,43)	7 (29,17)	10 (41,67)
	Não	32 (69,57)	17 (70,83)	14 (58,33)
q.47.3	Costuma visitá-lo: vizinhos			
	Sim	9 (19,57)	5 (20,83)	4 (16,67)
	Não	37 (80,43)	19 (79,17)	20 (83,33)
q.47.4	Costuma visitá-lo: pessoal da igreja			
	Sim	8 (17,39)	5 (20,83)	2 (8,33)
	Não	38 (82,61)	19 (79,17)	22 (91,67)
q.39.4	Pessoas c/ quem conversa: profissionais CAPS/SRT			
	Sim	43 (93,48)	23 (95,83)	23 (95,83)
	Não	3 (6,52)	1 (4,17)	1 (4,17)
q.39.6	Pessoas c/ quem conversa: outros pacientes			
	Sim	41 (89,13)	24 (100,0)	22 (91,67)
	Não	5 (10,87)	0 (0,0)	2 (8,33)
q.44.4	Convida a participar de festas: usuários do CAPS			
	Sim	11 (23,91)	6 (25,0)	5 (20,83)
	Não	35 (76,09)	18 (75,0)	19 (79,17)
q.44.7	Convida a participar de festas: CAPS			
	Sim	19 (41,3)	9 (37,5)	12 (50,0)
	Não	37 (58,7)	15 (62,5)	12 (50,0)
q.45.5	Qdo tem um probl procura por: pessoal do CAPS			
	Sim	34 (73,91)	20 (83,33)	19 (79,17)
	Não	12 (26,09)	4 (16,67)	5 (20,83)
q.46.7	Quem lhe procura quando precisa de ajuda: colegas do CAPS			
	Sim	18 (39,13)	9 (37,5)	7 (29,17)
	Não	28 (60,87)	15 (62,5)	17 (70,83)

(continua)

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à inserção social - Santos – 2018 (continuação)

q.47.5	Costuma visitá-lo: pessoal do CAPS			
	Sim	4 (8,7)	3 (12,5)	2 (8,33)
	Não	42 (91,3)	21 (87,5)	22 (91,67)
q.39.5	Pessoas c/ quem conversa: colegas de trabalho			
	Sim	3 (6,52)	1 (4,17)	2 (8,33)
	Não	43 (93,48)	23 (95,83)	22 (91,67)
q.44.6	Convida a partic de festas: colegas de trabalho			
	Sim	2 (4,35)	1 (4,17)	1 (4,17)
	Não	34 (95,65)	23 (95,83)	23 (95,83)
q.45.6	Qdo tem um probl procura por: colegas de trabalho			
	Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,17)
	Não	46 (100,0)	24 (100,0)	23 (95,83)
q.46.6	Quem lhe procura qdo precisa de ajuda: colegas de trabalho			
	Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,17)
	Não	46 (100,0)	24 (100,0)	23 (95,83)
q.47.6	Costuma visitá-lo: colegas de trabalho			
	Sim	2 (4,35)	1 (4,17)	0 (0,0)
	Não	44 (95,65)	23 (95,83)	24 (100,0)
q.48	Recebe visita de profissionais de saúde			
	Sim	22 (47,83)	13 (54,17)	13 (54,17)
	Não	24 (52,17)	11 (45,83)	11 (45,83)
q.49	Periodicidade. que recebe visita de prof. de saúde			
	Diária	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Semanal	6 (13,04)	4 (16,67)	5 (20,83)
	Quinzenal	1 (2,17)	1 (2,17)	0 (0,0)
	Mensal	5 (10,87)	3 (12,5)	2 (8,33)
	Esporádico	10 (21,74)	5 (20,83)	6 (25,0)
	Nunca	24 (52,17)	11 (45,83)	11 (45,83)
q.53	Possui fotos ou outros objeto que goste decorando a casa			
	Sim	29 (63,04)	11 (45,83)	8 (33,33)
	Não	17 (36,96)	13 (54,17)	16 (66,67)
q.54	Possui animais de estimação			
	Sim	21 (45,65)	7 (29,17)	7 (29,17)
	Não	25 (54,35)	17 (70,83)	17 (70,83)
q.57	Sente-se à vontade para mudar móveis e decoração da moradia			
	Sim	27 (58,7)	16 (66,67)	15 (62,5)
	Um pouco	2 (4,35)	0 (0,0)	1 (4,17)
	Não	17 (36,96)	8 (33,33)	8 (33,33)

(continua)

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à inserção social - Santos – 2018 (continuação)

q.56	Ajuda a cuidar do local de moradia			
	Sim	42 (91,3)	21 (87,5)	21 (87,5)
	Não	4 (8,7)	3 (12,5)	3 (12,5)
q.58	Tem vontade de mudar para outra moradia			
	Sim	32 (69,57)	17 (70,83)	15 (62,5)
	Não	14 (30,43)	7 (29,17)	9 (37,5)
q.55	Gosta de ficar no local de moradia			
	Muito	29 (63,04)	15 (62,5)	12 (50,0)
	Um Pouco	11 (23,91)	6 (25,0)	8 (33,33)
	Não gosta	6 (13,04)	3 (12,5)	4 (16,67)
q.59	Satisfação quanto ao conforto da moradia			
	Nada Satisfeito	7 (15,22)	2 (8,33)	4 (16,67)
	Pouco Satisfeito	9 (19,57)	6 (25,0)	3 (12,5)
	Indiferente	1 (2,17)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Satisfeito	20 (43,48)	9 (37,5)	11 (45,83)
	Muito Satisfeito	9 (19,57)	7 (29,17)	6 (25,0)
q.60	Satisfação quanto à segurança da moradia			
	Nada Satisfeito	8 (17,39)	3 (12,5)	4 (16,67)
	Pouco Satisfeito	7 (15,22)	2 (8,33)	2 (8,33)
	Indiferente	1 (2,17)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Satisfeito	22 (47,83)	13 (54,17)	13 (54,17)
	Muito Satisfeito	8 (17,39)	6 (25,0)	5 (20,83)
q.61	Satisfação quanto à privacidade da moradia			
	Nada Satisfeito	8 (17,39)	2 (8,33)	3 (12,5)
	Pouco Satisfeito	12 (26,09)	9 (37,5)	7 (29,17)
	Indiferente	1 (2,17)	0 (0,0)	1 (4,17)
	Satisfeito	17 (36,96)	8 (33,33)	10 (41,67)
	Muito Satisfeito	8 (17,39)	5 (20,83)	3 (12,5)
q.63	Satisfação quanto ao lazer no bairro			
	Nada Satisfeito	4 (8,7)	2 (8,33)	1 (4,17)
	Pouco Satisfeito	15 (32,61)	7 (29,17)	5 (20,83)
	Indiferente	6 (13,04)	2 (8,33)	2 (8,33)
	Satisfeito	16 (34,78)	9 (37,5)	11 (45,83)
	Muito Satisfeito	5 (10,87)	4 (16,67)	5 (20,83)
q.64	Satisfação quanto à vizinhança no bairro			
	Nada Satisfeito	4 (8,7)	3 (12,5)	2 (8,33)
	Pouco Satisfeito	8 (17,39)	4 (16,67)	2 (8,33)
	Indiferente	8 (17,39)	1 (4,17)	3 (12,5)
	Satisfeito	21 (45,65)	12 (50,0)	15 (62,5)
	Muito Satisfeito	5 (10,87)	4 (16,67)	2 (8,33)

(continua)

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à inserção social - Santos – 2018 (conclusão)

q.65	Satisfação. quanto à segurança no bairro			
	Nada Satisfeito	5 (10,87)	2 (8,33)	5 (20,83)
	Pouco Satisfeito	11 (23,91)	3 (12,5)	2 (8,33)
	Indiferente	2 (4,35)	1 (4,17)	1 (4,17)
	Satisfeito	21 (45,65)	12 (50,0)	11 (45,83)
	Muito Satisfeito	7 (15,22)	6 (25,0)	5 (20,83)
q.66	Satisfação quanto ao comércio no bairro			
	Nada Satisfeito	2 (4,35)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Pouco Satisfeito	3 (6,52)	1 (4,17)	1 (4,17)
	Indiferente	2 (4,35)	1 (4,17)	1 (4,17)
	Satisfeito	29 (63,04)	15 (62,5)	16 (66,67)
	Muito Satisfeito	10 (21,74)	7 (29,17)	6 (25,0)
q.67	Satisfação quanto aos serviços públicos no bairro			
	Nada Satisfeito	2 (4,35)	1 (4,17)	1 (4,17)
	Pouco Satisfeito	7 (15,22)	2 (8,33)	1 (4,17)
	Indiferente	2 (4,35)	1 (4,17)	2 (8,33)
	Satisfeito	27 (58,7)	15 (62,5)	15 (62,5)
	Muito Satisfeito	8 (17,39)	5 (20,83)	5 (20,83)
q.68	Satisfação. quanto ao transporte no bairro			
	Nada Satisfeito	1 (2,17)	1 (4,17)	3 (12,5)
	Pouco Satisfeito	3 (6,52)	2 (8,33)	1 (4,17)
	Indiferente	3 (6,52)	1 (4,17)	0 (0,0)
	Satisfeito	32 (69,57)	14 (58,33)	16 (66,67)
	Muito Satisfeito	7 (15,22)	6 (25,0)	4 (16,67)
q.69	Satisfação quanto à proximidade dos serv. de saúde			
	Nada Satisfeito	3 (6,52)	1 (4,17)	0 (0,0)
	Pouco Satisfeito	6 (13,04)	4 (16,67)	4 (16,67)
	Indiferente	2 (4,35)	1 (4,17)	0 (0,0)
	Satisfeito	25 (54,35)	11 (45,83)	16 (66,67)
	Muito Satisfeito	10 (21,74)	7 (29,17)	4 (16,67)
q.62	Como se sente com relação ao bairro			
	Importante viver nele	18 (39,13)	12 (50,0)	16 (66,67)
	Indiferente viver nele	10 (21,74)	3 (12,5)	2 (8,33)
	Gostaria de se mudar	18 (39,13)	9 (37,5)	6 (25,0)

¹ N₁= 38 e N_{2,3}= 20

N₁: Amostra total da 1^a entrevista

N₂: Amostra dos participantes do teste-reteste na 1^a entrevista

N₃: Amostra dos participantes do teste-reteste na 2^a entrevista

2.7.3 Estudo de confiabilidade

Participaram de uma segunda entrevista 24 usuários dos CAPS III. A concordância entre as respostas fornecidas nas entrevistas variou de “leve” a “perfeita”, com coeficientes Kappa entre 0,32 e 1, com intervalo de confiança de 95% (Tabela 9). Dezenove itens apresentaram concordância “moderada”, com coeficientes Kappa variando de 0,43 a 0,61; vinte itens apresentaram concordância “substancial”, com Kappa variando de 0,62 a 0,8; três itens apresentaram concordância “leve”, com Kappa variando de 0,32 a 0,39; e dois itens apresentaram concordância “perfeita”, com Kappa igual a 1,0. Para o item q.39.9, não foram consideradas as respostas de pessoas que vivem junto com o parceiro afetivo ($N_{2,3}=19$); e, nos itens q.40, q.41 e q.42, foram consideradas somente as respostas dos entrevistados que não moravam sozinhos ($N_{2,3}=20$).

