

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE FISIOTERAPIA

Fabio Cavalcanti Freitas

Thais Correia Pinheiro Silva

**O OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A FUNCIONALIDADE DE MORADORAS
DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DA CIDADE DE JUIZ DE FORA
(MG)**

Juiz de Fora
2018

Fabio Cavalcanti Freitas

Thais Correia Pinheiro Silva

**O OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A FUNCIONALIDADE DE MORADORAS
DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DA CIDADE DE JUIZ DE FORA
(MG)**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do título de graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Alice Junqueira Caldas – UFJF

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos - UFJF

Juiz de Fora
2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Freitas e Silva, Fabio Cavalcanti e Thaís Correia Pinheiro.

O OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A FUNCIONALIDADE DE MORADORAS DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DA CIDADE DE JUIZ DE FORA (MG) / Fabio Cavalcanti e Thaís Correia Pinheiro Freitas e Silva. -- 2018.

67 p. : il.

Orientadora: Maria Alice Junqueira Caldas

Coorientadora: Andréia Aparecida de Miranda Ramos

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2018.

1. Serviço Residencial Terapêutico. 2. Saúde Mental. 3. Fisioterapia. I. Junqueira Caldas, Maria Alice, orient. II. de Miranda Ramos, Andréia Aparecida, coorient. III. Título.

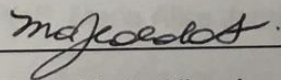
Fabio Cavalcanti Freitas

Thais Pinheiro Correia Silva

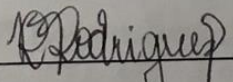
**“UM OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A
FUNCIONALIDADE DE MORADORAS DE UM SERVIÇO
RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DA CIDADE DE JUIZ DE
FORA (MG)”**

O presente trabalho apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso II”, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública à banca examinadora e **aprovado** no dia 03 de dezembro de 2018.

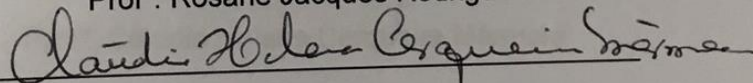
BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª. Maria Alice Junqueira Caldas



Prof^ª. Rosane Jacques Rodrigues



Prof^ª. Cláudia Helena Cerqueira Mármora

RESUMO

Introdução: O processo de desospitalização ocorrido nos anos 70 e 80, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, tiveram como motivo o tratamento desumano recebido pelos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Além disso, a mudança do modelo assistencial visa um tratamento mais humanizado e integral dos pacientes com transtornos psiquiátricos. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT'S) foram, nesse cenário, criados para abrigar egressos de hospitais e reinseri-los na sociedade. O texto aborda como foi esse processo de transição no município de Juiz de Fora (MG), que ainda caminha em passos lentos para tentar se adequar as novas políticas. Por último, comenta-se sobre o papel da Fisioterapia acerca de sua implementação e atuação nos serviços de saúde mental, campo em que esta profissão ainda é pouco inserida. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional de moradoras de um SRT para a realização das atividades básicas de vida diária e para as atividades instrumentais de vida diária de um SRT da cidade de Juiz de Fora (MG). Entender o contexto histórico pessoal de moradoras de um SRT egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos da cidade de Juiz de Fora (MG); conhecer os hábitos do cotidiano, as relações sociais e o grau de autonomia dessas moradoras, a partir do modelo da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF); a partir da análise da funcionalidade, propor um modelo de atenção fisioterapêutico aos indivíduos moradores de SRT. **Metodologia e estratégias de ação:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo, quali-quantitativo, com delineamento transversal e observacional, realizado a partir de visitas em um SRT do município de Juiz de Fora (MG). Foi descrito o perfil da população estudada, segundo os fatores sociodemográficos e econômicos, identificação do contexto histórico, pessoal e das condições de saúde destas moradoras, a partir da aplicação de questionário semi-estruturado; do grau de funcionalidade e autonomia, pelas escalas de Katz e Lawton & Brody e aplicação/análise do modelo da CIF em todos os seus fatores e contextos, e das relações sociais, a partir da observação local e do uso do diário de campo. **Resultados e discussão:** O perfil encontrado foi o seguinte: uma média de idade de 59 anos, solteira, católica ou evangélica, aposentada, com baixa escolaridade, com pouco convívio familiar, sedentárias, não restritas ao domicílio, tendo a maioria capacidade funcional para sair do SRT e ter acesso ao CAPS e a UBS de referência. Observa-se uma população de moradoras crônicas, com múltiplas comorbidades de saúde, em uso de polimedicações, sendo a maioria independente funcional para as ABVD'S, porém possuindo pouca autonomia funcional. **Considerações finais:** Espera-se que este estudo possa contribuir para demonstrar a importância dos SRT'S na inserção dos egressos de hospitais psiquiátricos na sociedade, de forma mais humana e autônoma possível, respeitando os limites do contexto psiquiátrico de cada morador. Assim como, motivar a implementação da fisioterapia neste cenário, para contribuir com uma visão mais funcional e integral na abordagem do cuidado multiprofissional a esta população. **Palavras-chave:** Serviço Residencial Terapêutico. Saúde Mental. Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: The process of dehospitalization that took place in the 1970s and 1980s, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform, was based on the inhumane treatment received by patients hospitalized in psychiatric hospitals. In addition, the change in the care model aims at a more humanized and comprehensive treatment of patients with psychiatric disorders. Therapeutic Residential Services (TRS'S) were created in this scenario to discharging psychiatric patients and insert them into society. The text also addresses how this transition process was in the municipality of Juiz de Fora (MG), which is still walking slowly to try to adapt to these new policies. Finally, we comment on the role of Physiotherapy in its implementation and performance in mental health services, a field that this profession is still little inserted. **Objective:** To evaluate the functional capacity of residents of an TRS to perform the basic activities of daily living and for the instrumental activities of daily life of a TRS in the city of Juiz de Fora. To understand the personal historical context of TRS residents living in long-term psychiatric hospitals in the city of Juiz de Fora (MG); to know the daily habits, the social relations and the degree of autonomy of these dwellers, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model; from the analysis of the functionality, propose a model of physiotherapeutic attention to the individuals living in TRS. **Methodology and action strategies:** This was a descriptive, qualitative study, with a cross-sectional and observational design, based on visits to an TRS in the city of Juiz de Fora (MG). The profile of the studied population was described according to sociodemographic and economic factors, identification of the historical, personal and health conditions of these dwellers, based on the application of a semi-structured questionnaire; the degree of functionality and autonomy, the Katz and Lawton & Brody scales and the application / analysis of the ICF model in all its factors and contexts, and social relations, based on local observation and the use of the field diary. **Results and discussion:** The average age was 59 years old, single, catholic or evangelical, retired, with low level of schooling, with restrict family relationship, sedentary, not restricted to the home, most of them having functional capacity to quit of the TRS and have access to the basic healthy services. We observe a population with chronic residents with multiple health comorbidities in the use of polimedications, all of which are functional independent for the ABVD'S, but they have low autonomy. **Final Considerations:** It is hoped that this study can contribute to demonstrate the importance of SRT'S in the insertion of discharging psychiatric patients in society, in a more human and autonomous way, respecting the limits of the psychiatric context of each resident. As well as motivating the implementation of physiotherapy in this scenario, to contribute with a more functional and integral vision in the approach of multiprofessional care to this population.

Keywords: Therapeutic Residential Service. Mental health. Physiotherapy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- Perfil sociodemográfico das moradoras.....	32
QUADRO 2- Frequência e porcentagem dos diagnósticos psiquiátricos das moradoras.....	33
QUADRO 3- Comorbidades atuais e/ou anteriores das moradoras.....	34
QUADRO 4- Medicamentos das moradoras.....	35
GRÁFICO 1- Independência para ABVD'S.....	36
GRÁFICO 2- Independência para AIVD'S.....	36
FIGURA 1- Modelo da CIF para moradora 01.....	37
FIGURA 2- Modelo da CIF para moradora 02.....	38
FIGURA 3- Modelo da CIF para moradora 03.....	39
FIGURA 4 - Modelo da CIF para moradora 04.....	40
FIGURA 5 - Modelo da CIF para moradora 05.....	41
FIGURA 6 - Modelo da CIF para moradora 06.....	42
FIGURA 7 - Modelo da CIF para moradora 07.....	43
FIGURA 8 - Modelo da CIF para moradora 08.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD'S	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD'S	Atividades Instrumentais de Vida Diária
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
PNRFPS	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
CASM	Centro de Atenção em Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básicas de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
GT	Grupo de Trabalho
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
GEDAE	Grupo Espirita de Assistência aos Pacientes Enfermos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PET	Programa de Educação Tutorial

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO	12
2.1 <i>O processo da reforma psiquiátrica brasileira: o seu contexto e as principais transições políticas</i>	12
2.2 <i>Histórico da assistência psiquiátrica em Juiz de Fora (MG)</i>	14
2.3 <i>Atuação da fisioterapia na saúde mental</i>	17
3. OBJETIVOS	20
3.1 GERAL.....	20
3.2 ESPECÍFICOS.....	20
4. METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	21
4.1 Delineamento do estudo.....	21
4.2 Local da pesquisa e caracterização da amostra.....	21
4.3 Análise e interpretação dos dados.....	22
4.4 Instrumentos.....	23
4.4.1 <i>Questionário semi-estruturado</i>	23
4.4.2 <i>Escala de Katz</i>	24
4.4.3 <i>Escala de Lawton & Brody</i>	24
4.4.4 <i>Diário de campo e observação local</i>	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 O local e sua dinâmica.....	27
5.2 A referencial e as cuidadoras.....	28
5.3 As entrevistas e os relatos.....	29
5.4 Perfil demográfico; socioeconômico e das condições de saúde.....	31
5.5 Características funcionais.....	35
5.6 Aplicação do modelo da CIF.....	37
5.7 Análise dos componentes do modelo da CIF.....	45
5.8 Proposta de um modelo de intervenção fisioterapêutica.....	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	57
ANEXOS	64

1. APRESENTAÇÃO

O interesse em construir este trabalho que tem como tema o olhar da fisioterapia sobre as residências terapêuticas surgiu a partir das atividades como bolsista do PET GRADUA SUS 2017-2018, projeto que tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade através do trabalho interprofissional entre cinco cursos da área de saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, serviço social), e estabelece uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde, com a Secretaria de Educação Superior – SESu, do Ministério da Educação, e com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). Funciona dentro das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com seus princípios e necessidades, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005.

A proposta de intervenção dos alunos do PET GRADUASUS se situa entre 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Juiz de Fora (MG) (Santos Dumont, Milho Branco e Parque Guarani) e em dois pontos de atenção em saúde mental: CAPS Leste e o Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM), este último que pude conhecer no período como bolsista PET, oferece acompanhamento individual, como acolhimento, atendimento médico, psicoterápico, de enfermagem ou de serviço social, que promove aos usuários de saúde mental em situações de crises e que necessitam de cuidados em maior complexidade, assim como visitas e atendimentos domiciliares; e em grupos, de suporte social e a realização do matriciamento em conjunto das unidades de Atenção Primária à Saúde (UBS) da Zona Norte de Juiz de Fora (MG).

Durante as ações previstas pelo PET GRADUA SUS, levantou-se uma dúvida da equipe local sobre como o fisioterapeuta poderia colaborar com as atividades propostas, visto que há pouca inserção dessa categoria profissional nos serviços de saúde mental, limitando o conhecimento de suas possíveis atuações na área.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por alguns componentes definidos pela Portaria 3.088, 23 de Dezembro de 2011(BRASIL,2011), tais como: UBS, que é a porta de entrada; CAPS nas suas

mais variadas modalidades, segundo a população atendida; Centros de Convivência; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e Leitos de Saúde Mental (em Hospitais Gerais). Além desses serviços, existe o Programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Dentre estes, os SRT's nos chama a atenção, pois justamente representa a transição entre o modelo de atenção psiquiátrico hospitalocêntrico para um modelo de reinserção psicossocial.

Sendo assim, a partir deste estudo conseguiremos entender na primeira parte (Introdução), o processo da reforma psiquiátrica brasileira em paralelo com a história da psiquiatria local da cidade de Juiz de Fora (MG), o processo de desinstitucionalização desses pacientes e o surgimento dos SRT's como forma substitutiva aos tratamentos crônicos de saúde mental buscando a reintegração social, autonomia e independência funcional dos mesmos, assim como a inserção e a colaboração da fisioterapia neste processo. Na segunda parte (Método) estão apresentadas as etapas do trabalho de campo: a escolha dos participantes, a coleta de dados e sua análise. Na terceira parte, em resultados e discussão apresentamos as visitas e observações locais, perfis sociodemográficos das moradoras, suas características funcionais, aplicação e análise do modelo da CIF, assim como uma proposta de intervenção fisioterapêutica com esta população. Por fim, em considerações finais, traçamos um panorama geral do trabalho e inferimos sobre novos estudos para ampliação da atuação da fisioterapia no campo da saúde mental.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O processo da reforma psiquiátrica brasileira: o seu contexto e as principais transições políticas

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu juntamente com a Reforma Sanitária na efervescência política nos meados da década de 70 e se intensificou na década de 80. O movimento questionava o modelo de assistência de péssima qualidade e predominantemente privatizado, propondo, além de incluir os princípios do SUS, adotar a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana como referência teórico-prática de Franco Basaglia, psiquiatra notório por sua mobilização contra a hospitalização crônica.

Nesse contexto, a reforma vai muito além de contestar o asilo como centro detentor de poder/saber, onde o “tratamento” se fazia pela exclusão e muitas vezes pelos descasos com a vida do ‘doente mental’. A ideia seria inquirir e analisar toda a construção teórica que envolve o asilo em um movimento de desinstitucionalização do saber psiquiátrico (SILVA, 2010).

Desinstitucionalizar, nessa perspectiva é:

“desospitalizar, propondo instâncias externas totalmente substitutivas ao hospital; superar a organização de serviços baseados no Setor (Reforma Psiquiátrica Francesa) ou na Psiquiatria Comunitária (Reforma Psiquiátrica Americana), propiciando a unicidade de responsabilidade sobre o Território; superar os ideais da comunidade, terapêutica ou não, em favor da consideração das sociedades locais com seus conflitos e contradições reais; superar o monopólio das especialidades, utilizando as múltiplas potencialidades dos trabalhadores institucionais para a ativação de todos os recursos disponíveis, inclusive os dos usuários das instituições” (COSTA-ROSA et al, 2002, p.39-40).

A tentativa de legalização da reforma psiquiátrica brasileira ocorreu somente em 1989, com a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (MG), que foi aprovado e transformado na Lei 10.216, em abril de 2001. Esta garante o processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial (BRASIL, 2004).