Em cinco itens, não foi possível calcular o Kappa, pois todos os participantes forneceram a mesma resposta em uma ou nas duas entrevistas. Os coeficientes Kappa de dez itens não apresentaram significância estatística para a hipótese nula $\kappa = 0$, ou seja, para esses itens, não foi possível afirmar que houve diferença entre a concordância observada e a concordância devido ao acaso.

Tabela 9 – Coeficientes Kappa para cada item analisado, com os intervalos de confiança e interpretações

Pergunta	Kappa	IC 95%	Interpretação
q.39.1 Pessoas com quem conversa: parentes	0,43	0,08 - 0,77	Moderada
q.40 Relacionamento com pessoas que moram juntas	0,61 ^{1,3}	0,22 - 0,88	Moderada
q. 41 Conversa com as pessoas que moram juntas	0,44 ^{1,3}	0,37 - 0,47	Moderada
q.42 Costuma sair com as pessoas que moram juntas	0,38 ³	-0,07 - 0,82	x
q.44.1 Convida a participar de festas: familiares	0,67	0,38 - 0,95	Substancial
q.45.1 Quando tem um problema procura por: família	0,74	0,48 - 1,0	Substancial
q.46.1 Quem lhe procura quando precisa de ajuda: família	0,65	0,34 - 0,96	Substancial
q.47.1 Costuma visitá-lo: família	0,74	0,46 - 1,0	Substancial

(continua)

Tabela 9 – Coeficientes Kappa para cada item analisado, com os intervalos de confiança e interpretações (continuação)

q.39.2	Pessoas com quem conversa: vizinhos	0,66	0,35 - 0,96	Substancial
q.39.7	Pessoas com quem conversa: comerciantes	0,57	0,23 - 0,9	Moderada
q.39.8	Pessoas com quem conversa: pessoas da igreja	0,44	0,12 - 0,76	Moderada
q.39.9	Pessoas com quem conversa: namorado(a)	0,77 ²	0,35 - 1,0	Substancial
q.44.2	Convida a participar de festas: vizinhos	0,59	0,18 - 1,0	Moderada
q.44.3	Convida a participar de festas: pessoal da igreja	0,42	0,02 - 0,83	Moderada
q.45.2	Quando tem um problema procura por: amigos ou conhecidos	0,59	0,18 - 1,0	Moderada
q.45.3	Quando tem um problema procura por: vizinhos	0,59	0,18 - 1,0	Moderada
q.45.4	Quando tem um problema procura por: pessoal da igreja	0,48	0,11 - 0,86	Moderada
q.46.2	Quem lhe procura quando precisa de ajuda: amigos ou conhecidos	0,19	-0,19 - 0,58	x
q.46.3	Quem lhe procura quando precisa de ajuda: vizinhos	0,7	0,31 - 1,0	Substancial
q.46.4	Quem lhe procura quando precisa de ajuda: pessoal da Igreja	0,52	0,14 - 0,9	Moderada
q.47.2	Costuma visitá-lo: amigos ou conhecidos	0,37	0,0 - 0,74	Leve
q.47.3	Costuma visitá-lo: vizinhos	0,32	-0,15 - 0,78	x
q.47.4	Costuma visitá-lo: pessoal da igreja	-0,14	-0,32 - 0,05	x
q.39.4	Pessoas com quem conversa: profissionais CAPS/SRT	-0,04	-0,15 - 0,06	x
q.39.6	Pessoas com quem conversa: outros pacientes	-		-
q.44.4	Convida a participar de festas: usuários do CAPS	0,65	0,28 - 1,0	Substancial
q.44.7	Convida a participar de festas: CAPS	0,75	0,45 - 1,0	Substancial
q.45.5	Quando tem um problema procura por: pessoal do CAPS	0,59	0,18 - 1,0	Moderada
q.46.7	Quem lhe procura quando precisa de ajuda: colegas do CAPS	0,44	0,07 - 0,81	Moderada
q.47.5	Costuma visitá-lo: pessoal do CAPS	0,33	-0,24 - 0,91	x
q.39.5	Pessoas com quem conversa: colegas de trabalho	0,65	0,01 - 1,0	Substancial
q.44.6	Convida a participar de festas: colegas de trabalho	1	1,0 - 1,0	Perfeita
q.45.6	Quando tem um problema procura por: colegas de trabalho	-	-	-
q.46.6	Quem lhe procura quando precisa de ajuda: colegas de trabalho	-	-	-
q.47.6	Costuma visitá-lo: colegas de trabalho	-	-	-
q.48	Recebe visita de profissionais de saúde	0,66	0,36 - 0,96	Substancial
q.49	Periodicidade que recebe visita de profissionais de saúde	0,74 ¹	0,39 - 0,84	Substancial
q.53	Possui fotos ou outros objetos de interesse decorando a casa	0,23	-0,15 - 0,61	x
q.54	Possui animais de estimação	0,8	0,53 - 1,0	Substancial
q.57	Sente-se à vontade para mudar móveis e decoração da moradia	0,29 ¹	-0,17 - 0,75	x
q.55	Gosta de ficar no local de moradia	0,39 ¹	0,05 - 0,66	Leve
q.56	Ajuda a cuidar do local de moradia	1	1,0 - 1,0	Perfeita
q.58	Tem vontade de mudar para outra moradia	0,63	0,3 - 0,95	Substancial

(continua)

Tabela 9 – Coeficientes Kappa para cada item analisado, com os intervalos de confiança e interpretações (conclusão)

q.59	Satisfação quanto ao conforto da moradia	0,69 ¹	0,59 - 0,73	Substancial
q.60	Satisfação quanto à segurança da moradia	0,64 ¹	0,37 - 0,71	Substancial
q.61	Satisfação quanto à privacidade da moradia	0,60 ¹	0,49 - 0,71	Moderada
q.62	Como se sente em relação ao bairro	0,48 ¹	0,13 - 0,66	Moderada
q.63	Satisfação quanto ao lazer no bairro	0,59 ¹	0,44 - 0,69	Moderada
q.64	Satisfação quanto à vizinhança no bairro	0,47 ¹	0,29 - 0,61	Moderada
q.65	Satisfação quanto à segurança no bairro	0,66 ¹	0,3 - 0,72	Substancial
q.66	Satisfação quanto ao comércio no bairro	0,32 ¹	0,19 - 0,57	Leve
q.67	Satisfação quanto aos serviços públicos no bairro	0,69 ¹	0,41 - 0,81	Substancial
q.68	Satisfação quanto ao transporte no bairro	0,46 ¹	0,27 - 0,66	Moderada
q.69	Satisfação quanto à proximidade aos serviços de saúde	0,38 ¹	-0,02 - 0,61	x

¹ Kappa ponderado

² N=19

³ N=20

A análise da consistência interna das dimensões compostas por variáveis dicotômicas apresentou coeficientes KR20 satisfatórios para todas as dimensões, exceto para **convívio: inserção no serviço** (Tabela 10). Este último apresentou KR20 de 0,67, com a questão a respeito das visitas recebidas pelo pessoal do CAPS apresentando baixa correlação item-total. Se esse item fosse retirado, o coeficiente da dimensão subiria para 0,68. Na dimensão **convívio: família/núcleo habitacional**, todos os itens apresentaram correlações item-total relativamente altos, variando de 0,47 a 0,68. Na dimensão **convívio: amigos/vizinhos**, os itens sobre conversar com comerciantes, ser convidado para festa por “outros”, procurar amigos ou conhecidos quando precisam de ajuda e receber visita de vizinhos apresentaram baixa correlação item-total, com valores variando de 0,16 a 0,28, e com o coeficiente aumentando para 0,82 caso o item sobre ser convidado por “outros” fosse retirado. Os itens a respeito das relações estabelecidas na **situação de trabalho** apresentaram alta correlação item-total, variando de 0,8 a 0,93.

Nesta análise, não foram incluídas as questões que continham respostas do tipo “não se aplica”, nas dimensões rede social: família/núcleo habitacional e rede social:

amigos/vizinhos, o que implicaria a diminuição da amostra. Também não foram incluídas as questões referentes a procurarem e serem procurados por colegas de trabalho quando há algum problema, pois receberam todas a mesma resposta, resultando em uma variância igual a zero.

Tabela 10 – Coeficiente KR20 para as dimensões rede social dos tipos família/núcleo habitacional, amigos/vizinhos, inserção no serviço e situação de trabalho

Convívio: família/núcleo habitacional	Correlação item-total	KR20
Pessoas c/ quem conversa: parentes	0,47	0,81 ¹
Convida a participar de festas: familiares	0,57	0,78 ¹
Quando tem um problema procura por: família	0,55	0,78 ¹
Quem lhe procura quando precisa de ajuda: família	0,68	0,74 ¹
Costuma visitá-lo: família	0,63	0,76 ¹
Total da dimensão		0,81
Convívio: amigos/vizinhos	Correlação item-total	KR20
Pessoas c/ quem conversa: vizinhos	0,53	0,8 ¹
Pessoas c/ quem conversa: comerciantes	0,28	0,82 ¹
Pessoas c/ quem conversa: pessoas da igreja	0,43	0,8 ¹
Convida a participar de festas: vizinhos	0,52	0,8 ¹
Convida a participar de festas: pessoal da igreja	0,43	0,8 ¹
Quando tem um problema procura por: amigos ou conhecidos	0,17	0,82 ¹
Quando tem um problema procura por: vizinhos	0,4	0,81 ¹
Quando tem um problema procura por: pessoal da igreja	0,57	0,79 ¹
Quem lhe procura quando precisa de ajuda: amigos ou conhecidos	0,43	0,8 ¹
Quem lhe procura quando precisa de ajuda: vizinhos	0,5	0,8 ¹
Quem lhe procura quando precisa de ajuda: pessoal da Igreja	0,51	0,8 ¹
Costuma visitá-lo: amigos ou conhecidos	0,42	0,81 ¹
Costuma visitá-lo: vizinhos	0,29	0,81 ¹
Costuma visitá-lo: pessoal da igreja	0,6	0,79 ¹
Total da dimensão		0,82
Convívio: inserção no serviço	Correlação item-total	KR20
Pessoas c/ quem conversa: profissionais CAPS/SRT	0,43	0,63 ¹
Pessoas c/ quem conversa: outros pacientes	0,44	0,62 ¹
Convida a participar de festas: usuários do CAPS	0,36	0,64 ¹
Convida a participar de festas: CAPS	0,35	0,65 ¹
Quando tem um problema procura por: pessoal do CAPS	0,38	0,63 ¹
Quem lhe procura quando precisa de ajuda: colegas do CAPS	0,5	0,59 ¹
Costuma visitá-lo: pessoal do CAPS	0,18	0,68 ¹
Total da dimensão		0,67

(continua)

Tabela 10 – Coeficiente KR20 para as dimensões rede social dos tipos família/núcleo habitacional, amigos/vizinhos, inserção no serviço e situação de trabalho (conclusão)

Convívio: situação de trabalho	Correlação item-total	KR20
Pessoas c/ quem conversa: colegas de trabalho	0,8	1 ¹
Convida a participar de festas: colegas de trabalho	0,93	0,91 ¹
Costuma visitá-lo: colegas de trabalho	0,93	0,91 ¹
Total da dimensão		0,96

¹: valor de KR20 caso o item seja retirado

O alfa de Cronbach foi calculado para as questões referentes à dimensão **morar** (q.59 a q.61 e q.63 a q.69), apresentando o valor de 0,85, o que denota consistência interna satisfatória entre os itens (Tabela 11). As correlações item-total foram relativamente elevadas, variando de 0,46 a 0,65, e a retirada de nenhum dos itens aumentaria o valor do alfa da escala.

Tabela 11 – Alfa de Cronbach para os itens referentes ao morar

Morar	Correlação item-total	α Cronbach
q.59 Satisfação quanto ao conforto da moradia	0,58	0,83 ¹
q.60 Satisfação quanto à segurança da moradia	0,65	0,82 ¹
q.61 Satisfação quanto à privacidade da moradia	0,56	0,83 ¹
q.63 Satisfação quanto ao lazer no bairro	0,51	0,83 ¹
q.64 Satisfação quanto à vizinhança no bairro	0,56	0,83 ¹
q.65 Satisfação quanto à segurança no bairro	0,58	0,83 ¹
q.66 Satisfação quanto ao comércio no bairro	0,59	0,83 ¹
q.67 Satisfação quanto aos serviços públicos no bairro	0,46	0,84 ¹
q.68 Satisfação quanto ao transporte no bairro	0,51	0,84 ¹
q.69 Satisfação quanto à proximidade aos serviços de saúde	0,48	0,84 ¹
Total da dimensão		0,85

¹: valor de α de Cronbach caso o item seja retirado

2.8 DISCUSSÃO

Embora a amostra utilizada neste estudo tenha sido composta por conveniência e com a participação de 46 indivíduos, as proporções de algumas das características sociodemográficas dos entrevistados mostram que elas são semelhantes às encontradas em amostras representativas. Andrade¹⁷⁵, em pesquisa realizada com 401 indivíduos, selecionados por amostragem probabilística nos CAPS III do município de Santos, encontrou uma média de idade de 45,1 anos (DP = 12,3), com 56,6% de indivíduos solteiros, 85,5% sem ocupação, 9,5% morando sozinhos e 83,8% vivendo em residências individualizadas, que excluía viver em situação de rua, em moradias coletivas ou instituições.

Estudos sobre o perfil sociodemográfico de usuários de CAPS realizados em outros municípios do estado de São Paulo^{176,177} também descrevem características compatíveis com os encontrados no presente estudo, com maior número de indivíduos solteiros, com histórico de internações psiquiátricas, morando com outras pessoas e média de idade superior a 40 anos. Por outro lado, o maior percentual de participantes do sexo feminino e com nível de escolaridade alta ora observado, consistiu em características diferentes das encontradas nos outros estudos mencionados¹⁷⁵⁻¹⁷⁷.

Na análise sobre as variáveis relacionadas à inserção social, no que se refere à dimensão **convivência: família/núcleo domiciliar**, as respostas apresentaram distribuições condizentes com o que alguns estudos qualitativos vêm apontando. Por exemplo, Salles e Barros¹³⁴ afirmam que a família é um importante elemento para romper com os processo de exclusão social dos usuários de CAPS. Borba *et al.*¹⁷⁸ apontam que para estes, a família constitui-se em suporte privilegiado a quem recorrem diante das dificuldades. Muramoto e Mângia¹³⁷ afirmam que esse núcleo é o que

costuma fornecer ajuda nos momentos de crise e proteção para situações de maior carga afetiva.

Com relação ao item q.42, que diz respeito a ter o costume de sair com as pessoas que moram juntas, os valores encontrados abaixo do mínimo esperado para o Kappa podem decorrer do reduzido tamanho amostral e da alta prevalência de respostas positivas, uma vez que o coeficiente Kappa sofre influência desses dois fatores. Além disso, esses valores podem indicar que, possivelmente, essa não seja uma boa forma de medir o constructo ou que a formulação da questão deva ser revista, uma vez que podem haver intensidades ou frequências diferentes com que os entrevistados realizam tal ação, as quais não puderam ser captadas, e, dessa forma, a resposta à pergunta, com a atual formulação, dependeria da interpretação do entrevistado a respeito da palavra “costuma”.

Na análise de consistência interna da dimensão **convivência: família/ núcleo habitacional**, a questão mencionada no parágrafo anterior não foi incluída, pois, ao conter respostas do tipo “não se aplica” para oito participantes, sua inclusão implicaria a diminuição do tamanho da amostra para 38 participantes, pelo algoritmo do programa estatístico utilizado. Caso esse item fosse incluído na análise, o valor do coeficiente KR20 diminuiria para 0,75, em uma amostra de 38 pessoas, e a correlação item-total dessa variável seria baixa, com o valor de 0,22. Outra possibilidade, seria atribuir o valor “não” para a respostas do tipo “não se aplica”. Nesse caso, o valor para KR20 seria 0,79, com a permanência da baixa correlação item-total para essa variável, 0,27, indicando que a questão apresenta pouca correlação com o restante da dimensão, o que pode significar que sair com as pessoas que moram juntas configure-se com um conteúdo de convívio distinto dos demais que compuseram essa dimensão.

Na dimensão **convivência: amigos e vizinhos**, a maior proporção de respostas negativas para os itens que a compõem pode ser reflexo da pequena quantidade de laços estabelecidos com sujeitos da comunidade e constituídos com pouca reciprocidade¹³⁷. Por sua vez, os poucos itens que apresentaram maior quantidade de respostas “sim”, os quais referem-se a conversar com vizinhos e com pessoal da igreja, podem ser decorrentes, por um lado, do fato de contatos que se resumem a “oi”, “bom dia” e “boa tarde”¹³⁷ terem, eventualmente, sido considerados como conversas pelos entrevistados, porém, por outro lado, uma interação maior com os vizinhos poderia ser explicada pela própria história do município de Santos, em que o contato entre usuários de CAPS e sua comunidade ocorre desde as primeiras intervenções em busca da desinstitucionalização no município¹⁷⁹, tornando-se corriqueiro para seus habitantes o contato entre usuários e não usuários dos serviços de saúde mental. Além disso, Salles e Barros¹³⁴ afirmam que, pelo fato de as igrejas serem abertas a todos os públicos, as pessoas com TMG costumam ser bem recebidas e sentir-se acolhidas nesses locais.

O baixo valor de Kappa para um item e o fato de não haver diferença entre a concordância encontrada e a esperada pelo acaso em outras duas questões, todas referentes ao costume de receber visita, podem novamente ser atribuídos tanto ao tamanho da amostra quanto à imprecisão contida nas perguntas que se iniciam com a sentença “Você costuma”, pois elas dependeriam da interpretação do respondente no momento da entrevista do que seria ter algo por costume.

Ao calcular o coeficiente KR20 da dimensão **convivência: amigos e vizinhos**, não utilizamos o item q.39.9, que possui respostas do tipo “não se aplica”, o que implicaria a diminuição do tamanho da amostra. Caso a análise fosse realizada com essa variável, considerando-se 40 participantes, o valor do coeficiente diminuiria para 0,80, e a variável apresentaria baixa correlação item-total, com o valor de 0,22. Atribuindo-se o

valor “não” para as respostas do tipo “não se aplica”, o valor para KR20 seria 0,81, com a permanência da baixa correlação item-total para essa variável, 0,17, demonstrando pouca correlação com o restante da dimensão, o que pode significar que esse item não tenha relação com os demais que compõem esse tipo de convívio. Possivelmente, a relação com parceiros afetivos configure-se como um novo tipo de convivência, diferente do tipo “família/núcleo habitacional” e “amigos e vizinhos”.

Na dimensão **convivência: inserção no serviço**, a distribuição das frequências das respostas pode ser explicada pelo fato de que, apesar do CAPS ser um local em que os usuários relatam ter um alto grau de compreensão, suporte e amizade, como afirmam Salles e Barros¹³⁴, o estabelecimento de vínculos costuma ficar restrito a esse ambiente^{135,136}. Muramoto e Mângia¹³⁷ afirmaram em um estudo com usuários de CAPS, que nenhum dos entrevistados esteve na casa de outros usuários ou recebeu a visita destes.

A não possibilidade de calcular o coeficiente Kappa da questão sobre conversar com outros pacientes e o fato de não termos encontrado diferença entre a concordância observada e a esperada pelo acaso nas questões referentes a conversar com profissionais do CAPS/SRT e receber visita do pessoal do CAPS devem-se à grande prevalência de respostas em uma única alternativa, o que eleva a proporção da concordância esperada pelo acaso para os dois últimos casos e sugere que o tamanho da amostra do estudo não foi suficiente para captar a variação das respostas nesses três itens. Além disso, acredita-se que o uso do termo “pessoal do CAPS”, presente em dois itens, possa trazer imprecisão nas respostas, uma vez que esteja sujeito a captar atitudes referentes tanto a usuários quanto aos profissionais do serviço, a depender da interpretação de cada entrevistado. Essa dimensão apresentou coeficiente KR20 um pouco abaixo do

considerado aceitável¹⁶⁵, dessa forma, a inclusão de outros itens que descrevam esse domínio poderia contribuir para uma melhoria da consistência interna.

A dimensão **convivência: situação de trabalho** foi a que apresentou maior concentração de respostas dadas a uma mesma alternativa, com 100% dos respondentes afirmando não procurarem ou serem procurados por colegas de trabalho diante de uma necessidade de ajuda. Situação essa entendida pela baixa inserção de usuários dos serviços do CAPS em situações de emprego. Gulinelli *et al.*¹⁸⁰, em um estudo transversal com pessoas com TMG, encontraram que a área mais afetada no ajustamento social foi a do desempenho no trabalho. Estudos qualitativos também apontam para a rara participação dos usuários de CAPS no mercado de trabalho¹³⁴. Esse mesmo fator influenciou a não possibilidade de cálculo do coeficiente Kappa em três dos cinco itens, e, por outro lado, os altos valores encontrados para a estabilidade temporal e a consistência interna envolvendo essa dimensão podem estar superestimados devido à baixa prevalência encontrada em todos os itens da dimensão.

Na dimensão **suporte**, apontamos que o enunciado dos dois itens a ela relacionados não permite diferenciar que tipo de profissional realizou a visita ou a que serviço este estava vinculado, sejam unidades de saúde da família ou CAPS, o que consideramos importante devido às distintas características e finalidades atribuídas a esses profissionais. Sobre a baixa frequência de visitas domiciliares encontrada nas respostas, podemos ponderar que, no que diz respeito aos trabalhadores de CAPS, ao mesmo tempo que reconhecem a importância das visitas domiciliares, encontram dificuldades para realizá-las¹⁸¹. Enquanto isso, nos serviços da atenção básica, Silva *et al.*¹⁸² apontam que as equipes de saúde da família encontram dificuldades no atendimento de usuários com transtornos mentais que abrangem a falta de horário na agenda e a limitação da atuação por falta de treinamento.

Na dimensão **habitar**, a opção “um pouco” do item relacionado a sentir-se à vontade para mudar a decoração foi pouco assinalada, o que pode indicar que possivelmente a resposta não necessite de gradação ou que exista a necessidade de maior amplitude de gradação, para que se possa captar melhor as nuances relacionadas ao tema. As respostas fornecidas pelos itens dessa dimensão são opostas às encontradas por Moxham⁴ em um estudo realizado na Austrália, o qual aponta que pessoas com TMG queixam-se de não poder tomar decisões na própria casa, como possuir animais de estimação, porém, Nakamura¹²⁵ afirma que, no contexto brasileiro, essa restrição é mais comum nas SRT, já que as pessoas que moram em suas próprias casas possuem maiores possibilidades de criar e recriar seus espaços e objetos.