Para a efetiva reintegração dos sujeitos adoecidos mentalmente na comunidade é necessária uma rede integrada de apoio, que neste momento encontra o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado na rede de APS em todo território nacional a partir de 1995, sendo a porta de entrada para todo o sistema de saúde. Desta forma, para responder a tal necessidade, foram criados

Programas de Saúde Mental para a implantação do novo modelo assistencial extra hospitalar, composto por serviços agenciadores e estratégicos: o Hospital-dia, leitos em Hospitais Gerais, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência e Cultura, Mini-equipes de Saúde Mental nos PSF, Serviços de Urgência e Emergência em saúde mental e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (JUNIOR, 2010).

Os SRT's foram instituídos pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do Estado ou do município para fins de manutenção dos SRTs. (BRASIL, 2004).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2004), quem pode se beneficiar dos SRTs são: portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico (aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental); moradores de rua com transtornos mentais severos, quando acompanhados nos CAPS.

O incentivo é solicitado através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), tanto para SRT tipo I quanto para SRT tipo II. O tipo I é destinado a pessoas com transtornos mentais, moradores de hospitais psiquiátricos (mais de 01 ano de internação ininterrupto), devendo acolher no máximo oito moradores. O tipo II é para pessoas com transtornos mentais, moradores de

hospitais psiquiátricos (mais de 01 de internação ininterrupto) que apresentem acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, devendo acolher no máximo dez moradores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

2.2 Histórico da assistência psiquiátrica em Juiz de Fora (MG)

Em relação ao histórico de assistência psiquiátrica da cidade de Juiz de Fora (MG), durante um longo tempo, estava pautada exclusivamente nos hospitais para tratamentos dos portadores de transtornos mentais. Dessa forma, contava o município, em 1986, com 7 hospitais psiquiátricos privados, sendo que dois deles atendiam exclusivamente pacientes do sexo feminino (MARQUES, 1996). Barreto (2007, p.10) define o modelo de saúde mental de Juiz de Fora na década de 80 como “um sistema rigidamente hierarquizado, verticalizado, burocratizado, no qual aos técnicos não médicos é reservado um papel acessório”.

No ano de 1985, a partir das instâncias gerenciais das Ações Integradas de Saúde, provenientes das mudanças próprias à Reforma Sanitária, foi instituída pelo secretário da saúde uma comissão denominada ‘Comissão Local Interinstitucional’ a qual designou um Grupo de Trabalho (GT) responsável pela elaboração da proposta de reorganização dos serviços na área da Saúde Mental. A partir deste GT, houve a elaboração do ‘Projeto de Reformulação da Assistência em Saúde Mental’ (SANTOS, 2013).

O I Seminário de Assistência à Saúde Mental na cidade ocorreu em abril de 1986 e ofereceu subsídios para a elaboração do projeto de reordenação da rede assistencial e o GT transformou-se na Comissão Executiva de Saúde Mental (CESM). Essa comissão organizou o I Encontro Regional de Saúde Mental em novembro do mesmo ano, com o objetivo de oferecer treinamento oficial para profissionais que iriam compor as equipes multidisciplinares para implantação do trabalho no projeto de reformulação assistencial (MENDES, 2007).

O III Encontro Regional de Saúde Mental ocorreu em outubro de 1987 e nele foram normatizados os critérios para internação psiquiátrica em Juiz de Fora e na microrregião. Foi criado, então, o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) no então Pronto Socorro Municipal (PSM), que visava mudanças nos serviços de saúde

mental, afim de cobrir 10% da população usuária dos mesmos serviços de saúde em Juiz de Fora e microrregião (MENDES, 2000); (Op. Cit.,2007).

A política de saúde mental no município se reestruturou, segundo Mendes (2000), nos seguintes níveis: básico, responsável pela oferta de consultas ambulatoriais e pela realização de um trabalho preventivo nas comunidades; secundário, responsável por ofertar um trabalho multidisciplinar em que as equipes eram compostas por psiquiatra, psicologia, assistente social e enfermeiro; terciário, além dos hospitais psiquiátricos privados, planejou-se a criação de 30 leitos de curta permanência (72 a 120 horas) no SUP, que seria aparelhado para ser porta de entrada. Foi planejada a criação de 40 leitos para pacientes em fase aguda no hospital Dr. João Penido. Reconheceu-se a necessidade de oferecer um treinamento pessoal para o atendimento das doenças específicas, como também para as complicações dos quadros psiquiátricos.

Contudo, Mendes (2007) nos relata que os debates em torno da questão da reforma psiquiátrica que se articulavam no país não atingiram Juiz de Fora de forma contundente. A hegemonia dos interesses corporativos dos psiquiatras, dos donos dos hospitais e a baixa influência e articulação dos trabalhadores da saúde mental com outros grupos ou movimentos contribuíram para a não-efetivação da reforma e a dissolução da CESM.

Em 1991, os hospitais psiquiátricos localizados no município ofereciam 603 leitos e este dado demonstra a cronificação e o hospitalocentrismo, contradizendo o expressivo Movimento da Luta Antimanicomial, que se expandia em outros locais do Brasil (SANTOS,2013). Tal peculiaridade, afirma Shubert (2001, p.28), fez com que Juiz de Fora “marchasse na contramão, caracterizando-se pela indiferença dos trabalhadores frente à premência do estabelecimento de novas práticas” e, dessa forma, o caminho que deveria ser trilhado pelas políticas institucionais locais não acompanhou as propostas nacionais para que se efetivasse a rede de substituição ao manicômio.

Neste mesmo ano foi criado um Projeto de Atenção ao Paciente Psicótico – PAP pelo Plano Municipal de Saúde Mental, que foi aprovado em março de 1994 pelo Ministério da Saúde e, assim, foi criado o primeiro CAPS de Juiz de Fora - CAPS Casa Viva (estatuto registrado em 1996), que obteve financiamento da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), definida como uma entidade civil filantrópica com objetivo de, dentre outras, promover o exercício da cidadania;

estimular ações e práticas alternativas ao modelo hospitalocêntrico; financiar ações e projetos que ofereçam respostas mais efetivas às necessidades de moradia, estudo, lazer e cultura (JUIZ DE FORA, 1996). O CAPS proporciona um trabalho de equipe multiprofissional, promovendo a inserção social do assistido e está apto a tratar pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004)

Em 2001, uma comissão formada por profissionais da área de saúde lotados no Instituto de Saúde Mental realizaram um recenseamento dos usuários que, até a década de 1990, vinham sendo mantidos em regime de internação psiquiátrica no município e observou-se que muitos desejavam a desospitalização e reuniam condições para tal. Então, foi solicitado ao Ministério da Saúde a implantação de projetos específicos para esta população, tais como a implantação de SRTs, tema do presente estudo, que ainda não existiam no município (MENDES, 2000).

Estes serviços deveriam estar localizados próximos a uma UBS, cuja equipe se responsabilizaria pelo cuidado em saúde, incluindo a saúde mental dos antigos internos, que passariam a residir no território. Dessa forma, os SRTs estariam imersos na comunidade e a ESF tornar-se-ia referência para a assistência destes indivíduos, mantendo-se articulada em rede. As atividades desenvolvidas com os moradores deveriam estar articuladas, também, às equipes de referência dos CAPS, segundo critérios de territorialização (SANTOS, 2013).

Em 26 de abril de 2002, foi inaugurado o primeiro SRT no município localizado no bairro Furtado de Menezes. Contudo, a articulação entre os SRT e as UBS não funcionou de forma satisfatória no início, devido ao despreparo das equipes da atenção primária em lidar com os usuários de saúde mental, pois parecia haver um entendimento equivocado de como cada instância extra-hospitalar deveria atuar (SANTOS, 2013).

Para Santos (2013), de acordo com a Lei nº 10.216 de 2001, o município de Juiz de Fora vem se adequando às novas diretrizes, implantando dispositivos substitutivos à internação. Para que esta transformação possa acontecer, percebe que há mudanças substanciais das práticas de saúde mental no momento e que, através das vias políticas, legais, éticas e jurídicas, organizam-se e vão se consolidando com vistas à autonomia, independência e ressocialização dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

2.3 Atuação da Fisioterapia na saúde mental

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde-OMS-2001, uma em cada 10 pessoas no mundo, 10% da população global, sofre de algum distúrbio de saúde mental. Isso representa aproximadamente 700 milhões de pessoas. Entre as vinte condições que mais causam incapacidade física, cinco são transtornos mentais, sendo estas: depressão, alcoolismo, transtorno bipolar, esquizofrenia, a doença de Alzheimer e outras demências.

As condições de saúde mental têm uma tendência a subir na classificação de morbidade da população. Prevê-se que a depressão passará do quarto lugar, que ocupava em 1990, para o segundo lugar em 2020, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (VIDAL *et al.*, 2007).

Dentre as manifestações que caracterizam os transtornos mentais, ocorrem alterações na estrutura corporal e no movimento, tais como dificuldades na execução dos mesmos, tensões e rigidez muscular crônica, alterações posturais, padrão anormal de respiração e prejuízo da expressão corporal (SILVA *et al.*, 2012), além de maior probabilidade de apresentar obesidade ou sobrepeso.

Segundo Silva *et al.*(2008), os antipsicóticos, substâncias que reduzem delírios e alucinações, geralmente apresentam efeitos positivos ao tratamento, porém podem provocar efeitos colaterais neurológicos, cardiovasculares, endócrinos, oculares, hematológicos, hepáticos, musculoesqueléticos e cutâneos. Entre eles os mais comumente citados são disfunções crônicas como discinesia tardia (movimentos involuntários repetitivos por uso prolongado de medicamentos psiquiátricos), acatisia e distonia, ataxia, atrofia e fraqueza muscular, síndrome metabólica, dislipidemias e diabetes, afetando diretamente a capacidade funcional do indivíduo.

No estudo de Souza *et al.*(2008), foi observado que há uma alteração de equilíbrio dinâmico dos indivíduos com esquizofrenia, o que pode levá-los a diminuição ou dificuldades funcionais, e aborda que os efeitos colaterais dos antipsicóticos podem ser um dos fatores que propicia um maior risco de quedas, e que, nesse contexto, a fisioterapia pode atuar prevenindo as complicações e seus agravos, promovendo saúde e recuperando a função.

Sendo assim, profissionais que trabalham com atividades físicas, como por exemplo, o fisioterapeuta, tem sido inseridos nas equipes de assistências aos portadores de transtornos mentais. No entanto, ainda há poucas publicações e estudos.

Silva *et al.* (2012) atuaram num CAPS com indivíduos com esquizofrenia, transtorno depressivo e outras alterações mentais, com o objetivo de mostrar a contribuição da fisioterapia na reabilitação desses indivíduos, num período de três meses. Os resultados foram muito positivos, onde utilizaram recursos como: exercícios cinesioterápicos, técnicas de consciência e expressão corporal, exercícios posturais, massagem terapêutica, relaxamentos e dinâmicas de interação.

A legislação que trata do funcionamento dos CAPS refere que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS, deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004).

Dentre este trabalho multiprofissional, ressalta-se a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS), compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (BOCCARDO *et al.*, 2011).

A construção de um PTS deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, esse processo, visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio da ativação de recursos exteriores a eles (MANGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

Nesse sentido, a Política de Saúde Mental recomenda que os PTS devam ter como meta principal a inserção social por meio de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer e também serem desenvolvidos de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário. De forma que suas ações

ultrapassem a própria estrutura física dos CAPS e busquem articular redes de suporte social voltadas para os sujeitos que contribuam para o restabelecimento de vínculos fragilizados e/ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (BRASIL, 2004).

Portanto, a fisioterapia entra como um dos eixos deste processo de equipe, cujo trabalho, segundo Peduzzi (2001) deve promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes. Destaca-se a contribuição de oficinas terapêuticas corporais, com técnicas fisioterapêuticas na reabilitação psicossocial e no exercício da autonomia de portadores de transtornos mentais graves e crônicos. Trabalhar o corpo de um modo geral traz ao indivíduo certo prazer não só pela liberação de endorfinas, como também pela oportunidade de estar se relacionando socialmente, interagindo e reforçando a aceitação de sua própria imagem e esquema corporal (SILVA et al.,2012).

Segundo as considerações da regulamentação nº 80 do COFFITO: “*A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função.*” Portanto, cabe a profissão a atenção global do indivíduo considerando todos os seus aspectos biopsicossociais ressaltando que o fisioterapeuta também pode ser incluído como um profissional capacitado a atender os pacientes de saúde mental e ser um membro integrante da equipe do PTS. Por isso, é importante ressaltar a criação de disciplinas no curso de fisioterapia que abordem a saúde mental e os seus fluxos em todos os níveis de atenção à saúde e a inserção dos acadêmicos em cenários de prática para reforçar o papel e a importância do profissional, assim como a possibilidade de incluí-lo como um dos integrantes da equipe multiprofissional de saúde mental.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a capacidade funcional de moradoras de um SRT para a realização das atividades básicas de vida diária e para as atividades instrumentais de vida diária de uma RT da cidade de Juiz de Fora (MG).

3.2 ESPECÍFICOS

- Entender o contexto histórico pessoal de moradoras de um SRT egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos da cidade de Juiz de Fora (MG)

- Conhecer os hábitos do cotidiano, as relações sociais e o grau de autonomia dessas moradoras, a partir do modelo da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF).

- A partir da análise da funcionalidade, propor um modelo de intervenção fisioterapêutica aos indivíduos moradores de SRT.

4 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

4.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo de delineamento transversal, observacional realizado por meio de entrevistas, em amostra selecionada, com moradoras de um SRT do município de Juiz de Fora/MG.

Foi também utilizada a abordagem qualitativa, por saber que esta se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificado.

A pesquisa qualitativa:

“(…) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2002, p. 22).

Desse modo, foi possível compreender melhor o contexto histórico de cada moradora, sua rotina do cotidiano, como se dão as relações sociais e o que significam. A partir da análise da funcionalidade, propusemos um modelo de atenção fisioterapêutico aos moradores de STR’S.

4.2 Local da pesquisa e caracterização da amostra

A escolha do cenário - O presente estudo foi realizado em um SRT feminino localizado na região leste do município de Juiz de Fora (MG). Durante reunião realizada juntamente com a coorientadora do projeto e a coordenadora do Departamento de Saúde Mental do município, foi selecionado o SRT constituído de uma amostra de conveniência com moradoras que contemplam o objetivo do estudo: possibilitar a avaliação da capacidade funcional através do modelo da CIF, o contexto histórico e de saúde pessoal e o grau de autonomia das mesmas.

Os sujeitos da pesquisa – Foi selecionada uma amostra de conveniência de 10 moradoras de um SRT localizado na região Leste do município de Juiz de Fora (MG). Ao todo, oito moradoras participaram do estudo: seis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e duas sob curatela tiveram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), assinados por seus curadores, respectivamente.