Na análise de estabilidade, a proporção das alternativas assinaladas no item sobre possuir objetos de interesse decorando a casa se inverteu em relação à amostra total participante da primeira entrevista, o que pode significar enviesamento da subamostra. Tal fato, apesar de produzir discrepância quanto às proporções encontradas, não interferiria diretamente nesta análise, uma vez que, a partir da fórmula para o cálculo do coeficiente de Kappa¹⁷⁰, podemos observar que ela opera somente com as concordâncias entre as respostas, independentemente de quais valores elas possuam. Desta forma, podemos entender que o valor insatisfatório encontrado para esse item tenha sido influenciado pelo conteúdo do enunciado, possivelmente pelo fato de a sentença “objeto de que goste especialmente” exigir certo nível de abstração, sendo especialmente sensível a pequenas mudanças quanto à percepção do entrevistado, em razão de fatores como estado emocional.

Com relação ao outro item em que não foi possível verificar diferença entre a concordância observada e a que ocorreu devido ao acaso, a qual trata de sentir-se à vontade para mudar os móveis de lugar, esse fato pode ter ocorrido devido à alternativa

“um pouco” ter recebido poucas respostas. Além disso, como sugerido anteriormente, mudanças com relação ao número de alternativas pode contribuir para um resultado mais preciso. Outra questão que envolve esse item diz respeito à expressão “à vontade”, que pode ter sido interpretada de maneira adversa por alguns participantes, pois, durante algumas entrevistas, percebeu-se que o respondente havia entendido que a pergunta seria sobre sentir vontade de mudar os móveis de lugar. Quando essa situação era detectada, a pergunta era repetida, porém, supõe-se que, mesmo assim, alguns dos entrevistados possam ter considerado a segunda afirmação em algum dos dois momentos, interferindo no conteúdo da resposta.

Na dimensão **morar**, o item q.56, que questiona se o entrevistado ajuda a cuidar do local de moradia, apresentou grande quantidade de respostas “sim”, porém, há estudos que apontam que o cuidado com a casa consiste em uma das áreas mais afetadas para o ajustamento social de pessoas com TMG¹⁸³, de forma que os valores encontrados podem ser reflexo do que cada entrevistado considerou a partir da sentença “ajuda a cuidar” ou, ainda, podem representar o que Pasquali¹⁶⁶ aponta como uma tendência de pessoas entrevistadas fornecerem respostas socialmente desejáveis. Na análise de estabilidade temporal, acredita-se que, a respeito do item que faz menção a gostar de ficar no local da moradia, a concordância insatisfatória encontrada possa ser atribuída ao fato de ele poder captar diferentes informações por estar sujeito a dupla interpretação, pois o verbo gostar pode ser compreendido pelo entrevistado como uma questão que diz respeito a uma característica pessoal, ou seja, que o questione quanto a ter por hábito sair ou ficar mais em casa, ou como uma questão que o avalie quanto à satisfação com o ambiente doméstico. Para o outro item que apresentou concordância leve, o valor pode ser explicado pela pouca variabilidade das respostas, estando elas concentradas nos itens “satisfeito” e “muito satisfeito”. No item que diz respeito à

satisfação quanto à proximidade de serviços de saúde, não se verificou diferença entre as concordâncias observadas e atribuídas ao acaso. Esse item apresentou duas alternativas que não foram assinaladas na segunda aplicação, acarretando em menor variabilidade.

De modo geral, o questionário apresentou-se com boa confiabilidade para o estudo dos aspectos considerados para inserção social e moradia de usuários de CAPS e com consistência interna também adequada para as dimensões analisadas, com exceção da dimensão rede social: inserção no serviço. Apesar da necessidade de maiores estudos que possam confirmar sua validade, entendemos que os itens presentes nas dimensões referentes aos tipos de convívio, ao habitar e ao morar abrangem satisfatoriamente os aspectos do constructo. Para a dimensão suporte, acreditamos que os itens do questionário ainda não sejam suficientes para abranger todos os aspectos que a compõem, uma vez que se restringem à realização de visitas domiciliares por profissionais de saúde. Para o estudo de outras dimensões da inserção social, haveria a necessidade da adaptação do instrumento, com a inclusão de outros itens que possam captar essas variáveis.

O tamanho da amostra participante apresentou-se como um dos principais fatores limitantes do estudo, principalmente quanto à técnica teste-reteste, levando a intervalos de confiança amplos para muitos itens, o que aponta para uma baixa precisão dos valores encontrados. Esse fator pode, também, ter contribuído para que, em alguns itens, a concordância observada não tenha se diferenciado da concordância esperada devido ao acaso, principalmente em razão da baixa variabilidade em questões que apresentaram alta prevalência. Apesar de não haver um consenso quanto ao tamanho da amostra necessária para estudos deste tipo¹⁸⁴, na literatura, podem ser encontrados outros estudos que utilizaram amostras pequenas para estudos de confiabilidade¹⁸⁵⁻¹⁸⁹.

Porém, a realização de novos estudos com amostras maiores poderia trazer novas perspectivas para a confiabilidade do instrumento.

Outra questão a ser considerada trata da composição da amostra, realizada por conveniência, e que apresentou distribuição desigual entre os participantes dos diferentes CAPS do município de Santos. Os serviços que atendem as áreas socioeconomicamente mais vulneráveis foram os que contaram com menor número de participantes. O CAPS Centro (antigo SENAPS II) é responsável pelo cuidado dos usuários que moram em uma região que concentra grande número de cortiços, e o CAPS Zona Noroeste (Antigo SENAPS I) atende a região de mesmo nome, a qual apresenta sérios problemas de condições de vida e de infraestrutura e conta com cerca de 30 mil pessoas vivendo em áreas de palafitas¹⁹⁰, entre elas usuários do serviço de saúde mental. A pouca participação de pessoas vivendo nesses locais pode ter contribuído para uma menor variabilidade das respostas em questões como a satisfação quanto ao local de moradia.

Também consideramos como limitação o fato de o questionário não ter sido construído a partir da teoria proposta neste estudo. Dessa forma, tentou-se adaptar os componentes do instrumento para as dimensões que constituem o quadro teórico. Essa abordagem traz o risco de que os resultados não representem adequadamente o constructo de interesse¹⁶³. Assim, entendemos que a realização de novos estudos sobre o modelo teórico proposto e a realização de pesquisas empíricas que utilizem amostras maiores e abranjam os diferentes tipos de validade possam contribuir para uma maior qualidade do instrumento e para seu uso em futuros estudos sobre moradia e inserção social de pessoas com TMG.

Por fim, por ser este um dos primeiros estudos que utilizaram e avaliaram esse questionário, entendemos que realizar algumas considerações a respeito de sua

composição e da experiência de seu uso possa trazer elementos que contribuam para o seu aprimoramento e para o melhor desenvolvimento de futuras pesquisas.

Como já fora explicitado ao longo deste tópico, percebemos que alguns enunciados poderiam dar margem a mais de uma interpretação por parte do entrevistado, fornecendo informações distintas para uma mesma variável, tanto pelo uso de palavras que possam abranger mais de um aspecto como no caso de “pessoal do CAPS”, que pode se referir tanto a usuários quanto a trabalhadores, ou que possuam diferentes significados, como no caso do verbo “gostar”, o qual pode se referir tanto ao fato de achar algo agradável quanto a realizar algo por hábito. Por se tratar de um questionário desenvolvido para ser aplicado por entrevistador, verificou-se, também, que a sonoridade de algumas sentenças pode contribuir para a imprecisão da resposta, como no caso de “à vontade”, que ao ser lida ao entrevistado, pode ser entendida como “vontade”. Compreendemos, assim, que algumas modificações nos enunciados ou o desdobramento de um item em mais de uma questão poderiam contribuir para uma verificação mais precisa daquilo que se quer investigar.

Em outros itens, como os que se referem ao relacionamento com as pessoas que moram juntas ou se recebem ou não a visita de profissionais da saúde, o desdobramento da questão em mais de um item poderia trazer mais e melhores informações. No primeiro caso, a qualidade do relacionamento pode ser diferente para as diferentes pessoas que compartilham da mesma moradia, desta forma, a partir do enunciado original, não é possível identificar se a resposta fornecida diz respeito a uma pessoa em específico ou se é uma “média” da qualidade das relações, assim, poder discriminar quem são as pessoas que moram juntas e como se dá a relação com cada uma delas poderia trazer informações mais detalhadas. No outro caso, o tipo de profissional que costuma realizar as intervenções domiciliares não é discriminado, contudo, entendemos

que essa diferenciação poderia ser interessante, uma vez que os modos de atuação e enfoques de profissionais como agentes comunitários e trabalhadores de CAPS são diferenciados.

Para algumas questões, o número de alternativas se mostrou insuficiente para abarcar todas as possibilidades de respostas, como no caso do item que trata da frequência com que o entrevistado recebe visita de profissional da saúde. Nesse caso, alguns participantes afirmaram que recebiam a visita “quinzenalmente”, e outros “esporadicamente” ou “de vez em quando”, alternativas que originalmente não estavam no questionário. Outros itens, em que se percebeu a falta de uma alternativa mais adequada para a resposta fornecida foram as questões que tratam das pessoas com quem o entrevistado costuma conversar fora do lugar de moradia e de quem o convida para festas e outros eventos, pois a alternativa “amigos” ou conhecidos não fazia parte das possibilidades de resposta. A inclusão dessas alternativas poderia fornecer respostas mais específicas.

Como última consideração a respeito do questionário, compreendemos que a padronização do formato de respostas em escalas do tipo Likert poderia facilitar o seu uso e a sua análise, além de trazer informações mais amplas e detalhadas, principalmente quanto aos itens que compõem a dimensão convivência. Neste caso, poderia haver diferenciação entre aqueles que, por exemplo, convidam esporadicamente o entrevistado para participar de festas e eventos e aqueles que o fazem com maior frequência. A padronização também facilitaria o uso de algumas técnicas estatísticas utilizadas em estudos de validação de instrumento, como as análises fatoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partimos de um cenário que demonstra a necessidade de ampliação das ofertas de moradia para pessoas com TMG, tanto numericamente quanto qualitativamente, considerando que o nosso pressuposto de certa estagnação das reflexões teóricas pertinentes ao tema foi confirmado, com quantidade de publicações científicas restrita numericamente e limitada quanto aos temas abordados. Além disso, os estudos que compõe a produção teórica sobre o assunto são predominantemente descritivos e focados nos processos de trabalho e suporte, em sua maioria, relacionados aos SRT e com referenciais teóricos predominantemente oriundos de textos seminais que embasaram o início da reforma psiquiátrica brasileira.

Em decorrência desta situação, constatada e retratada no capítulo 1, buscamos subsidiar a superação da paralisia que acomete iniciativas no importante âmbito do morar e habitar de pessoas especialmente vulneráveis. Identificamos como especialmente relevante conhecer de forma detalhada como efetivamente essa clientela equaciona questões de moradia. Considerando o estudo qualitativo realizado por Furtado et al.⁵, avaliamos também a pertinência de ampliar o alcance de um estudo com esse objetivo e conhecer como moram e inserem-se socialmente pessoas com TMG no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, por meio de um instrumento especialmente dedicado a levantar essas informações⁸.

Considerando a constituição da Saúde Coletiva como um campo de formulação e práticas, além de nosso próprio engajamento com as questões relativas à reforma psiquiátrica brasileira, os elementos até o momento apontados constituem-se em preocupações teleológicas, ou seja, apresentam o compromisso em subsidiar políticas

públicas em saúde voltadas às pessoas com TMG no contexto do SUS, especialmente nas RAPS.

Como primeiro passo, nesta direção, realizamos a análise do questionário voltado às condições de moradia, e verificamos que as variáveis relacionadas à inserção social de pessoas com TMG apresentaram respostas condizentes com o que alguns estudos nacionais e internacionais vem apresentando, com destaque para o papel dos serviço de saúde, em particular dos CAPS, e da família no que concerne às possibilidades de relacionamentos sociais desta população, ao mesmo tempo em que as interações com outros membros da comunidade mostrou-se incipiente. Em relação à moradia, as respostas indicaram que os entrevistados consideraram, de forma geral, satisfatória suas condições de moradia em relação às características que compõem a dimensão que denominamos como **morar**.

Quanto à análise de confiabilidade, o questionário apresentou, com algumas exceções, boa estabilidade temporal e consistência interna também adequada para as dimensões de inserção social analisadas. Apesar da necessidade de outros estudos que avaliem a validade do instrumento, entendemos que os itens presentes nas dimensões referentes aos **tipos de convívio**, ao **habitar** e ao **morar** abrangeram satisfatoriamente os aspectos destes constructos. No entanto, a dimensão **suporte**, acreditamos que os itens do questionário ainda sejam insuficientes para abranger todos os aspectos que a compõe. Para o estudo de outras dimensões da inserção social, haveria a necessidade da adaptação do instrumento, com a inclusão de outros itens que possam captar essas variáveis.

Consistiu em fator limitante da análise da produção científica sobre moradia para pessoas com TMG, a possibilidade de não termos identificado adequadamente a totalidade de artigos que abordam o tema, devido à escolha das palavras utilizadas nas

buscas e ao fato de existirem publicações em periódicos não indexados nas bases de dados eleitas.

No estudo de confiabilidade do questionário, identificamos como limitação o reduzido tamanho da amostra participante, com implicações na precisão dos valores encontrados e, possivelmente, em distorções no que diz respeito aos itens em que a concordância observada não se diferenciou da concordância esperada devido ao acaso. Outra questão, que possivelmente limitou o alcance do estudo refere-se à composição da amostra, realizada por conveniência, e que contou com baixa presença de usuários residentes em áreas socioeconomicamente mais vulneráveis do município de Santos, o que pode ter contribuído para uma menor variabilidade das respostas.

Concluimos, em razão das limitações encontradas na produção teórica sobre moradia para pessoas com TMG, que o incremento numérico de pesquisas sobre moradia para pessoas com TMG, que façam uso de metodologias diversas, incluam os diferentes atores envolvidos e façam uso de referenciais teóricos mais variados e dialoguem com o debate em curso em outros países, poderia indicar novas questões de ordens ontológica e metodológica que contribuam para o debate nacional.

Em relação ao questionário estudado, concluimos que possui boa confiabilidade, no que se refere a estabilidade dos itens e a consistência interna das dimensões analisadas. Porém, para que possa abranger todas as dimensões da inserção social, necessitaria de adaptações. A realização de mais estudos que forneçam novos parâmetros para os resultados ora encontrados, contribuiria para seu aprimoramento. Também apontamos que a reformulação de alguns itens que o compõe traria benefícios para que respostas mais precisas sejam alcançadas.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO:.....CIDADE:
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: Validação de um questionário para o estudo das condições de moradia de usuários de Centros de Atenção Psicossocial**
2. PESQUISADOR : Wagner Yoshizaki Oda
 CARGO/FUNÇÃO: Terapeuta Ocupacional / Aluno de Pós-Graduação (Mestrado)
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CREFITO 3/7863-TO
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO	■	RISCO MÉDIO	□
RISCO BAIXO	□	RISCO MAIOR	□
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 10 meses

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o/a senhor/a para participar voluntariamente da pesquisa “Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: Validação de um questionário para o estudo das condições de moradia de usuários de Centros de Atenção Psicossocial”, inserido no projeto de Dissertação de Mestrado vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP (Universidade de São Paulo), a fim de obtenção do título de mestre, pelo pesquisador.

Esta pesquisa tem por objetivo estudar as propriedades psicométricas de um questionário voltado às condições de moradia de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e analisará as informações coletadas por meio de questionários aplicados mediante entrevista. Com o presente termo, solicitamos seu consentimento para uso das informações que serão fornecidas. Se você concordar em participar desta pesquisa, será solicitado que responda a algumas perguntas ao pesquisador.

As respostas serão usadas somente para este estudo e serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante em nenhum momento. Informamos também que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados na forma de artigos e livros, mantendo sempre o mesmo compromisso de preservar o anonimato dos participantes. Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados das pesquisas.

Ressaltamos que a sua participação na pesquisa não é obrigatória e, mesmo se disponibilizando em participar, você poderá se recusar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Também não haverá pagamento financeiro relacionado à sua participação. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização das entrevistas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador é WAGNER YOSHIZAKI ODA, terapeuta ocupacional, e detém a responsabilidade pela coleta de dados da pesquisa. Ele está sob a orientação do Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, responsável pela pesquisa, que poderá ser encontrado no endereço UNIFESP Prédio Central - Rua Silva Jardim, 136 - Vila Mathias - Santos/SP - Telefone: 13 3229-0100. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato

com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP -21o andar – sala 36- CEP: 01246-000 Tel: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: Validação de um questionário para o estudo das condições de moradia de usuários de Centros de Atenção Psicossocial”. Eu discuti com Wagner Yoshizaki Oda sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

----- Data ____/____/_____
Assinatura do participante da pesquisa

----- Data ____/____/_____
Assinatura da testemunha

para casos de participantes menores de 18 anos, legalmente incapazes, analfabetos, semi-analfabetos ou com deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o pesquisador)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

----- Data ____/____/_____
Assinatura do Pesquisador

Anexo B – Questionário

Desenvolvimento de instrumento para estudo das condições de moradias de portadores de transtorno mental grave no estado de São Paulo – edital universal 2010/CNPq		
Questionário n.: _____		
Nome do CAPS: _____		
Município: _____		
Nome do entrevistador: _____		
Data da entrevista: ____/____/____ Hora de início: ____:____		
Hora de término: ____:____		
BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO		
Entrevistador: As respostas às questões 1 a 8 devem ser obtidas a partir dos próprios prontuários do usuário		
1. Nome: _____		
2. Data de nascimento: ____/____/____		
3. Sexo: () Masculino () Feminino		
4. Alfabetizado: () sim () não		
5. Diagnóstico – CID 10: _____		
6. Endereço: _____		
Número: ____ Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____		
7. Cor/raça:		
() Branca	() Parda	() Indígena
() Preta	() Amarela	
8. Situação conjugal		
() Solteiro(a)	() Viúvo(a)	() Separado(a)
() Casado(a)	() União estável	() Divorciado(a)
BLOCO II – ASPECTOS DO QUADRO CLÍNICO		
9. Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico? ____ anos		
10. Quantas internações psiquiátricas você já teve? ____ internações		
11. Em que tipo de instituição esteve internado?		
() Hospital Geral	() Clínica Particular	() CAPS III
() Hospital Psiquiátrico	() Comunidade terapêutica	() Outro tipo _____
12. Você toma remédios psiquiátricos?		
() Não	() Sim	
13. Você tem um profissional ou uma equipe no CAPS que o acompanha?		
() Não	() Sim	
14. Você sente que pode contar com esse profissional ou equipe do CAPS quando necessita?		
() Não	() Sim	
15. Quanto você considera que o seu problema de saúde mental influencia nas seguintes atividades do dia a dia		
1 Nada	2 Muito pouco	3 Pouco
4 Muito		
() Trabalho	() Moradia	() Relação com as demais pessoas
() Estudos	() Relação com familiares	() Outros:
() Sono	() Relação com namorada(o)	
() Lazer	() Relações sexuais	
16. Você considera o seu problema de saúde mental:		
() Não grave	() Grave	
17. Você tem outro problema de saúde?		
() Não	() Sim	
Qual(is)? _____		

BLOCO III – SOCIO ECONÔMICO			
18. Qual é a sua escolaridade?			
☐ Não estudou	☐ Médio incompleto	☐ Superior incompleto	
☐ Fundamental incompleto	☐ Médio completo	☐ Superior completo	
☐ Fundamental completo			
19. Qual é a sua situação profissional?			
☐ desempregado	☐ assalariado sem carteira assinada	☐ profissional liberal	
☐ aposentado	☐ trabalhador diarista sem vínculos	☐ faz bicos	
☐ assalariado c/ carteira assinada		☐ empregado doméstico	
20. Recebe algum benefício do governo?			
☐ Não		☐ Sim	
21. Em caso positivo, que tipo de benefício recebe?			
☐ Bolsa família	☐ Renda cidadã	☐ PVC (Programa Volta para Casa)	
☐ Bolsa alimentação	☐ Aposentadoria	☐ Benefício de prestação continuada/ BPC/ LOAS	
☐ Auxílio-Gás		☐ Auxílio doença	
22. Recebe ajuda de terceiros e doações?			
☐ Não		☐ Sim	
23. Onde você mora?			
☐ Casa	☐ Abrigo	☐ Quarto alugado em domicílio	
☐ Apartamento	☐ Residência Terapêutica	☐ Cortiço	
☐ Rua		☐ Outros _____	
24. Há quanto tempo você mora nesse local?			
☐ até 6 meses	☐ 6 a 12 meses	☐ 12 a 24 meses	☐ 24 ou mais
25. <i>(Para quem mora em rua ou abrigo)</i> Qual o principal motivo pelo qual você mora na rua ou abrigo?			
☐ Opção	☐ Separação conjugal	☐ Alcoolismo/Drogas	☐ Outros
☐ Desavenças familiares	☐ Perda da moradia	☐ Desemprego	_____
26. <i>(Para quem mora em rua ou abrigo)</i> Você pretende deixar de morar na rua ou abrigo?			
☐ Não		☐ Sim	
27. <i>(Para quem mora em rua ou abrigo)</i> Se sim, para onde? _____			
AQUI, ENCERRA-SE A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA O MORADOR DE RUA OU ABRIGO.			
28. Quantas pessoas moram com você? _____			
29. Quem é o principal responsável pelo sustento da família ou do grupo com que você mora?			
☐ O próprio	☐ Filho/enteado	☐ Pai/Mãe	
☐ Cônjuge	☐ Outro parente	☐ Outros	
30. Qual é a renda familiar ou do grupo com o qual você vive? (somando todos que tem renda) R\$ _____			