Critério de inclusão: dez moradoras de um SRT feminino localizada no bairro da região Leste do município de Juiz de Fora (MG) com faixa etária entre 40-80 anos e de etnia branca e negra.

Critério de exclusão: aquelas que se apresentavam emocionalmente instáveis em resgatar as memórias do passado e não conseguiram dar continuidade ao diálogo.

Durante o período da entrevista, que se totalizaram em sete visitas ao local, todas agendadas previamente por telefone com as cuidadoras do SRT, observamos inicialmente que todas as dez moradoras encaixavam-se no critério de inclusão, no entanto, uma se recusou a participar da pesquisa por motivos pessoais e a outra moradora se mudou para outro SRT no mesmo município, e como o critério de inclusão do estudo cita a necessidade de serem moradoras do mesmo SRT, excluimos esta participante do estudo.

4.3 Análise e interpretação dos dados - As análises dos dados foram feitas no programa EXCEL OFFICE 2013. Inicialmente foi realizada análise descritiva das variáveis de interesse para obtenção de frequências absoluta e relativa e das prevalências do desfecho investigado.

Para organizar e realizar as análises de alguns registros do diário de campo, foi criado um roteiro que teve como base os estudos e orientações de Bogdan e Biklen (1994, p. 163-165) sobre notas de campo. Esse roteiro foi sistematizado de forma a contemplar os seguintes aspectos:

- retratos dos sujeitos
- construção/reconstrução do diálogo dos sujeitos
- descrição do espaço físico
- relato de acontecimentos particulares
- descrição das atividades
- o comportamento do observador (pesquisador)

Toda a metodologia foi desenvolvida obedecendo aos princípios éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o parecer nº 2.754.195 de 04 de julho de 2018, protocolo n. 91118618.5.0000.5147

4.4 Instrumentos

Como instrumentos para nortear as questões relacionadas à saúde funcional dessas moradoras foram utilizados o questionário semiestruturado, a escala de Katz (1970), escala de Lawton & Brody (1969) e o diário de campo, necessários para a confecção dos modelos baseados na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), criada pela OMS em 2001.

A CIF, cujos componentes são funções e estruturas do corpo, atividade, participação, fatores ambientais e fatores pessoais, descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não fazer na sua vida diária” (NORMA e BUCHALLA, 2005).

Os **dados de funções e estruturas do corpo** foram extraídos a partir da entrevista com o **questionário semiestruturado** descrito abaixo, em APÊNDICE 1.

4.4.1. Questionário Semi-estruturado

Para conhecer a história dos moradores foi aplicado um **questionário semiestruturado** (APÊNDICE 1), contendo perguntas abertas e fechadas, tais como nome, idade, estado civil, escolaridade, relato do período da infância, como é o relacionamento familiar, como foi o tempo de internação no hospital psiquiátrico, rotina no SRT, se possui alguma patologia, entre outras questões pessoais que podiam ser respondidas também pelos cuidadores nos casos em que a própria moradora não fosse capaz de responder. Os dados foram colhidos através de entrevista individualizada, com roteiro semiestruturado, criado pelos próprios pesquisadores do projeto de pesquisa, garantindo-se o sigilo das informações fornecidas. Estas entrevistas foram gravadas por áudio e imediatamente transcritas com o objetivo de apreender fidedignamente às informações colhidas, e serão arquivadas por até cinco anos com o pesquisador responsável. Para assegurar a preservação da identidade das participantes, os nomes foram substituídos por números de identificação. Sendo assim, buscou-se compreender a reconstrução de

identidade e do dispositivo assistencial a partir das falas dos próprios atores sociais, isto é, das moradoras. A maneira pela qual as histórias de vida são reorganizadas e como novas possibilidades são construídas a partir da interação do indivíduo com o seu meio social terá papel central na análise das narrativas (FASSHEBER; VIDAL, 2007).

4.4.2 Escala de Katz

O **componente de Atividade**, segundo Sampaio *et al.* (2005) descreve a habilidade individual de executar uma tarefa ou ação da rotina diária em diversos contextos (isto é, pessoal, profissional e comportamental) e, para avaliação deste componente foi aplicado a Escala de Katz (KATZ *et al.*, 1970) (ANEXO 1), que encontra-se validada para a população brasileira (LINO *et al.*, 2008).

Nesta escala são realizadas perguntas com respostas dicotômicas (Sim ou Não), onde cada resposta afirmativa equivale a um ponto. Na somatória final, as moradoras com pontuação igual a cinco ou seis foram classificadas como independentes; aquelas com quatro ou três pontos foram classificadas como parcialmente dependentes e as com dois pontos ou menos, totalmente dependentes (LINO *et al.*, 2008; KATZ *et al.*, 1970).

4.4.3 Escala de Lawton e Brody

Lawton & Brody (1969) (ANEXO 2) foi o instrumento eleito para a avaliação da independência das moradoras quanto as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's). Não foi encontrado nenhum estudo que o valide, mas Paixão-Junior e Reichenh'ein (2005) encontraram 23 estudos brasileiros que o utilizaram como instrumento, mostrando que esta escala é amplamente adotada em nosso contexto.

Para a escala de Lawton e Brody cada questão possui três alternativas, com seus respectivos valores: realiza sem ajuda (três pontos), realiza com ajuda parcial (dois pontos), não consegue realizar (um ponto). A pontuação máxima que pode ser obtida é de vinte e sete pontos. Sendo assim, foram consideradas independentes aquelas com pontuação entre dezenove a vinte e sete, dependentes parciais com

pontuação entre dez e dezoito pontos e dependentes, aqueles com pontuação abaixo de nove pontos (LAWTON e BRODY, 1969).

Nos casos em que as moradoras não puderam responder as questões referidas das duas escalas apresentadas acima, as respostas foram obtidas pelas cuidadoras responsáveis pela RT.

4.4.4 Diário de campo e Observação Local

De acordo com a OMS (2008) **os Fatores Contextuais** representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo. Eles incluem os **Fatores Ambientais e Fatores Pessoais** que podem ter um impacto sobre o indivíduo com uma condição de saúde e sobre a saúde ou os estados relacionados à saúde do indivíduo.

Segundo Buchalla (2005) os **Fatores Ambientais** constituem o “ambiente físico, social e de atitudes” em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Esse componente inclui itens referentes a produtos e tecnologia; ambiente natural como clima, luz, som; apoios e relacionamentos como a família imediata, “cuidadores” e assistentes sociais; atitudes individuais e sociais; normas e ideologias; serviços, sistemas e políticas de previdência social, saúde, educação, trabalho, emprego, transportes, dentre outros. Esses fatores são externos aos indivíduos e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre seu desempenho enquanto membros da sociedade, sobre a capacidade do indivíduo de executar ações ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo. Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo com uma determinada condição de saúde.

Os **fatores contextuais** foram coletados através da **observação local** com descrição do ambiente e dos **fatores pessoais**, a partir de um **diário de campo** e pela aplicação do **questionário semiestruturado** (APÊNDICE 1). As visitas que serviram de base para a observação local e para a construção do diário de campo, ocorreram ao longo da semana, incluindo os sábados, em diferentes horários a fim de que se observasse as moradoras e suas atividades em diferentes momentos.

As visitas ocorreram ao longo de sete dias em horários variados, que incluíram, em sua maioria o período da tarde, mas, também, o período da manhã em duas ocasiões. Por não ser muito seguro à noite, não tivemos a oportunidade de ir nesse

horário. Todas as vezes que estivemos no local, fomos bem recebidos pelas duas cuidadoras do período diurno, pelas moradoras e pela referencial técnica (que será abordada logo abaixo); sendo que esta última conhecemos na visita final.

De acordo com o objetivo da pesquisa, estas visitas foram para observar a rotina da casa, o relacionamento entre as moradoras e as cuidadoras e o relacionamento das moradoras entre si, aplicar duas escalas: a de Katz (adaptada de LINO *et al.*, 2017) e a de Lawton e Brody (1969). Buscávamos, dessa forma, entender a vida das moradoras após terem passado pelo processo de desospitalização no que se refere à adaptação das mesmas à reinserção na sociedade. Desejávamos, também, conhecer seu grau de autonomia e funcionalidade para atividades do dia-a-dia.

Na primeira ocasião em que estivemos na residência, explicamos às 2 cuidadoras que nos receberam e às seis moradoras presentes o objetivo da nossa pesquisa. Apresentamos à elas a autorização para a realização da pesquisa, concedida por Andrea Stenner, chefe do Departamento de Saúde Mental (ANEXO 3), bem como o TCLE e o TALE. Após esse momento de esclarecimentos, as duas cuidadoras gentilmente nos apresentaram às moradoras presentes, nos mostraram a casa e nos explicaram sobre a dinâmica da residência.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O Local e sua dinâmica

A casa é ampla e tem dois andares sendo o de baixo uma garagem e o de cima reservado aos cômodos, que são limpos, arejados, organizados, sem mofo ou infiltrações. Há uma cozinha grande, que além de local de conversas e alimentação, é onde se localiza um armário com as medicações de cada moradora, onde os fármacos estão categorizados de acordo com cada residente e ficam protegidos de umidade e calor; uma sala de TV; 3 quartos com banheiro (2 quartos com 3 camas de solteiro e 1 quarto com 4 camas de solteiro); um corredor que integra a sala, os quartos e a cozinha; um banheiro social; uma varanda externa onde as moradoras tomam sol e uma varanda interna onde se localiza a máquina de lavar, o varal para pendurar roupas e os materiais limpeza. A área interna é, também, o local onde dorme uma cadela, animal de estimação da residência. Achamos interessante e positivo o fato de a encontrarmos na casa, pois sabe-se que a interação entre bichos e pessoas tem inúmeros benefícios psicológicos, por exemplo, diminuir a ansiedade, o estresse e a depressão, comuns em pessoas que estão em processo de reintegração social ou se adaptando a uma nova rotina, como é o caso das moradoras do SRT. Essa interação também traz outros benefícios como diminuir a hipertensão arterial, condição de saúde apresentada por algumas moradoras (REED *et al.*, 2012).

As cuidadoras são responsáveis pelo preparo das refeições e pela divisão e organização das tarefas domésticas, as quais são realizadas por quase todas as moradoras, exceto pelas quatro idosas presentes a esse SRT, cujas idades variam entre 62 e 82 anos. A distribuição de tarefas, ainda que simples, às moradoras é importante pois estimula a noção de responsabilidade e de cooperação. Além disso, contribui para que elas adquiram autonomia e independência, mesmo que parcialmente. Responsabilidade, cooperação, autonomia e independência são fatores essenciais para indivíduos socialmente integrados. Dessa forma, notamos que o fato de o SRT contar com essa divisão de tarefas contribui para que elas construam sua nova identidade dentro da comunidade e participem dela, tanto quanto possível. Embora não realizem as atividades domésticas, as idosas se

alimentam e se vestem sozinhas (ROTHBARD, *et al.*, 1999; LEFF; TRIEMAN, 2000; BARBATO, *et al.*, 2004).

As moradoras que não são idosas têm acesso à chave da casa e possuem liberdade para fazer atividades fora do SRT, como passear, ir ao CAPS, fazer compras desde que justifiquem para as cuidadoras. No caso de viagem, é necessário que informem previamente a data de ida e volta à coordenadora de referência do SRT, bem como deixem o contato de onde ficarão neste período. Uma das cuidadoras nos explicou que cada moradora pode fazer uma festa de aniversário e que podem escolher o tema da mesma. Para isso, o Grupo Espirita de Assistência aos Pacientes Enfermos (GEDAE) (que administra o dinheiro destinado a cada moradora, repassado pelo Governo Federal) fica responsável por repassar o dinheiro para os gastos pessoais. No caso das curateladas (3 moradoras no total), o dono da curatela fica responsável pelo repasse da verba para a festa. A possibilidade de as moradoras terem direito a uma festa de aniversário foi recebida por nós com satisfação, pois dá a elas a sensação de serem importantes e amadas, o que é de extrema importância na reconstrução de sua autoestima.

As residentes dessa casa vão à UBS do próprio bairro onde fazem exames preventivos. No CAPS de referência realizam consultas com psiquiatra, recebem medicamentos, e psicoterapia. No CAPS participam de oficinas de música, artesanato, pintura, fazem trabalhos com horta, dançam, cantam. Têm, portanto, acesso a uma série de atividades que, além de lazer, contribuem para a socialização e o desenvolvimento neuropsicológico.

As moradoras nos contaram que a relação entre elas é boa, de amizade. Notamos que a relação entre elas e as cuidadoras também é positiva. De fato o clima da casa é amistoso e se assemelha, tanto quanto possível, a um lar.

5.2 A referência e as cuidadoras

Entrevistamos a referência da casa, uma enfermeira contratada pelo GEDAE, na nossa última visita. Ela nos relatou, que atualmente, em Juiz de Fora, existem vinte e sete SRT's e que quatro profissionais contratados pelo GEDAE fazem a referência de 12 residências na cidade administradas por esta ONG (2 psicólogos, 1 engenheiro ambiental, e ela como enfermeira). A função da referência é orientar os

cuidadores quanto às medicações, comunicação com as residentes, transferências, limpeza do ambiente e sobre os cuidados psicossociais no geral.

O referencial, segundo ela, não presta concurso público, é contratado privativamente pela ONG responsável pela administração dos SRT's. O regime de trabalho é de 12h/36h horas. Observamos que a relação da referencial com as cuidadoras é boa, ética, respeitosa e que elas ficam atentas às orientações passadas.

Ela nos relatou que está no serviço há um ano e meio e que nunca passou por capacitação, tendo tido contato com saúde mental apenas na faculdade de enfermagem, há 10 anos atrás. No entanto, observamos que ela tem postura e fala firme ao disciplinar algumas moradoras (por exemplo, quando ensina que não se deve fumar dentro da casa e cobra higiene e organização). Ela utiliza seus conhecimentos técnicos para, por exemplo, orientar sobre medicamentos e riscos alimentares para algumas doenças.

Como já mencionado, na residência há duas cuidadoras durante o dia e uma durante a noite, que tem como função cuidar das moradoras, da casa, fazer a comida e dividir algumas tarefas domésticas entre as residentes. Conhecemos apenas as cuidadoras do período diurno, que foram sempre solícitas conosco. As profissionais responsáveis por cuidar das residentes são acolhedoras e, muitas vezes, se comportam como mães, ensinando o certo e o errado, exigindo o cumprimento das tarefas da casa, alertando para os perigos. Essa conexão entre elas é dotada de muita alegria e, muitas vezes, vimos piadas e brincadeiras entre elas. O mesmo vale para a relação com a referencial técnica, a enfermeira.