31. Quanto do dinheiro que você recebe mensalmente é usado para manter sua moradia (aluguel, impostos, condomínio, manutenção, conta, etc.)?			
☐ todo o dinheiro	☐ mais da metade	☐ menos da metade	☐ nenhum dinheiro
BLOCO IV – CARACTERÍSTICAS DO IMÓVEL			
32. Qual a condição legal de sua moradia?			
☐ Própria e quitada	☐ Alugada	☐ Ocupada	
☐ Própria e ainda pagando	☐ Cedida		
33. A sua moradia está inserida em?			
☐ Favela	☐ Edificação isolada	☐ Prédio de apartamentos	
☐ Cortiço	☐ Condomínio fechado		
34. Quantos cômodos de cada tipo há no domicílio?			
____ Quartos	____ Cozinhas	____ Banheiros externos	
____ Salas	____ Banheiros internos	____ Outros	
35. Quantas pessoas (excluindo cônjuge) dormem no mesmo cômodo que você? _____			
36. Quais destes serviços atendem a sua moradia? (marque um x naquele que o usuário tem acesso em sua casa)			
☐ Telefone fixo	☐ Rede de esgoto	☐ Guias e sarjetas	
☐ Internet	☐ Coleta de lixo	☐ Pavimentação	
☐ Rede pública de água	☐ Transporte público	☐ Outros	
☐ Rede pública de energia elétrica	☐ Iluminação pública		
37. Dentre os lugares abaixo, quais estão próximos de sua moradia? (dá pra ir a pé)			
☐ Creche	☐ Padaria	☐ Clube	
☐ Escola de ensino fundamental/médio	☐ Açougue	☐ Igrejas	
☐ Hospital/Pronto socorro	☐ Farmácia	☐ CAPS	
☐ Unidade Básica de Saúde	☐ Quitanda/mercearia	☐ Bares	
☐ Agência bancária	☐ Supermercado	☐ Centro Comunitário	
☐ Correios	☐ Associação de Bairro	☐ CRAS	
☐ Comércio em geral	☐ Praça	☐ Unidade de Saúde	
☐ Posto policial/Delegacia	☐ Quadra de esporte	☐ Outro _____	
BLOCO V - INSERÇÃO SOCIAL E AUTONOMIA			
38. Dos locais mencionados na questão 37, no bloco anterior, quais você frequenta?			
☐ Creche	☐ Padaria	☐ Clube	
☐ Escola de ensino fundamental/médio	☐ Açougue	☐ Igrejas	
☐ Hospital/Pronto socorro	☐ Farmácia	☐ CAPS	
☐ Unidade Básica de Saúde	☐ Quitanda/mercearia	☐ Bares	
☐ Agência bancária	☐ Supermercado	☐ Centro Comunitário	
☐ Correios	☐ Associação de Bairro	☐ CRAS	
☐ Comércio em geral	☐ Praça	☐ Unidade de Saúde	
☐ Posto policial/Delegacia	☐ Quadra de esporte	☐ Outro _____	
39. No dia a dia, com quais pessoas você conversa, fora de seu lugar de moradia?			
☐ parentes (que não moram com você)	☐ colegas de trabalho	☐ namorado(a)	
☐ vizinhos	☐ outros pacientes do CAPS/SRT	☐ ninguém	
☐ desconhecidos	☐ comerciantes		
☐ profissionais do CAPS/SRT	☐ pessoas ligadas à igreja		

40. O relacionamento com as pessoas que moram com você, no momento atual, é:			
☐ bom	☐ regular	☐ ruim	☐ não se aplica
41. Tomando como base, o momento atual, você conversa com as pessoas que moram com você			
☐ Muito	☐ Pouco	☐ Nada	☐ Mora sozinho
42. Você costuma sair com algumas das pessoas que moram com você?			
☐ Não	☐ Sim	☐ Mora sozinho	
43. Você é convidado a participar de festas, comemorações, almoço, churrasco e outros encontros?			
☐ Sempre	☐ Às vezes	☐ Nunca	
44. Se sim, quem lhe convida?			
☐ familiares	☐ usuários do CAPS	☐ CAPS e outras instituições	
☐ vizinhos	☐ usuários de outros serviços de saúde	☐ outros	
☐ pessoal da igreja	☐ colegas de trabalho		
45. Quando você tem um problema e precisa de ajuda, quem você procura?			
☐ família	☐ pessoal da igreja	☐ pessoal da prefeitura	
☐ amigos ou conhecidos	☐ pessoal do CAPS	☐ pessoal do abrigo	
☐ vizinhos	☐ colegas de trabalho	☐ ninguém	
46. Quem procura você quando precisa de ajuda?			
☐ ninguém	☐ vizinhos	☐ colegas de trabalho	
☐ família	☐ pessoal da igreja	☐ colegas do CAPS/SRT	
☐ amigos ou conhecidos	☐ pessoal do abrigo		
47. Quem costuma visitá-lo em sua casa?			
☐ minha família	☐ o pessoal da igreja	☐ pessoal da prefeitura	
☐ meus amigos ou conhecidos	☐ o pessoal do CAPS	☐ não costumo receber visitas	
☐ meus vizinhos	☐ meus colegas de trabalho		
48. Você recebe visita de profissionais da saúde (agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro ou outro profissional do CAPS)?			
☐ Não		☐ Sim	
49. Em caso afirmativo, quantas vezes ocorrem as visitas?			
☐ diariamente	☐ semanalmente	☐ mensalmente	
50. Quais das seguintes atividades você faz sozinho, sem ajuda?			
☐ higiene pessoal		☐ tomar medicação	
☐ ir nos locais de interesse na cidade		☐ realizar compras e pagamentos	
☐ receber o seu dinheiro no banco			
BLOCO VI - Habitação e Satisfação			
51. Nos últimos 12 meses, em quantos lugares diferentes você morou? ____			
52. O que motivou a sua última mudança? _____			
53. Você tem fotos, plantas e/ou outros objetos de que você goste especialmente decorando sua casa?			
☐ Não		☐ Sim	
54. Você tem animais de estimação?			
☐ Não		☐ Sim	
55. Você gosta de ficar em seu local de moradia?			
☐ Muito	☐ Um pouco	☐ Não gosto	

56. Você ajuda a cuidar do seu local de moradia?				
() Não		() Sim		
57. Você se sente à vontade para mudar os móveis e a decoração de sua moradia?				
() Não		() Um pouco		() Sim
58. Você tem vontade de mudar para outra moradia?				
() Não		() Sim		
Avalie sua satisfação com seu local de moradia, de acordo com as características a seguir:				
59. Conforto				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
60. Segurança				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
61. Privacidade				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
62. Como você se sente em relação ao bairro onde mora?				
() é muito importante viver nesse bairro		() é indiferente viver nesse bairro		() gostaria de mudar desse bairro
Avalie sua satisfação com seu bairro, de acordo com as características a seguir:				
63. Lazer				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
64. Vizinhança				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
65. Segurança				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
66. Comércio				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
67. Serviços públicos				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
68. Transporte				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
69. Proximidade a serviços de saúde				
() Nada satisfeito	() Pouco satisfeito	() Indiferente	() Satisfeito	() Muito satisfeito
70. Há algo que você gostaria de falar a respeito desse tema e que não foi perguntado?				

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: Validação de um questionário para o estudo das condições de moradia de usuários de Centros de Atenção Psicossocial

Pesquisador: Juarez Pereira Furtado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71611117.3.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.286.709

Apresentação do Projeto:

adequada

Objetivo da Pesquisa:

"Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: Validação de um questionário para o estudo das condições de moradia de usuários de Centros de Atenção Psicossocial"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

favoráveis

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

adequada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fizemos um questionamento e recebemos a seguinte resposta:

Atendendo à recomendação da Coordenadoria de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, foi acrescentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa "Condições de moradia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: Validação de um questionário para o estudo das condições de moradia de usuários de Centros

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.286.709

de Atenção Psicossocial" a solicitação de assinatura de testemunha nos casos em que o sujeito de pesquisa seja legalmente incapaz.

Para outras situações em que possam ocorrer diminuição da capacidade de decisão do sujeito, o protocolo de pesquisa prevê a exclusão de pessoas que estejam em situação de agravamento de sintomas psiquiátricos ou apresentem deficiência intelectual.

Enviamos em anexo novas versões do TCLE e do projeto de pesquisa (modificação no ANEXO II-TCLE) com a alteração mencionada

Recomendações:

Entendemos que a resposta atende ao solicitado.

Apenas gostaríamos de destacar que temos que nos cuidar para usar a palavra legalmente responsável. Legalmente responsável é aquele que é responsável frente a lei. Ou seja, os pais do menor e o curador do maior interditado na justiça. A pessoa maior de idade, que ainda não tenha sido interditada judicialmente, não é legalmente incapaz.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

entendo que não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_957698.pdf	11/09/2017 10:59:34		Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer1.pdf	11/09/2017 10:55:47	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_validacao_rev.pdf	11/09/2017 10:55:08	Juarez Pereira Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_rev.pdf	11/09/2017 10:54:14	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Outros	Questionario.pdf	14/07/2017 00:29:23	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Outros	assinaturas_Juarez.JPG	14/07/2017 00:26:56	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Outros	DocCepFmusp_assinatura.pdf	14/07/2017 00:26:05	Juarez Pereira Furtado	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.286.709

Outros	Condicoes_de_Moradia_no_contexto.pdf	14/07/2017 00:25:07	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Outros	parecer_Juarez_Wagner.pdf	14/07/2017 00:23:32	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Juarez.pdf	14/07/2017 00:06:47	Juarez Pereira Furtado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2017

Assinado por:

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

Anexo D – Resumo do artigo submetido à revista Cadernos de Saúde Pública, com texto baseado no primeiro capítulo da dissertação

Ampliar reflexões e alternativas – análise de moradias para pessoas com TMG no Brasil

Wagner Y. Oda
Adriana P. Carvalho
Carla M. Hilário
Juarez P. Furtado

Resumo

Partindo do pressuposto de que haveria, no plano teórico, certa correspondência à estagnação numérica e qualitativa de opções e ofertas de moradia voltadas às pessoas com transtornos mentais graves no Brasil analisamos, por meio de revisão bibliográfica e bibliometria, como o tema vem sendo abordado em publicações nacionais indexadas nas bases Lilacs e Scopus, entre os anos 2000 e 2017. Concomitantemente, identificamos o debate em alguns países centrais, sobretudo EUA e Canadá, no período entre 2013 e 2017. Constatamos que a distribuição regional brasileira dos autores é desigual e a produção científica ainda é numericamente limitada, predominantemente descritiva e focada nos processos de trabalho e suporte. Os desenhos metodológicos variam pouco e os referenciais teóricos são oriundos de textos seminais que embasaram o início da reforma psiquiátrica brasileira. O debate em curso nos outros países considerados pode indicar novas questões de ordens ontológica e metodológica que contribuam para o debate nacional. Entendemos que os achados deste estudo permitem confirmar o pressuposto inicial de que o debate acerca da moradia para pessoas com transtornos mentais graves carece de novas abordagens teóricas e metodológicas, ao contrário do que indicam normativas recém divulgadas pelo Ministério da Saúde nesse sentido.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Saúde Mental; Habitação; Indicadores Bibliométricos

REFERÊNCIAS

1. Fagundes Jr HM, Desviat M, Silva PRF. Reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Cienc Saúde Colet*. 2016;21(5):1449–60.
2. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho RA. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde; 2015.
3. Melo MCA, Albuquerque SGC, Luz JHS, Quental PTLF, Sampaio AM, Lima AB. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(2):343–52.
4. Moxham L. Where you live and who you live matters: housing and mental health. *J Prev Interv Community*. 2016;44(4):247–57.
5. Furtado JP, Nakamura E. Inserção Social e Habitação de Pessoas com sofrimento mental grave. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2014.
6. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9): e00059116.
7. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Campos RO. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7): e00087917.
8. Furtado JP, Moreira MIB, Nozabielle S, Rodrigues TF, Montesano F. Desenvolvimento de Questionário dirigido às condições de moradia de usuários de CAPS. *Saude Debate*. 2013;37(96):62–75.
9. Amarante PDC, Torre EHG. A constituição de novas práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate*. 2001;25(58):26–34.
10. Bachelard G. A poética do espaço. In: Pessanha JAM, organizador. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural; 1978. p. 181–354.

11. Tugny A. O Imaginário da Habitação e do Habitar. In: Furtado JP, Nakamura E, organizadores. *Inserção Social e Habitação de Pessoas com sofrimento mental grave*. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2014.
12. Baltazar AP, Kapp S, Tugny A, Furtado JP. Spaces for differences: dwelling after deinstitutionalization. *Facilities*. 2013;31(9/10):407–17.
13. Koh HK, Restuccia R. Housing as Health. *JAMA*. 2018;319(1):12–3.
14. Cohen SC, Bodstein R, Kligerman DC, Marconde WB. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Cienc Saúde Colet*. 2007;12(1):191–8.
15. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Heal*. 2004;25:397–418.
16. Baker E, Lester LH, Bentley R, Beer A. Poor housing quality: prevalence and health effects. *J Prev Interv Community*. 2016;44(4):219–32.
17. Vettore MV, Gama SGN, Lamarca GA, Schilithz AOC, Leal MC. Condições de moradia como determinante social de baixo peso ao nascer e prematuro de baixo peso. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1021–31.
18. Egan M, Kearns A, Katikireddi S V., Lawson K, Tannahill C. Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programs's impact on health inequalities. *Soc Sci Med*. 2016;152:41–9.
19. Saraceno B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá; 1999.
20. Miller M, Ngugi I. *Impacts of Housing Supports: Persons with mental illness and ex-offenders*. WSIPP Reports. Washington; 2009.
21. Fakhoury WKH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;(37):301–15.
22. World Health Organization. *Transition from hospital to community: a literature review on housing*. Geneva: World Health Organization; 1993.

23. Nelson G. Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence and transformative changes. *J Sociol Soc Welf*. 2010;37(4):123–46.
24. Trainor JN, Morrel-Bellai TL, Ballantyne R, Boydell KM. Housing for People with Mental Illnesses: A Comparison of Models and an Examination of the Growth of Alternative Housing in Canada. *Can J Psychiatry*. 1993;38:494–501.
25. Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman C. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2009;60(4):473–82.
26. Siskind D, Harris M, Pirkis J, Whiteford H. A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(6):875–94.
27. Furtado JP. Construções imperfeitas: hospitalidade aos doentes mentais no Brasil. In: Furtado JP, Nakamura E, organizadores. *Inserção Social e Habitação de Pessoas com sofrimento mental grave*. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2014. p. 43–64.
28. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445–52.
29. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2002;9(1):25–59.
30. Furtado JP, Pacheco RA. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(4):179–84.
31. Guilhermano Neto J, Oliveira M. O acompanhamento terapêutico e a equipe itinerante. Porto Alegre: Arquivos da Pensão Nova Vida; 2003.
32. Guimarães J, Saeki T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2001;8(2):357–74.

33. Mângia EF, Rosa CA. Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2002;13(2):71–7.
34. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
35. Ministério da Saúde. *Leitos de internação em psiquiatria - competência Abr/2018* [Internet]. [citado 13 Jun 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
36. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Cienc Saúde Colet*. 2006;11(3):785–95.
37. Padgett DK, Heywood BF, Tsemberis SJ. *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems and Changing Lives*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
38. Evens S. *Crack: Reduzir Danos*. Rio de Janeiro: Open Society Foundation; 2017.
39. Rui T, Fiore M, Tófoli LF. Pesquisa preliminar de avaliação do Programa “De Braços Abertos” [Internet]. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). 2016 [citado 19 Nov 2017]. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Braços-Abertos-1-2.pdf>
40. Ratton JL, West R, Galvão C, Jatobá F, Silva V. Políticas de Drogas e Redução de Danos no Brasil: o Programa Atitude em Pernambuco. [Internet]. 2016 [citado 17 Nov 2017]. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/06/UFPE_programa_atitude_sumário_executivo_2016.pdf
41. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. 2013; 21 Mai.
42. Ministério da Saúde. *Relatório Anual de Gestão, 2016*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

43. Silva DD, Grácio MCC. Índice h de Hirsch: análise comparativa entre as bases de dados Scopus, Web of Science e Google Acadêmico. *Em questão*. 2017;23:196–212.
44. Packer AL, Tardelli AO, Castro RCF. A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. *Cienc Saúde Colet*. 2007;12(3):587–99.
45. Grácio MCC, Oliveira EFT. Análise de cocitação de autores: um estudo teórico-metodológico dos indicadores de proximidade, aplicados ao GT7 da ANCIB. *Liinc em Rev*. 2013;9(1):196–213.
46. Silva PRF, Carvalho MCA, Cavalcanti MT, Echebarrena RC, Mello AS, Dahl CM, et al. Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. *Cienc Saúde Colet*. 2017;22(7):2341–52.
47. Jardim VMR, Kantorski LP, Oliveira MM, Treichel CAS, Rodrigues CGSS, Dias LV. Limitações de comportamento social entre usuários da Rede de Atenção Psicossocial no sul do Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2015;20(5):1371–8.
48. Argiles CTL, Kantorski LP, Willrich JQ, Antonacci MH, Coimbra VCC. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Cien Saude Colet*. 2013;18(7):2049–58.
49. Furtado JP, Tugny A, Baltazar AP, Kapp S, Generoso CM, Campos FBC. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(12):3683–93.
50. Silveira MFA, Santos Jr. HPO. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. *Cienc Saúde Colet*. 2011;16(4):2089–98.
51. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(1):195–204.

52. Lima SS, Brasil SA. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. *Physis*. 2014;24(1):67–88.
53. Wachs F, Jardim C, Paulon SM, Resende V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis*. 2010;20(3):895–912.
54. Honorato CEM, Pinheiro R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis*. 2008;18(2):361–80.
55. Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(26):635–47.
56. Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FBC, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):289–400.
57. Romagnoli RC, Paulon SM, Amorim AKMA, Dimenstein M. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(30):199–207.
58. Ribeiro Neto PM, Avellar LZ. Identidade social e desinstitucionalização: um estudo sobre uma localidade que recebe residências terapêuticas no Brasil. *Saude Soc*. 2015;24(1):204–16.
59. Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saude Soc*. 2007;16(3):102–10.
60. Bastos LC, Aguiar MGG. Vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: Do Fio da vida administrada no “hospital Colônia” à vida em liberdade na cidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;432–45.
61. Barros RB, Josephson S. Lares abrigados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. *Saude Debate*. 2001;25(58):57–69.

62. Almeida Filho AJ, Queirós PJP, Rodrigues MA. Reabilitação psicossocial em moradias assistidas no Brasil e em Portugal. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):1–9.
63. Martins GCS, Moraes AEC, Santos TCF, Peres MAA, Almeida Filho AJ. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):86–94.
64. Belini MG, Hirdes A. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):562–9.
65. Pereira VP, Borenstein MS. Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos e moradoras de uma residência terapêutica. *Texto Contexto Enferm.* 2004;13(4):527–34.
66. Santos Jr. HPO, Gualda DMR, Silveira MFA. Residências Terapêuticas: uma análise qualitativa secundária sobre o processo de moradia para sofredores psíquicos. *Online Brazilian J Nurs* [internet]. 2010;9(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3151/html>
67. Macedo JQ, Silveira MFA. A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – Análise quantitativa e qualitativa. *Online Brazilian J Nurs* [Internet]. 2009;8(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2375/505>
68. Santos Jr. HPO, Gualda DMR, Silveira MFA. Semelhanças e diferenças nas temáticas que envolvem a moradia e o cuidado nas residências terapêuticas: abordagem qualitativa. *Online Brazilian J Nurs* [Internet]. 2008;7(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1871/432>
69. Kantorski LP, Cortes JM, Guedes AC, Franchini B, Demarco DA. O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. *Rev Eletr Enf.* 2014;16(4):759–68.

70. Kantorski LP, Guedes C, Cortes JM, Maria V, Cristina V, Coimbra C, et al. Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano num Serviço Residencial Terapêutico: um estudo de caso. *Rev Eletr Enferm.* 2013;15(1):61–70.
71. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, Argiles CTL, Coimbra VCC, Bielemann VLM. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(4):891–8.
72. Livieres CF, Silva ALA. O projeto moradia assistida do centro de atenção psicossocial: de uma questão clínica a outra. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(2):188–95.
73. Matos BG, Moreira LHO. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):668–76.
74. Silva DS, Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc Anna Nery.* 2011;15(3):587–94.
75. Monteiro CFS, Soares V, Rodrigues IS, Parente ACM, Fernandes MA. O viver e o morar: relações interpessoais de moradores dos serviços residenciais terapêuticos. *Rev Enf UERJ.* 2012;20(esp.1):637–41.
76. Sprioli N, Costa MCS. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. *Rev Latinoam Enferm.* 2011;19(5):1155–62.
77. Resgalla RM, Freitas MEA. A Residência Terapêutica: o melhor lugar de se viver. *REME.* 2004;8(2):283–9.
78. Ribeiro Neto PM, Avellar LZ. Concepções sobre a interação com moradores de residências terapêuticas. *Psicol Soc.* 2016;28(1):162–70.
79. Franco RF, Stralen CJ. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. *Psicol Soc.* 2015;27(2):312–21.

80. Moreira MIB, Andrade AN. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. *Psicol Soc.* 2007;19(3):46–54.
81. Bressan VR, Marcolan JF. O desvelar de violações dos direitos humanos em serviços residenciais terapêuticos. *Psicol Estud.* 2016;21(1):149–60.
82. Frazatto CF, Boarini ML. O “morar” em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-“moradores”. *Psicol Estud.* 2013;18(2):257–67.
83. Leite LS, Pielke IO, Furtado JA, Piccoli LM, Furini LG, Melo D. Clínica Complexa: A Experiência Clínica em um Residencial Terapêutico de Caráter Temporário. *Psico.* 2012;43(4):517–23.
84. Borsa JC, Eidelwein K. Conhecendo a realidade da saúde mental no Rio Grande do Sul. *Psico.* 2005;36(2):159–65.
85. Venturini E. O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental. *Fractal Rev Psicol.* 2010;22(3):471–80.
86. Amorim AKA, Dimenstein M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. *Fractal Rev Psicol.* 2009;21(2):319–35.
87. Ribeiro Neto PM, Avellar LZ. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. *Mental.* 2009;7(13).
88. Fonseca PC, Generoso CM, Maia MS, Emmendoerfer ML. A moradia protegida no contexto da reforma psiquiátrica: interlocuções com a família e o campo social. *Mental.* 2008;6(10):69–83.
89. Generoso CM. A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados - uma pequena construção. *Estud Pesqui em Psicol.*;2008;8(1):67-73.
90. Marcos CM. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos “serviços residenciais terapêuticos”. *Psyche (Stuttg).* 2004;8(15):179–90.
91. Sztajnberg TK, Cavalcanti MT. Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um Serviço Residencial Terapêutico. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2014;17(2):265–78.

92. Generoso CM, Guerra AMC. Desinserção social e habitação: a psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2012;15(3):524–39.
93. Sztajnberg TK, Cavalcanti MT. A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2010;13(3):457–68.
94. Guerra AMC, Generoso CM. Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2009;12(4):714–30.
95. Mangia EF, Ricci EC. “Pensando o Habitar” Trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2011;22(2):182–90.
96. Mângia EF, Marques ALM. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2004;15(3):129–35.
97. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(1):70–9.
98. Menezes P, Scazufca M, Rodrigues L, Mann A. Household crowding and compliance with outpatient treatment in patients with non-affective functional psychoses in São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(3):116–20.
99. Henna ES, Abreu LC, Ferreira Neto ML, Reis AOA. Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2008;18(1):16–26.
100. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2018 [citado 23 Jan 2019]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
101. Price DJS. *Little Science, Big Science...And beyond.* New York: Columbia University Press; 1986.