5.3 As entrevistas e os relatos

Para aplicarmos as escalas e realizarmos as entrevistas com base no questionário semi-estruturado, optamos por um local da casa que julgamos nos conferir maior privacidade por ser menos frequentado, a área interna. Ali realizamos todas as entrevistas, sendo a primeira no dia 10 de agosto de 2018, dia da nossa segunda visita, e a última no dia 29 de agosto de 2018, dia da nossa quinta visita. Nenhuma das entrevistadas se mostrou desconfortável ao resgatar memórias do passado, mas uma não teve capacidade de memória para responder as perguntas, motivo pelo qual paramos a entrevista e coletamos as informações possíveis com a

cuidadora presente no momento. Houve, ainda, uma moradora que não quis participar da pesquisa e outra com quem não conseguimos conversar porque se mudou para outro SRT.

Iniciamos a entrevista perguntando em relação à infância e ao contato com familiares. Duas moradoras disseram não se lembrar da infância. Uma disse ter sido uma infância “tumultuada”, segundo suas próprias palavras, pois ela sofria assédio moral e físico de sua madrasta e de sua tia. As outras relataram que esse período foi bom, com boa convivência com amigos e família. Três moradoras nos disseram ainda manter contato com a família.

Sobre o tempo que passaram no hospital psiquiátrico, a maioria das moradoras, com exceção de uma, disse ter sido um período bastante ruim e traumático. Ouvimos relatos impressionantes sobre a higiene, a relação entre os pacientes, o tratamento dado aos mesmos e a comida. Praticamente todas disseram que os hospitais tinham péssimas condições de higiene, com fezes, urina e até sangue de menstruação espalhados pelo chão. Uma das moradoras nos contou que esses excrementos eram encontrados até mesmo nas paredes. A comida foi descrita como ruim por todas as moradoras. Uma delas usou a expressão “lavagem” para descrever os alimentos de um dos hospitais pelo qual passou e disse que só comia o que os familiares levavam para ela quando a visitavam. Apenas uma das residentes nos contou que a comida de um dos hospitais em que ficou internada era boa, porém, era um hospital particular.

Ouvimos relatos de que em muitos dos hospitais pelos quais as residentes passaram havia tratamento de eletroconvulsoterapia (“tratamento de choque” ou “tratamento de eletrochoque”), que consiste na passagem de corrente elétrica pelo cérebro. Algumas das moradoras chegaram a contar que passaram por esse tipo de procedimento. Ainda em relação aos tratamentos, tivemos narrativas de algumas entrevistadas de que elas recebiam altas doses de remédios e que ficavam dopadas por conta disso, dormindo o dia todo, além de muitos pacientes tomarem injeções forçadamente. Brigas também aconteciam em alguns casos e uma das moradoras disse ter apanhado de outros pacientes.

Diante de tantas histórias de maus tratos, perguntamos como foi a transição do hospital para o SRT. As respostas que obtivemos foram unânimes. Todas falaram da sensação de acolhimento, de se sentirem quase em casa, de serem bem cuidadas, de terem uma boa alimentação, acompanhamento médico, amigas, relacionamento

com vizinhos, de poderem participar de oficinas no CAPS. Tivemos contato com pessoas que estão vencendo seus traumas do passado e se reintegrando à sociedade, se reconhecendo como indivíduos pertencentes à sua comunidade, atuantes nela. Observamos e conversamos com pessoas que estão reconstruindo suas identidades. Embora sejam portadoras de doenças mentais e tenham algumas restrições por conta disso, vimos pessoas que gostam de festa, que têm vida sexual ativa, que namoram, que gostam de conversar. Quebramos paradigmas ao conhecer um serviço que trata os doentes mentais como seres humanos e que não os isola e os execra, como no passado.

Saímos de lá com a certeza do quão benéfico e essencial é esse serviço e, também, com a certeza de que a Fisioterapia é necessária dentro dos SRT's, pois vimos pessoas com problemas ósteomioarticulares, dificuldades na marcha, dores, problemas respiratórios, entre outros que seriam beneficiadas por um tratamento fisioterapêutico.

5.4 Perfil demográfico, socioeconômico e das condições de saúde

Iniciaremos apresentando um quadro para melhor compreensão do perfil demográfico e socioeconômico das entrevistadas. A média de idade foi de 59 anos, a maioria não era natural da cidade de Juiz de Fora, seis são naturais de cidades ao redor de Juiz de Fora, uma de Juiz de Fora e somente uma de outro estado, bem longe, Ceará. Quatro moradoras já foram casadas e apenas uma não exerceu uma ocupação laboral antes da inserção no SRT. Quanto à religião a maioria se diz católica ou evangélica, sendo que apenas duas moradoras eram praticantes e iam ativamente a templos religiosos pelo menos uma vez por semana. Sobre o grau de instrução, apenas uma possuía ensino superior completo enquanto as outras possuíam apenas o 1º grau incompleto. Cinco moradoras recebem o benefício de prestação continuada (BPC-LOAS) enquanto as outras, recebem ou a aposentadoria por tempo de serviço (INSS) ou são pensionistas do marido com uma média total de 3,83 salários mínimos. As administrações das finanças são feitas em boa parte (seis de oito moradoras) pelo GEDAE que repassa as cuidadoras o custo médio para compras de itens de alimentação, medicação e produtos de limpeza da casa, proporcional ao uso de cada moradora, assim como controla o repasse conforme necessidade e desejos das moradoras para os cuidados íntimos e pessoais (ex.

produtos de limpeza pessoais, vestimentas, produtos de beleza, etc.). No caso das moradoras que tinham a família como administradora das finanças, elas entravam em contato por telefone com o familiar ou presencialmente no SRT e pedem o valor conforme a necessidade para os gastos em geral, já citados acima.

ENTREVISTADA	IDADE (ANOS)	CIDADE (NATURAL)	SITUAÇÃO CONJUGAL/ RELIGIÃO	OCUPAÇÃO LABORAL (ANTES DO SRT)	ESCOLARIDADE	RECEBE ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL?/ RENDA (SALÁRIO MÍNIMO)	TEMPO EM QUE RESIDE NO SRT (ANOS)	QUEM ADMINISTRA AS FINANÇAS?	FAZ ACOMPANHAMENTO NA UBS/ CAPS DE REFERÊNCIA?
M1	79	Lima Duarte (MG)	Solteira/ católica	Doméstica	1º grau incompleto	BPC-LOAS/1	4	GEDAE	NÃO.
M2	55	Caxambú (MG)	Solteira/ Não possui	Doméstica	1º grau incompleto	BPC-LOAS/1	7	GEDAE	SIM.
M3	49	Cataguases (MG)	Divorciada/ Evangélica	Faxineira	1º grau incompleto	NÃO/2,5	7	FAMÍLIA	SIM.
M4	40	Rio Preto (MG)	Solteira/ Católica	Cozinheira	1º grau incompleto	BPC-LOAS/1	3	GEDAE	SIM.
M5	77	Piau (MG)	Viúva/ Evangélica	Doméstica	1º grau incompleto	Aposentadoria do marido falecido/ 3	4	FAMÍLIA	SIM.
M6	59	Fazenda Nova (CE)	Divorciada/ Evangélica	Catadora de papelão/ faxineira	1º grau incompleto	Aposentadoria/1	7	GEDAE	SIM.
M7	64	Lima Duarte (MG)	Solteira/ Não possui	Nenhuma	1º grau incompleto	BPC-LOAS/1	7	GEDAE	NÃO.
M8	50	Juiz de Fora (MG)	Solteira/católica	Professora de portugueses	Superior completo	BPC-LOAS/1	7	GEDAE	SIM.

Quadro 1- Perfil sociodemográfico das moradoras

Tivemos acesso aos prontuários com os diagnósticos psiquiátricos das moradoras, arquivados no CAPS de referência do SRT (CAPS-HU) com a autorização da assistente social do local pelo parecer do CEP (ANEXO 4). Foi utilizado pelo psiquiatra da equipe para classificar os transtornos mentais e comportamentais das moradoras a ferramenta CID10, que organiza por categorias as patologias do sistema nervoso em grupos para facilitar o diagnóstico e a terapêutica (OMS,1993). Segue abaixo, o quadro com a frequência do diagnóstico das moradoras.

Código CID	Descrição do Grupo de Patologias	Frequência e porcentagem dos diagnósticos das moradoras (n°/(%))
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos. Exemplos: Demência e Delirium	1 (12,5%)
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Exemplo: Esquizofrenia.	4 (50,0%)*
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]. Exemplos: Depressão e Transtorno afetivo bipolar.	3(35,5%)*
F70-F79	Retardo mental	2(25,0%)

Quadro 2- Frequência e porcentagem do diagnóstico psiquiátricos das moradoras Seguindo Classificação dos transtornos mentais segundo o Capítulo V da CID 10 – Fonte: CID 10, 1993.

Conforme demonstrado no Quadro 2, os diagnósticos psiquiátricos mais observados nas moradoras foram: o de transtornos esquizotípicos (50%), seguido dos transtornos afetivos de humor (35,5%), retardo mental (25%) e de transtorno mentais orgânicos (1%).

Sobre as comorbidades anteriores ou atuais questionadas no roteiro semi-estruturado (APÊNDICE 1), observamos prevalência da HAS e Diabetes (62,5%) na população de moradoras entrevistadas, que segundo Souza *et al.* (2008) e Leitão *et al.*(2006), são causados pelo comportamento e hábito de vida, como, por exemplo uma maior prevalência de inatividade física e de sedentarismo associado ao aumento da ingestão calórica na população de doentes mentais, e ao processo de

mudanças fisiológicas próprias do processo de envelhecimento; seguindo na ordem decrescente de prevalências tem-se outras patologias (37,5%), por exemplo, AVE, hipo/hipertiréide, dislipidemias, Artrite/Artrose (25%), Alergias e infecção urinária (12,5%), podendo inferir a caracterização de uma população estudada de pacientes crônicos que estarão sob medicação e tratamento a longo prazo exigindo o cuidado e atenção de uma equipe multiprofissional que esteja preparada para o gerenciamento das complicações frequentes, sendo necessárias medidas de educação em saúde e noções de autocuidado para estas moradoras.

Nomes das patologias	Frequência e porcentagem nas moradoras (%)
HAS	5 (62,5%)
Diabetes mellitus	5 (62,5%)
Outras (ex. AVE, dislipidemias, hipo/hipertiréide, etc.	3 (37,5%)
Artrite/Artrose	2 (25,0%)
Pneumonia	2 (12,5%)
Alergias	1 (12,5%)
Infecção urinária	1 (12,5%)

Quadro 3 - comorbidades atuais e/ ou anteriores das moradoras

Observamos, pela aplicação do questionário, que há uma prevalência sobre os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração (67,5%), que segundo a literatura agem inibindo receptores de dopamina e serotonina, melhorando sintomas positivos e ajudando no tratamento de sintomas negativos, não provocando efeitos extrapiramidais significativos, porém podem gerar efeitos colaterais mais significativos: como o aumento de peso, alterações metabólicas como dislipidemias, síndrome metabólica e diabetes (CASTRO; ELKIS, 2007), seguidos dos anti-hipertensivos e o uso da insulina regular (50%), dos antipsicóticos típicos (37,5%).

Os antipsicóticos típicos ou convencionais são antagonistas da dopamina e seu efeito resulta na diminuição dos sintomas positivos e produzem como efeitos colaterais principalmente efeitos extrapiramidais, que têm como sintomas básicos

transtornos dos movimentos como: tremor, rigidez, bradicinesia (síndrome parkinsoniana), distonia e acatisia (GALERA; GIACON, 2006) e outros (37,5%) incluindo dislipidemiantes e anti-histamínicos.

Classes de medicamentos	Frequência e porcentagem de uso das moradoras (%)
Antipsicóticos atípicos	5 (62,5%)
Anti-hipertensivos	4 (50,0%)
Insulina	4 (50,0%)
Antipsicóticos típicos	3 (37,5%)
Outros (ex. dislipidemiantes, reguladores de hormônios tireoidianos, anticoncepcionais)	3 (37,5%)
Hipoglicemiantes orais	2 (25,0%)

Quadro 4- medicamentos das moradoras

5.5 Características funcionais

Os instrumentos que avaliaram a independência funcional das moradoras, tiveram os seguintes resultados: na escala de Katz (1970), 75% das voluntárias apresentaram escore máximo (6 pontos), enquanto que 25% foram classificadas como dependentes parciais pontuando 3-4 pontos na escala. Na escala de Lawton & Brody (1969), 12,5 % das moradoras obtiveram pontuação inferior a 9, classificadas como dependência importante; 50% entre 10 a 18 pontos, classificadas como dependência parcial e 37,5% obtiveram 19 a 27 pontos, sendo classificadas como independentes. Na avaliação das atividades instrumentais de vida diária, as **atividades** que as moradoras apresentaram maior dependência foi a que se refere conseguir tomar os seus remédios na dose certa e horário correto e a cuidar das próprias finanças. Nas atividades básicas de vida diária, os únicos itens relatados de dificuldades foram relacionados a continência e a possibilidade de conseguirem usar o banheiro sozinhas. Os gráficos 1 e 2 evidenciam este comportamento e mostram a independência das moradoras por atividades em cada escala.

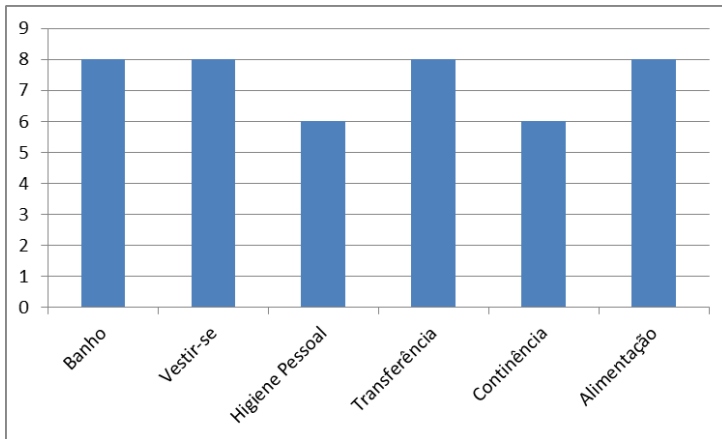


Gráfico 1- Independência para ABVD'S

Fonte: DADOS DA PESQUISA, JUIZ DE FORA/MG, 2018.