102. Grácio MCC. Colaboração científica: indicadores relacionais de coautoria. *Braz J Inf Sci*. 2018;12(2):24–32.
103. Hilário C, Castanha RG, Grácio MCC. A influência da genealogia acadêmica na colaboração científica: um estudo no campo da Matemática no Brasil. *Rev Guillermo Ockham*. 2017;15(2):133–41.
104. Lotta GS. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. *Cad gest publica cid*. 2014;19(65):186–206.
105. Passos E, Otanari TMC, Emerich BF, Guerini L. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Cienc Saúde Colet*. 2013;18(10):2919–28.
106. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Cienc Saúde Colet*. 2001;6(1):73–85.
107. Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 55–9.
108. Silva MBB. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira : sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2005;8(2):303–21.
109. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio MF, organizadora. *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17–59.
110. Furtado JP. Por que avalio? Como avalio? O que aprendi ao avaliar? São Paulo. Tese [Livre docência em Planejamento e Gestão em Saúde]. Universidade Federal de São Paulo; 2018.
111. Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Cienc Saúde Colet*. 2013;18(10):2797–805.

112. Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial para além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: EdUNESP; 2013.
113. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cienc Saúde Colet*. 2011;16(12):4579–89.
114. Jorge-Monteiro MF, Ornelas JH. “What’s Wrong with the Seed?” A Comparative Examination of an Empowering Community-Centered Approach to Recovery in Community Mental Health. *Community Ment Heal J*. 2016;52(7):821–33.
115. Gómez YF, Rodríguez MÁA, López MIG. Personal and macro-systemic factors as predictors of quality of life in chronic schizophrenia. *Psicothema*. 2017;29(2):160–5.
116. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly J, Sarang A, et al. Effectiveness of housing first with intensive case management in an ethnically diverse sample of homeless adults with mental illness: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2015;10(7):1–21.
117. Keller C, Goering P, Hume C, Macnaughton E, O’Campo P. Initial implementation of housing first in five canadian cities: How do you make the shoe fit, when one size does not fit all. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2013;16(4):275–89.
118. Gilmer TP, Stefancic A, Katz ML, Sklar M, Tsemberis S, Palinkas LA. Fidelity to the housing first model and effectiveness of permanent supported housing programs in California. *Can J Psychiatry*. 2015;60(11):467–74.
119. Stergiopoulos V, Gozdzik A, O’Campo P, Holtby AR, Jeyaratnam J, Tsemberis S. Housing First: exploring participants’ early support needs. *BMC Heal Serv Res*. 2014;14:1–15.
120. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2017; 22 Dez.

121. Kasper CP. Habitar a rua. Campinas. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Universidade Estadual de Campinas; 2006.
122. Brandão L. A casa subjetiva. São Paulo: Perspectiva; 2002.
123. Wong YLI, Solomon PL. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Ment Health Serv Res*. 2002;4(1):13–28.
124. Dorvil H, Morin PL, Beaulieu A, Robert D. Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et Société*. 2002;26(4):497–515.
125. Nakamura E. Inserção social: dimensões e significados da vida sociocultural. In: Furtado JP, Nakamura E, organizadores. *Inserção Social e Habitação de Pessoas com sofrimento mental grave*. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2014. p. 65–83.
126. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):137–52.
127. Cobigo V, H. S. Social inclusion and mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(5):453–7.
128. De Heer-Wunderink C, Visser E, Sytema S, Wiersma D. Social inclusion of people with severe mental illness living in community housing programs. *Psychiatr Serv*. 2012;63(11):1102–7.
129. Leïße M, Kallert T. Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *Eur Psychiatry*. 2000;15(8):450–60.
130. Dimenstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*. 2006;4(6):69–83.
131. Baumgartner JN, Burns JK. Measuring social inclusion—a key outcome in global mental health. *Int J Epidemiol*. 2014;43:354–64.

132. Cobigo V, Ouellette-Kuntz H, Lysaght R, Martin L. Shifting our Conceptualization of Social Inclusion. *Stigma, Research and Action*. 2012;2(2):75-84.
133. Huxley P, Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. *Br J Psychiatry*. 2003;182:289–90.
134. Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Cienc saúde coletiva*. 2013;18(7):2129–38.
135. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2013;23(1):13–31.
136. Moll MF, Saeki T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(6):995–1000.
137. Muramoto MT, Mângia EF. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). *Cienc Saúde Colet*. 2011;16(4):2165–77.
138. Ferreira GHL, Bezerra BDG. A “reinserção” social dos usuários(as) dos CAPS II do município de Mossoró sob a ótica das assistentes sociais. *Includere*. 2017;3(1):51–62.
139. Silva IRP, Lima CSL. O processo de reinserção social do portador de transtorno mental: entraves e problemáticas. *Serv Soc Rev*. 2018;20(2):143–59.
140. Salles MM, Barros S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Physis*. 2014;24(4):1275–92.
141. Assis CL, Roa L, Santana L, Assis P, Aniceto R. Pesquisa-Intervenção junto a usuários de um CAPS da região Norte do Brasil. *Clinicaps*. 2013;7(20):34–49.

142. Pereira RAS, Silva MB, Sousa LV, Araujo AMO, Costa RA, Silva FG. O processo de desinstitucionalização no Brasil. *Clinicaps*. 2014;8(23):25–42.
143. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
144. Kruzich JM. Community integration of the mentally ill in residential facilities. *Am J Community Psychol*. 1985;13(5):553–64.
145. Abdallah C, Cohen CI, Sanchez-Almira M, Reyes P, Ramirez P. Community Integration and Associated Factors Among Older Adults With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2009;60(12):1642–8.
146. Furtado JP, Nakamura E. Introdução. In: Furtado JP, Nakamura E, organizadores. *Inserção Social e Habitação de Pessoas com sofrimento mental grave*. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2014. p. 21–7.
147. Tugny A, Kapp S, Baltazar AP. Habitar: Verbo Intransitivo. In: Furtado JP, Nakamura E, organizadores. *Inserção Social e Habitação de Pessoas com sofrimento mental grave*. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2014. p. 85–101.
148. Baumgartner JN, Susser E. Social integration in global mental health: what is it and how can it be measured? *Epidemiol Psichiatr Sci*. 2013;22(1):29–37.
149. Baumgartner JN, Silva TFC, Valencia E, Susser E. Medindo a integração social em um estudo clínico randomizado piloto de intervenção no tempo crítico: transferência de cuidados na América Latina. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(4):436–9.
150. McColl MA, Davies D, Carlson P, Johnston J, Minnes P. The Community Integration Measure: Development and Preliminary Validation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82(4):429–34.
151. Shioda A, Tadaka E, Okochi A. Reliability and validity of the Japanese version of the Community Integration Measure for community-dwelling people with schizophrenia. *Int J Ment Heal Syst*. 2017;11:29.

152. Lloyd C, King R, Moore L. Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(3):220–9.
153. Townley G, Miller H, Kloos B. A Little Goes a Long Way: The Impact of Distal Social Support on Community Integration and Recovery of Individuals with Psychiatric Disabilities. *Am J Community Psychol*. 2013;52(1–2):84–96.
154. McColl MA, Carlson P, Johnston J, Minnes P, Shue K, Davies D, et al. The definition of community integration: perspectives of people with brain injuries. *Brain Inj*. 1998;12(1):15–30.
155. Mezey G, White S, Thachil A, Berg R, Kallumparam S, Nasiruddin O, et al. Development and preliminary validation of a measure of social inclusion for use in people with mental health problems: the SInQUE. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(5):501–7.
156. Gordon D, Levitas R, Pantazis C, Patsios D, Payne S, Townsend P, et al. Poverty and social exclusion in Britain. York (UK): Joseph Rowntree Foundation; 2000.
157. Huxley P, Evans S, Madge S, Webber M, Burchardt T, McDaid D, et al. Development of a social inclusion index to capture subjective and objective life domains (Phase II): psychometric development study. *Heal Technol Assess*. 2012;16(1):iii–vii, ix–xii, 1–241.
158. Secker J, Hacking S, Kent L, Shenton J, Spandler H. Development of a measure of social inclusion for arts and mental health project participants. *J Ment Heal*. 2009;18(1):65–72.
159. Martins GA. Sobre Confiabilidade e Validade. *RGBN*. 2006;8(20):1–12.
160. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649–59.
161. Pilatti L, Pedroso B, Luis G. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. *Rev Bras Ensino Ciência e Tecnol*. 2010;3(1):81–91.

162. Vieira S. Como elaborar questionários. São Paulo: Atlas; 2009.
163. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Potvin L, Denis J-L, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa: Definição, estrutura, financiamento. São Paulo: Hucitec; 1994.
164. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. Psychol bull. 1955;52(4):281–302.
165. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2. ed. rev. Lisboa: Sílabo; 2012.
166. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2016.
167. Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise Multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
168. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2017; 3 Out.
169. Calipo PCB. Estudo descritivo do sistema de saúde mental do Município de Santos no contexto da reforma da assistência psiquiátrica e do sistema único de saúde brasileiro. Santos. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade Católica de Santos; 2008.
170. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas. 1960;XX(1):37–46.
171. Cohen J. Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. Psychol Bull. 1968;70(4):213–20.
172. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics. 1977;33(1):159–74.
173. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297–334.

174. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*. 1937;2(3):151–60.
175. Andrade MCR. Necessidades de pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia como indicador de resultado na avaliação de serviços comunitários de saúde mental. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade Federal de São Paulo; 2017.
176. Ballarin MLGS, Miranda IMS, Carvalho CM. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Rev Cienc Med*. 2011;20(3–4):59–67.
177. Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):48–54.
178. Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):442–9.
179. Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FBC, Henriques CMP, organizadores. *Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos*. 2a ed. rev. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 67–77.
180. Gulinelli A, Ratto LRC, Menezes PR. The social adjustment of people with severe mental illness in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):309–14.
181. Pinho LB, Hernandez AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010;9(1):28–35.
182. Silva SM, Silva AM, Souza AR, Moura ADA, Lima GG, Feitoza AR. Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25.
183. Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(5):340–9.

184. Faria SO. Adaptação transcultural e validação da versão em português de questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer em cuidados paliativos no contexto cultural brasileiro. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Medicina Preventiva]. Universidade de São Paulo; 2013.
185. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escala da avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *J Bras Psiquiatr.* 2000;(8):293–300.
186. Ventura MM, Bottino CMC. Estudo de confiabilidade da versão em português de uma entrevista estruturada para o diagnóstico de demência. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47(2):110–6.
187. Nazareth JCF, Almeida Neto OP, Silva MR, Rodrigues LR, Pedrosa LAK. Qualidade de vida relacionada ao trabalho de profissionais de enfermagem no centro de material de esterilização. *Biosci J.* 2018;34(4):1083–92.
188. Calado GA, Rigon IB, Moritz JLW, Wolf P, Lin K. Cross-cultural adaptation of Rotter's General Locus of Control instrument. *Trend Psychiatry Psychoter.* 2018;40(1):66–71.
189. Rocha VTM, Soares TM, Leopoldino AAO, Queiroz BZ, Rosa NMB, Lustosa LP, et al. Adaptação transcultural e confiabilidade do Active Australia Questionnaire para idosos. *Rev Bras Med Esporte.* 2017;23(1):46–9.
190. Mendes R, Capozzolo AA, Lima Jr RT, Andrade V, Souza BM, Silva MGP, et al. Tessituras e participação - extensão na região noroeste de Santos. *Rev Cienc Ext.* 2014;10(1):7–16.