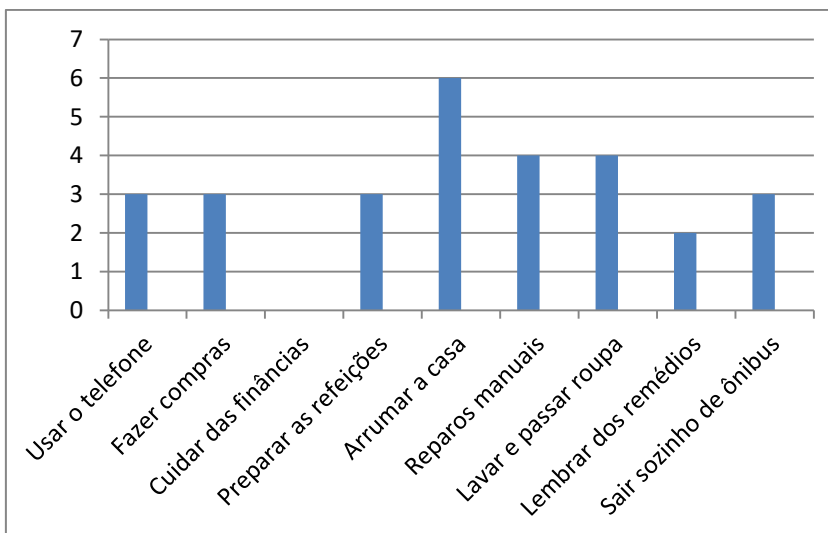


Gráfico 2- Independência para AIVD'S

Fonte: DADOS DA PESQUISA, JUIZ DE FORA/MG, 2018.

. Quanto à classificação das funcionalidades das moradoras, precisamos focar nos conceitos de autonomia e independência funcional. Portanto, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), autonomia pode ser compreendida como autogoverno, ou seja, liberdade para agir e tomar decisões, correlacionadas as AIVD'S. Já independência significa ser capaz de realizar atividades motoras sem ajuda de outras pessoas. Portanto, pela análise dos resultados das duas escalas aplicadas de ABVD's e AIVD's respectivamente, chegamos a 62,5% de moradoras que são classificadas como independentes funcionais e apenas 25% das moradoras como autônomas funcionais.

5.6 Aplicação do modelo da CIF

No presente estudo, optou-se por aplicar o modelo da CIF em moradoras de um SRT, para conhecer os hábitos do cotidiano, as relações sociais e o grau de autonomia desses moradores, visto ao grande impacto que a doença mental associado a outras comorbidades pode causar na vida dessas pacientes, afetando não somente elas, mas muitas vezes seus cuidadores, isso ocorrendo de forma particular. Ou seja, pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes capacidades e limitações. Além disso, com o uso do modelo da CIF conseguiu-se caracterizar o perfil funcional de cada moradora, baseando-se não apenas na estrutura e função corporal, mas em todas as dimensões de saúde, incluindo as atividades, participação social, e aos fatores contextuais (pessoais e ambientais).

As figuras a seguir mostram o modelo para cada moradora pesquisada:

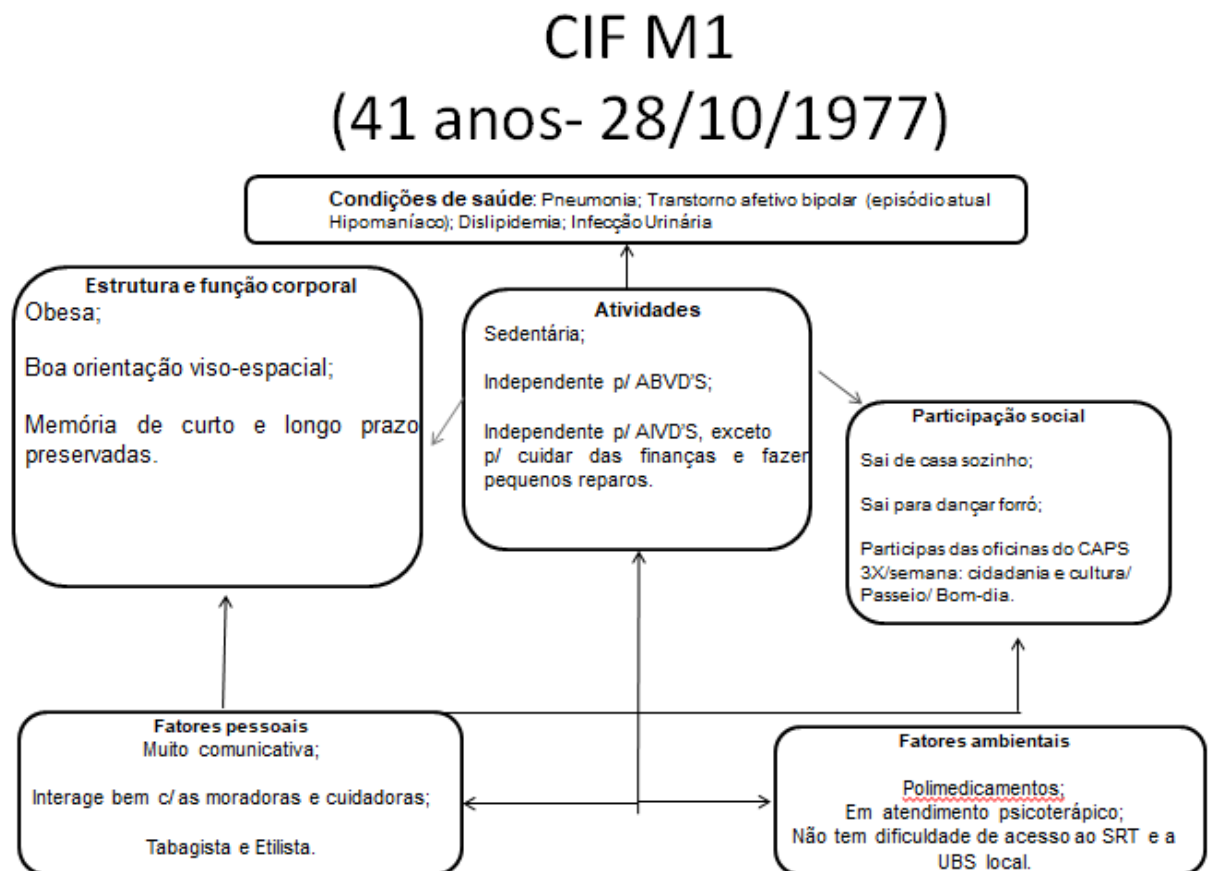


Figura 1- Modelo da CIF para moradora 01

CIF M2

(50 anos- 16/03/1968)

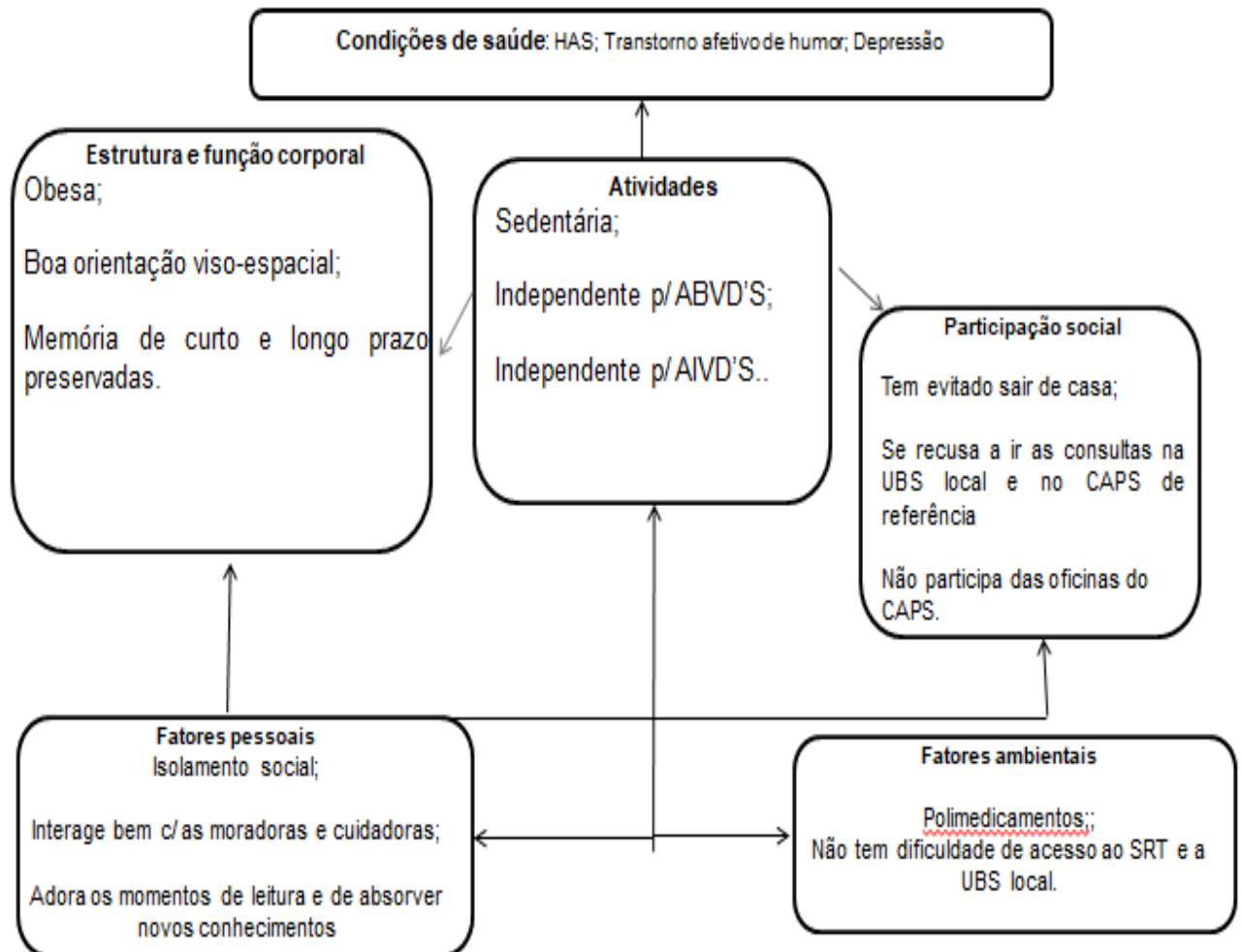


Figura 2- Modelo da CIF para moradora 02

CIF M3

(64 anos- 10/09/1954)

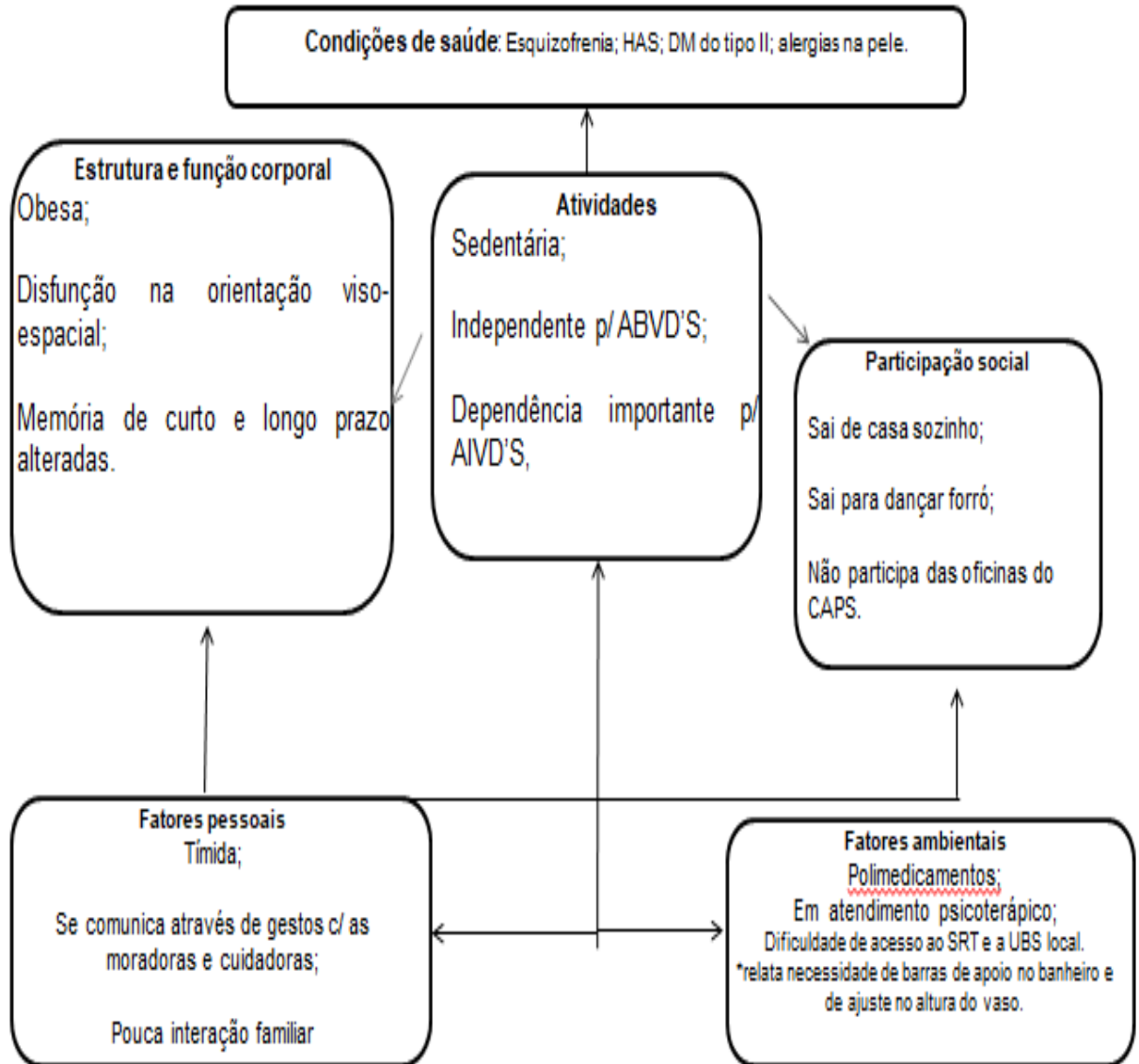


Figura 3- Modelo da CIF para moradora 03

CIF M4

(76 anos- 26/09/1942)

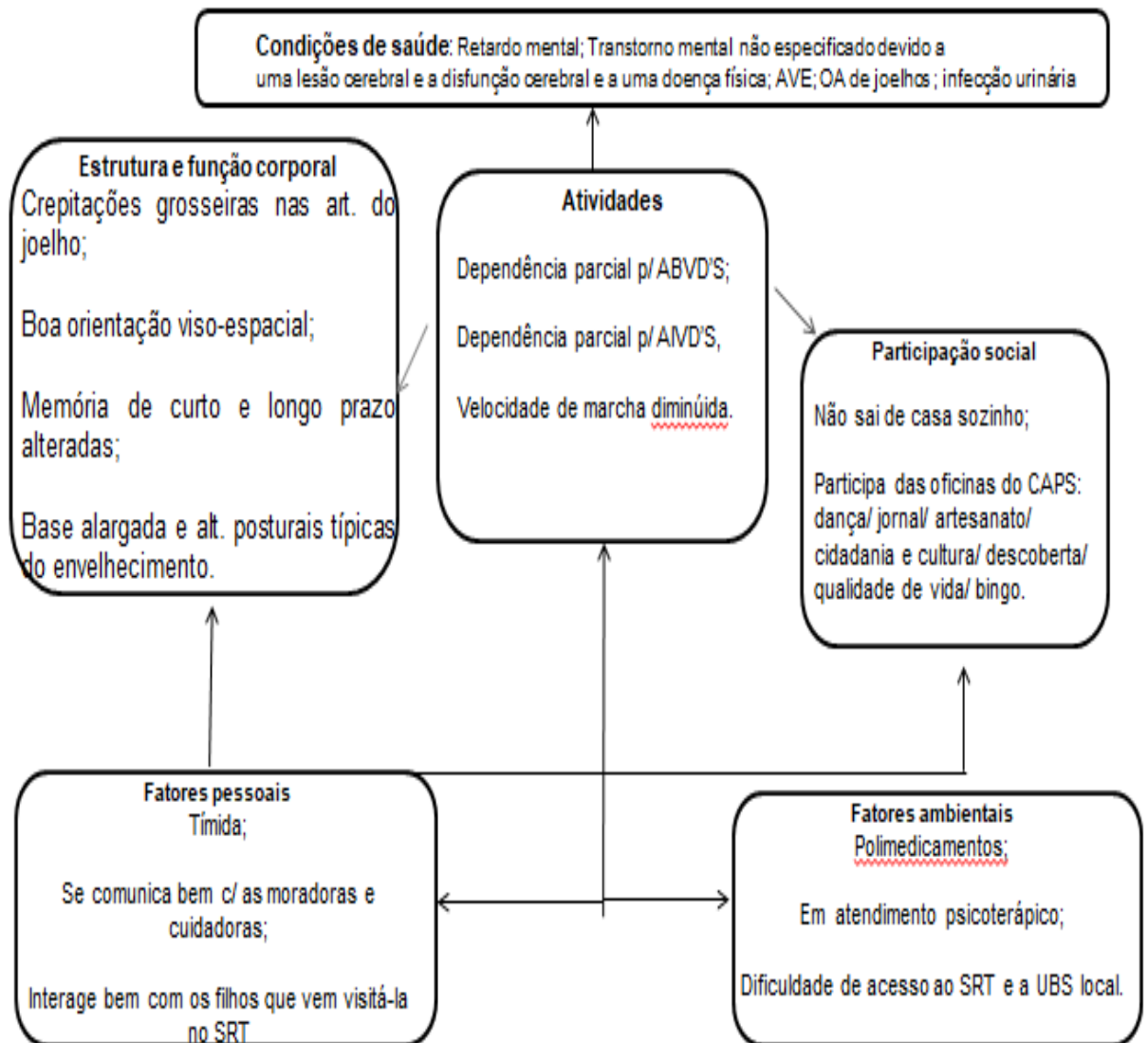


Figura 4- Modelo da CIF para moradora 04

CIF M5

(65 anos- 07/09/1963)

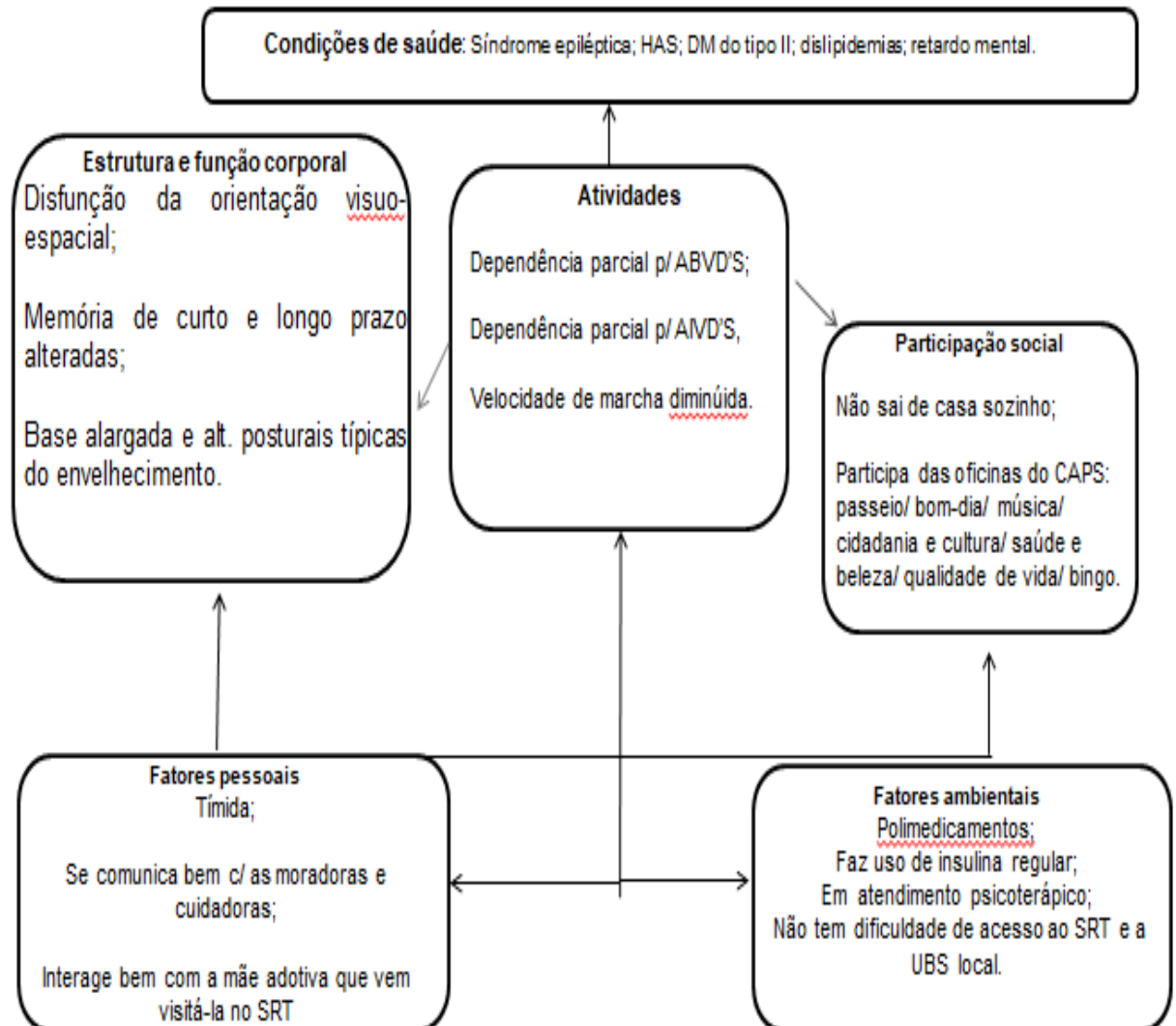


Figura 5- Modelo da CIF para moradora 05

CIF M6

(78 anos- 03/07/1960)

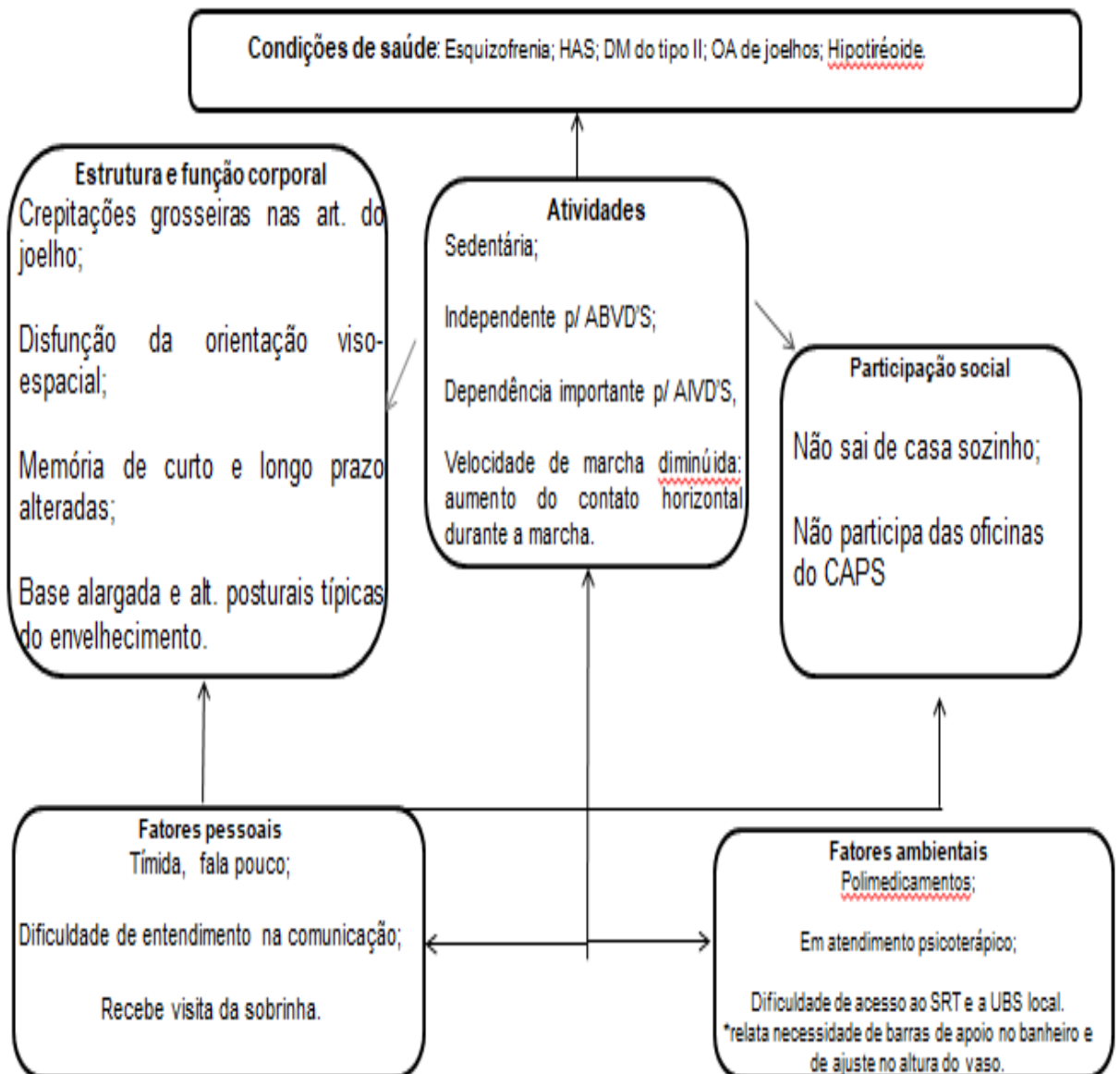


Figura 6- Modelo da CIF para moradora 06

CIF M7

(59 anos- 04/03/1958)

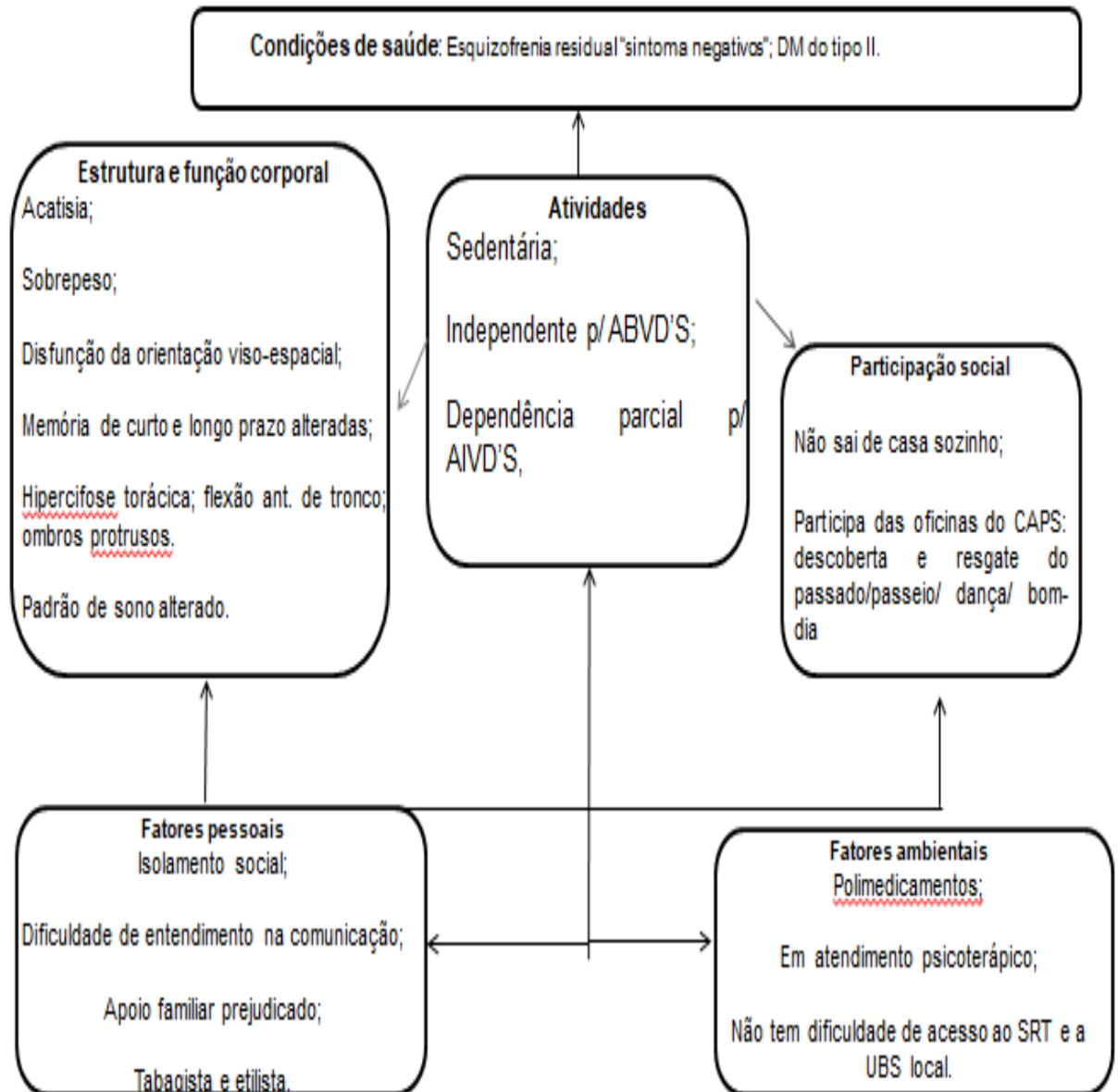


Figura 7- Modelo da CIF para moradora 07

CIF M8

(76 anos- 26/09/1942)

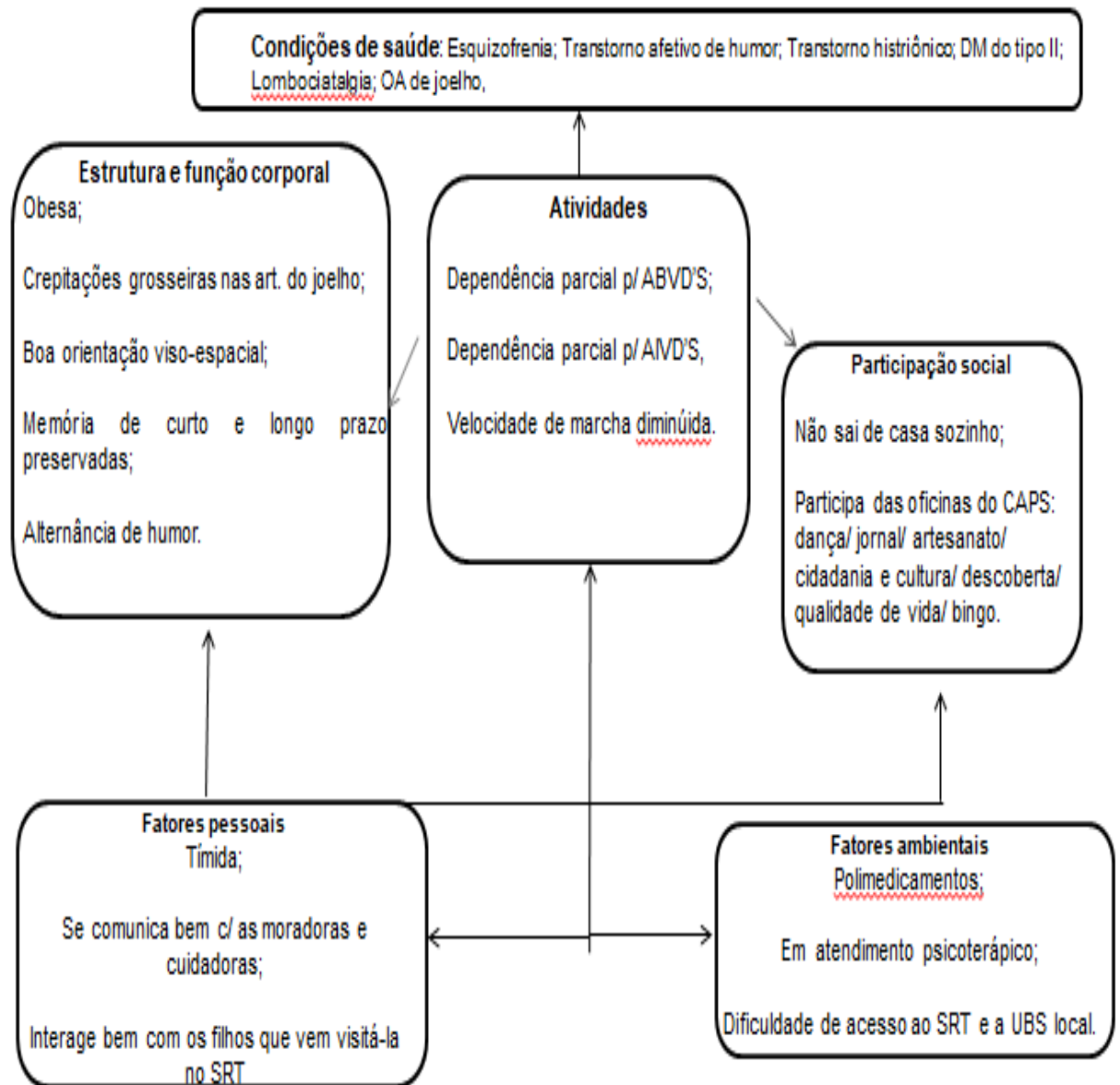


Figura 8- Modelo da CIF para moradora 08

5.7 Análise dos componentes do modelo da CIF

O que ficou evidente neste estudo, na parte de **estrutura e função do corpo** e atividades, é que como a maioria das pacientes entrevistadas eram idosas (62,5% do total) todas passam por alterações estruturais típicas da senescência que podem restringi-las em suas atividades diárias e em suas participações sociais, além dos fatores neuropsiquiátricos estabelecidos que conforme Furtado (1995) e Silva *et al.* (2012) pode levar a dificuldades na execução dos movimentos; tensões e rigidez muscular crônica; alterações posturais; padrão anormal de respiração; prejuízo da expressão corporal; alterações de equilíbrio.

De acordo com Rodrigues (2009), dentre as alterações da marcha associadas ao avançar da idade, destacam-se: diminuição da velocidade, da altura e do comprimento dos passos, diminuição da flexão dos joelhos e do tronco, perda de sincronia na movimentação dos membros superiores e aumento da base de apoio. As mudanças posturais manifestam-se principalmente no plano sagital e incluem algumas características, como o aumento da curvatura cifótica da coluna torácica, a diminuição da lordose lombar, o aumento do ângulo de flexão do joelho, o deslocamento da articulação coxofemoral para trás e a inclinação do tronco para diante, acima dos quadris (KENDALL *et al.*, 1995).

O que está de acordo com as queixas apresentadas pelos pacientes neste estudo, pois quatro delas relataram problemas relacionados à diminuição da velocidade da marcha como, instabilidade e desequilíbrio. Outra queixa apontada por duas moradoras foi quanto à dificuldade nas transferências relatando a necessidade de barras de apoio no banheiro e a ajustes na altura do vaso.

Quanto à **participação social**, cinco das entrevistadas, participam de oficinas propostas no CAPS de referência que vão desde atividades ativas de movimentos: dança e passeio, quanto atividades de estímulo a comunicação, cultura, de conhecimento e de memória: oficina de jornal, cidadania e cultura, bom-dia e oficina da descoberta e resgates do passado. Assim, conforme Pedrão *et al.* (2012) os grupos terapêuticos ou as oficinas terapêuticas modificam a visão de mundo do portador de transtorno mental, ajudando-o a sair da visão restritiva e do isolamento social provocados pela condição fisiopatológica.

Quanto aos **fatores ambientais**, todas as moradoras entrevistadas fazem uso de polimedicações, o que segundo a literatura, o uso de benzodiazepínicos,

neurolépticos, antidepressivos e a polimedicação estão associados ao risco aumentado de quedas (GAMA; GOMÉZ, 2008). Três das entrevistadas relatam dificuldade de acesso ao SRT, visto que elas tem que subir uma escada enorme para acesso a casa e não existe uma rampa de acessibilidade como via alternativa para estas moradoras, o que acaba restringindo-as ao domicílio e havendo necessidade de atendimento de saúde domiciliar por parte da UBS local.

Em relação aos **fatores pessoais**, cinco das entrevistadas, se comunicam bem, embora muitas das informações coletadas tiveram que ser revisadas pela referência técnica da casa para se confirmar a veracidade dos fatos colhidos. Apenas, quatro das entrevistadas recebem visitas frequentes de familiares, embora a relação entre elas e as cuidadoras, observada pelos pesquisadores em todas as visitas é extremamente respeitosa e se comportam como um grande complexo familiar. Portanto, este conceito não se resume somente a laços consanguíneos e nem a um sistema fechado que só envolve indivíduos que morem juntos, mas que seja marcado por um vínculo de relações que possam envolver proteção, alimentação, cognição e socialização, favorecendo a sobrevivência e possibilitando troca de favores e a manutenção de hábitos, linguagens e valores culturais (MELLO et al., 2005; DUTRA et al., 2012).

De acordo com o estudo realizado e com as publicações de Andrade *et al.* (2008), Sabino *et al.* (2008), Sampaio e Mancini (2007), fica evidente a importância do uso do modelo da CIF para avaliarmos os pacientes não somente de acordo com seu diagnóstico clínico, mas como uma perspectiva global.

Neste estudo algumas possuíam o mesmo diagnóstico clínico psiquiátrico, mas se apresentaram com diferentes disfunções, isso nos mostra que podemos planejar condutas específicas para cada paciente, trabalhando de forma individual e global.

5.8 Proposta de um modelo de intervenção fisioterapêutica

Um dos objetivos específicos do trabalho foi criar uma proposta de intervenção fisioterapêutica no SRT, embasado na observação das alterações corporais, que podem ocorrer em decorrência do próprio transtorno mental ou pela ação prolongada de medicamentos psicotrópicos, o que interfere significativamente na realização de atividades cotidianas e nas relações interpessoais.

A fisioterapia dispõe de inúmeras possibilidades terapêuticas capazes de aprimorar a funcionalidade motora, auxiliando a reestruturação dos aspectos físicos e psíquicos do indivíduo, promovendo, assim, seu processo de reabilitação (FURTADO, 1995).

Nosso modelo foi baseado em um estudo de Pedrão *et al.* (2012), que se assemelha em muito com as características gerais da população descrita neste trabalho, envolveu 15 sujeitos, 12 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino, faixa etária entre 31 e 63 anos, grande variação no estado civil e escolaridade, predominância da religião católica e, quanto aos diagnósticos, o destaque para a esquizofrenia, com sete sujeitos, transtorno depressivo recorrente, com cinco sujeitos, sendo, os demais, transtorno dissociativo, de personalidade e bipolar, conferindo à amostra variação em termos de características gerais, importante para as finalidades da pesquisa, por permitir amplitude em termos de possibilidades para a avaliação de seus propósitos.

Neste estudo, foram realizadas vinte e quatro sessões de fisioterapia, totalizando duas sessões por semana de duas horas em média, os recursos fisioterápicos utilizados nas sessões foram exercícios cinesioterápicos, técnicas de consciência e expressão corporal, exercícios posturais, massagem terapêutica, relaxamentos e dinâmicas de interação (Op cit., 2012).

Os objetivos traçados para as sessões eram: amenizar os sintomas dos transtornos do movimento provocados por efeito adverso de medicação, melhorar a funcionalidade motora, promover relaxamento, desenvolver consciência e expressão corporal, estimular o contato corporal e a interação entre os participantes (Op cit, 2012).

Portanto, baseado no estudo, a proposta do nosso protocolo seria usar os espaços da área externa dos SRT para estimular a possibilidade de atividades em grupo da fisioterapia com os moradores reduzindo esta atividade para 1 hora diária, sendo aplicada de 2 a 3x/ semana.

Iniciar 5 min com a interiorização: auxiliar o indivíduo a restabelecer o contato consigo, conduzir os participantes ao hábito de perceber e sentir o corpo com técnicas de respiração baseadas na prática do Yoga e da medicina oriental (PEDRÃO *et al.*, 2012).

Seguido de 15 min de Aquecimento: preparar o corpo para executar os exercícios físicos, ativando as funções do organismo e prevenindo lesões.

Desenvolvido através de exercícios cinesioterápicos para coordenação motora, equilíbrio, alongamentos e fortalecimento muscular. Nesta fase também são realizados exercícios para correção postural, dinâmicas de movimento espontâneo e dinâmicas de integração grupal. Podem ser utilizadas faixas de pano, garrafinhas com água e areia, bambolês, bolas de dente de leite que podem baratear os custos e facilitar a obtenção e a acessibilidade dos materiais (ALTER, 1999).

Durante as atividades de aquecimento podem ser inseridos exercícios que estimulem o toque terapêutico: minimizar a dificuldade para estabelecer contato físico, promover corpos mais livres de bloqueios e mais preparados para o convívio social (MONTAGU, 1988).

Sendo utilizadas técnicas de massagem em duplas, massagem em grupos, automassagem e dinâmicas de contato corporal. O trabalho constante durante todos os exercícios da imagem corporal: que nos portadores de transtornos mentais reflete um mundo interno marcado pela cisão do psiquismo, acentuada indiferenciação afetiva e intelectual (SCHILDER, 1994; SANTOS, 2000).

A imagem corporal deve ser trabalhada em todas as atividades da oficina, através do movimento, da correção postural, da interação grupal, da expressividade e da interiorização. Com a utilização da dinâmica com espelho (PEDRÃO et al., 2012).

Vinte minutos de expressão corporal com educação em saúde: permite o despertar do corpo a partir de três níveis: a) ensina a tomar posse do corpo - reconhecê-lo, em suas possibilidades e em suas limitações; b) ensina a exprimir sensações através do movimento; c) ensina e promove o encontro com o outro, facilitando a comunicação verbal e a interação social com o compartilhamento de informações sobre o autocuidado e a valorização do corpo (PANKOW, 1989).

Os quinze minutos finais de relaxamento: diminuir tensões físicas, despertar sensações de quietude mental e leveza corporal, promover a autovalorização, estimular a serenidade, paz interior, confiança nas outras pessoas e em si mesmo (ELIAS et al., 2007).

Permite também reforçar os conteúdos trabalhados durante a sessão. As técnicas utilizadas foram relaxamento de Jacobson e técnica das imagens mentais. A técnica de relaxamento de Jacobson, também conhecida como terapia de relaxamento progressivo, é um tipo de terapia que concentra-se em apertar e relaxar grupos musculares específicos em sequência. Concentrando-se em áreas

específicas e enrijecendo e depois relaxando-as, pode se tornar mais consciente do seu corpo e sensações físicas (JUNQUEIRA, 2005).

Todos os moradores dos SRT que participarem das atividades propostas pela fisioterapia terão a necessidade do aval médico e serão triadas as contraindicações para a realização de atividades físicas, sendo em seguida, passadas por avaliações como provas de funções motoras (mensuração de força muscular, tônus, movimentação ativa e passiva, testes de capacidades funcionais: teste de caminhada de 2 minutos e de sentar e levantar) e pulmonar (AR, manovacuumetria) tanto no início do programa quanto durante o processo de atividades. Antes e durante as sessões de exercícios esses moradores seriam monitorados quanto a P.A.; FC; FR e SpO₂ com uso do estetoscópio e esfignomanômetro e oxímetro de pulso, respectivamente para assegurar as condições físicas e de saúde destes moradores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou a observação de como são as condições de vida das moradoras do SRT selecionadas para a pesquisa. Percebeu-se que após passarem pelo processo de desospitalização, as residentes vivem em condições mais humanizadas além de serem vistas e respeitadas como pessoas pertencentes à comunidade. O SRT possibilita, além da reinserção das moradoras à sociedade, a busca e o resgate de sua identidade, individualidade e cidadania.

Notou-se que a maioria das moradoras são independentes funcionais, como pôde ser constatado através da aplicação das Escalas Katz e Lawton & Brody, ou seja, conseguem realizar atividades como vestir-se, usar o telefone e ajudar nas tarefas domésticas. Contudo, nem todas são autônomas, já que poucas conseguem, por exemplo, sair sozinhas para fazer compras e passear ao redor do SRT. Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos nos cuidados destas moradoras estimulem ao máximo que elas consigam se tornar pessoas com mais autonomia, ainda que de forma parcial, respeitando, é claro, os limites referentes às condições psiquiátricas de cada uma. Assim, será possível devolver à elas o lhes foi tirado durante os anos de internação psiquiátrica, o sentimento de posse da própria vida.

Infere-se a partir da análise das condições de saúde neste estudo, uma população alvo de indivíduos com doenças crônicas, que exige medicalização a longo prazo. Por isso, é necessário que haja uma equipe multiprofissional para atendê-las, que esteja apta para lidar com complicações frequentes e, também, para promover medidas de educação em saúde e autocuidado, assim como empoderá-las sobre a capacidade de gerir a própria saúde, considerando todos os seus determinantes sociais, biológicos e ambientais.

O presente estudo demonstrou a importância do uso do modelo da CIF, pois de acordo com sua estrutura e seus componentes constatou que a avaliação dos pacientes ocorreu de forma global abrangendo desde a estrutura corporal comprometida dos pacientes até os fatores pessoais e ambientais, que no caso, os influenciavam funcionalmente de alguma forma, podendo ser de forma negativa ou positiva. Sendo interessante frisar, que mesmos nas moradoras com diagnósticos psiquiátricos muito semelhantes, os déficits funcionais foram diferentes, o que evidencia a necessidade de uma avaliação mais global que permita uma assistência integral e de mais qualidade, respeitando os princípios do PTS. Concluindo, que a

funcionalidade do paciente não deve ser vista somente como uma consequência da doença, mas sim como um componente de saúde.

Ao propormos um modelo de atenção fisioterapêutico para esse público, incentivamos a expansão da Fisioterapia para um campo onde ela é pouco inserida. Possibilitando a criação de disciplinas específicas no curso para lidar com esta população, que exige do profissional outras demandas, além do domínio das técnicas fisioterapêuticas em si. Sendo importante, que ele entenda sobre os transtornos mentais e as consequências que estas patologias podem trazer para o indivíduo, incitar o olhar além do modelo tradicional biomédico, buscando uma visão holística e integral do indivíduo.

Portanto, a inserção da Fisioterapia nos SRT's, contemplaria um grupo de pessoas ainda pouco atingido por ela, mas que tanto necessita, pois, assim como pacientes não psiquiátricos, os que possuem transtornos mentais, também apresentam outros distúrbios associados: osteomioarticulares, respiratórios, de marcha, de equilíbrio, entre outros que interferem na funcionalidade e qualidade de vida, mas que podem ser sanados ou minimizados através da intervenção fisioterapêutica.

Consideramos necessários novos estudos no campo da fisioterapia, que elaborem planos terapêuticos voltados para esta população, já que os mesmos são escassos na literatura.

REFERÊNCIAS

ALTER, M. **Ciência da flexibilidade**. Artmed; 1999.

ANDRADE, O.M.P.; FERREIRA, O.F.; HAASE, G.V. O uso da CIF através do trabalho interdisciplinar no AVC pediátrico: relato de caso. **Contextos Clínicos**. v.2, p.27-39, 2009.

BARRETO, J. Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental. **Revista APS**. V. 10,nº 2, 2007.

BARBATO, A., AVANZO, B., ROCCA, G, AMATULLI, A., LAMPUGNANI, D. A Study of Long-stay Patients Resettled in the Community after the Closure of a Psychiatric Hospital in Italy. **Psychiatric Services**, pp. 67-70, 2004.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ**. V. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BOGDAN, C.; BIKLEN, K. Investigação qualitativa em educação. Porto, Portugal: Porto Editora, LDA, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**.Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Cadernos de Atenção Básica - nº 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, A.P.W.; ELKIS, H. Rehospitalization rates of patients with schizophrenia discharged on haloperidol, risperidone or clozapine. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V.29, n.3, p.207-212, 2007.

CARDOSO, A.; NOGUEIRA, M.; HAYASHIDA, M., SOUZA, L.; CESARINO, E. Aspectos clínicos e socioeconômicos das dislipidemias em portadores de doenças cardiovasculares. **Revista de Saúde Coletiva**. V.21, n.2, p.417-436, 2011.

DUTRA, E. *et al.* Atenção integral à saúde da família: Relato de experiência. **SANARE**, v.11, n.1., 2012.

ELIAS, A.; GIGLIO, J., PIMENTA, C. EL-DASH, L. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. **Rev Psiquitr Clin.** 2007;v.34, n.1, p.60-72.

FASSHEBER, V.; VIDAL,C. Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Cotidiano em uma Residência Terapêutica. **Psicologia: Ciência e Profissão.** V.27, n.2, p.194-207, 2007.

GALERA, S.A.F.; GIACON, B.C.C. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP.** V..40, n.2, p.286-291, março, 2006.

GAMA, Z.; GÓMEZ, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saude Publica.* V.42, n.5, p.946-56, 2008.

GODOY, A. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** V. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

JUIZ DE FORA. **Proposta de reestruturação e integração da rede de assistência à saúde mental no município de Juiz de Fora.** Juiz de Fora- MG: Instituto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, 1997.

JÚNIOR,P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência&SaúdeColetiva.** V.15,n.1, p.1627-1636, 2010.

JUNQUEIRA, M. **Manual do relaxamento.** Goiânia, 2005.

KATZ, S. et al. Progress in development of the Index of ADL. **The Gerontologist,** v. 10, n. 1, p. 20-30, 1970.

KENDALL, P.; MCCREARY, K.; ROMANI, A.; RODGERS, M. & PROVANCE, G. **Músculos provas e funções com postura e dor.** 4. ed. Barueri: Manole, p. 412, 1995.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**,v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LINO, V. *et al.* Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-12, 2008.

LEFF J, TRIEMAN, N. Long-stay Patients Discharged from Psychiatric Hospitals. **Br. J. Psychiatric**, 176, p.217-23, 2000.

LEITÃO, C., ABREU, M., GUIMARÃES, L., MORENO, D., LOBATO, M., GAMA, C., *et al.* Sobrepeso e obesidade em pacientes esquizofrênicos em uso de clozapina comparado com o uso de outros antipsicóticos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. V. 28, n.2, p.120-128, 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. V. 18, p. 54-62, 2007.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. V. 13, n. 3, p.127-34, 2002.

MARQUES, A. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. In:PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 1996.

MARQUES, A.; MÂNGIA, F. Ser, estar, habitar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 245-52, 2012.

MELLO,D. *et al.* Genograma e ecomapa: possibilidade de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, n. 15, v.1, 2005.

MENDES, S. **Um Estudo Sobre a Assistência do CAPS Casa Viva de Juiz de Fora. Juiz de Fora**: Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2000.

MENDES, S. **Saúde Mental e Trabalho**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

MONTAGU, A. Tocar, o significado humano da pele. **Summus**; 1988.

MORALEIDA, F.; NUNES, A. Cuidado em Saúde Mental: Perspectiva de Atuação Fisioterapêutica. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**.V. 2, n.1,p.3-5, 2013.

NORMA, F., BUCHALLA, M.C. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**., v.8, 2005.

Portaria nº 3088. **Ministério da Saúde**. BRASIL, 23/11/2011. Acesso em: 18/10/2018.

REED, R.; FERRER, L.; VILLEGAS, N. Curadores naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento complementar de doenças crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 20, n.3, 2012.

RODRIGUES, L; COUTINHO, E.; BLOCH, K. Characteristics and circumstances of falls leading to severe fractures in elderly people in Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**.V.25, n.2, p.455-459, 2009.

ROTHBARD,A.B, KUNO, E. SCHINNAR, A, HADLEY T, TURK R. Service Utilization and Cost of Community Care for Discharged State Hospital Patients: a 3-year Follow-up Study. **Am. J. Psychiatric**, 156, p.920-27, 1999.

SAIPS-Sistema de apoio à implementação de políticas públicas de saúde. Ministério da saúde. Portal da saúde. SUS. Disponível em:http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10593&Itemid=575 .Acesso em jan/2018.

SAMPAIO, F.; MANCINI, M.C.; GONÇALVES, G.G.P.; BITTENCOURT, N.F.N.; MIRANDA, A.D.; FONSECA, S.T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**,v.9, p.129-136, 2005.

SABINO, S.G.; COELHO, M.C.; SAMPAIO, F.R. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na Avaliação Fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. **Acta Fisiátrica**. p.24-30, 2008.

SANTOS, M.L. **Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG**: contribuições da enfermagem. Dissertação de mestrado, UFRJ, 2013.

SANTOS, M. **A representação de si na esquizofrenia através do psicodiagnóstico de Rorschach**. Paidéia.V.10, n.19, p.67-81, 2000.

SCHILDER, P. **A Imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes; 1994.

SHUBERT, M.L. **Sistema de Atenção ao Usuário de Saúde Mental**. SOU Mental - PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, Monografia apresentada a esta instituição para obtenção de promoção automática por mérito. Juiz de Fora, 2001.

SILVA, D. **Cotidiano das residências terapêuticas**. Programa de estudo de pós-graduação em psicologia social. PUC-SP. 2010.

SILVA, R. M., COSTA, T. C., BARBOSA, E. G. Efeitos Colaterais de antipsicóticos no tratamento da esquizofrenia: Uma nova perspectiva para prática fisioterapêutica. **UNIVALE**, 2008.

SILVA, S.; PEDRÃO, L.; MIASSO, A. O Impacto da Fisioterapia na Reabilitação Psicossocial de Portadores de Transtornos Mentais. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. V.8, p. 34- 40, 2012.

SOUZA, A.; GEHLEN, J.; A., FREIRE, B.; BARBOSA, E. Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico em pacientes com diagnósticos de esquizofrenia. **UNIVALE**, 2008.

VIDAL, C. E. L., BANDEIRA, M., GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.57, n.1, p. 70-79, 2007.

World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **WHO**. 2001. [acesso em 5 de jan./2018). Disponível em: < http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf >

APÊNDICE 1 – Questionário semiestruturado

Nome do morador (a): ***(Será colocado um nome fictício no TCC).**

Idade do morador (a):

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião:

Recebe algum benefício social: () Não. () Sim. Qual (is)?

Tinha alguma profissão?

- 1) Como foi a sua infância? Possui lembrança da família?
- 2) Tem contato atual com algum familiar?
- 3) Quando foi internado no hospital psiquiátrico?
- 4) Como foi o período que passou internado no hospital psiquiátrico?
- 5) Como foi a mudança para a residência terapêutica?
- 6) Qual a sua rotina dentro da RT? (abre espaço para comentários sobre costumes religiosos, se participa dos afazeres domésticos, se possui algum lazer).
- 7) Como é o seu relacionamento com outros moradores, cuidadores e vizinhos?
- 8) Tem autonomia para desempenhar atividades fora da residência terapêutica?(ex. ir no mercado, ao cinema, na praça, etc.)
- 9) Faz acompanhamento na UBS de referência e no CAPS? Quais atividades você faz nestes locais? Com qual frequência? Quais profissionais o atendem nestes serviços? Participa de alguma oficina terapêutica ou de algum grupo de educação em saúde?
- 10) O sr.(a) já teve alguma(s) doença (s) anterior(es) ou atual? (ex. pneumonia, DST, hipertensão, diabetes, artrite/artrose, doenças cardíacas)?
(A) Não.
(B) Se sim. Qual (is)?

Pneumonia DST Hipertensão Diabetes Artrite/Artrose
 Doenças cardíacas Infecção urinária Alergias Outras

11) O sr(a) toma alguma medicação?

- (A) Não.
(B) Se sim. Qual (is)?

Anti-hipertensivos Hipoglicemiantes orais Antibióticos Insulina
 Analgésicos Anti-inflamatórios Outros

12) Passou por algum tipo de internação (psiquiátrica, clínica, cirúrgica) desde do período de mudança para SRT?

- (A) Não
(B) Sim, qual (is)?

Psiquiátrica Clínica Cirúrgica Outras

Baseado nos questionários de FASHEBER, VIDAL; 2007; MARQUES, MÂNGIA, 2012

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa: “O OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A FUNCIONALIDADE DE MORADORAS DE UMA RESIDÊNCIA TERAPEUTICA DA CIDADE DE JUIZ DE FORA (MG)”.. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a pouca inserção da fisioterapia no campo da saúde mental e atentar para a importância da atuação profissional sobre a funcionalidade de moradores de uma RT. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a capacidade funcional de moradoras de uma residência terapêutica (RT) para a realização das atividades básicas de vida diária e para as atividades instrumentais de vida diária em uma RT;

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: aplicação de um questionário semi-estruturado contendo perguntas a respeito do contexto histórico pessoal, de saúde e de funcionalidade para cada moradora, escalas de instrumentação básica e instrumental de vida diária, Katz adaptada e Lawton, respectivamente. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: possibilidade de desconforto em falar sobre informações do período em que estes pacientes passaram por hospitais psiquiátricos de longa permanência e resgatar memórias do passado Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, daremos total apoio para que as respostas só sejam respondidas se for de livre espontânea vontade da voluntária. A pesquisa pode ajudar a partir dos dados colhidos com a possibilidade de propor um modelo fisioterapêutico que contemple os moradores da RT.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome

Assinatura participante

Data

Nome

Assinatura pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Maria Alice Junqueira Caldas

Endereço: Rua Arthur Max Degwert, 98, Quintas da Avenida

CEP: 36.046-570– Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 99978.7192 / (32) 98852-7192

E-mail: majcaldas@hotmail.com

APÊNDICE 3 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 CEP 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “UM OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A FUNCIONALIDADE DE MORADORAS DE UMA RESIDÊNCIA TERAPEUTICA DA CIDADE DE JUIZ DE FORA (MG)”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é pretendemos avaliar a capacidade funcional de moradoras de uma residência terapêutica (RT) para a realização das atividades básicas de vida diária e para as atividades instrumentais de vida diária em uma RT; entender o contexto histórico pessoal de moradores de uma residência terapêutica que vieram de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos da cidade de Juiz de Fora (MG); conhecer os hábitos do cotidiano, as relações sociais e o grau de autonomia dessas moradoras, a partir da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF). A partir da análise da funcionalidade, poder propor um modelo de atenção fisioterapêutico aos indivíduos moradores de RT. Nesta pesquisa pretendemos atentar a importância da atuação fisioterapêutica sobre a funcionalidade de moradores de RT. Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você aplicar uma entrevista contando um pouco da sua história pessoal e do seu contexto de saúde, sobre a sua rotina dentro e/ou fora da RT, o tempo em que morava no hospital. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são o desconforto ao resgatar as memórias do passado e do período em que passou no hospital. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, daremos total apoio para que as respostas só sejam respondidas se for de livre espontânea vontade da voluntária. A pesquisa, a partir dos dados colhidos terá possibilidade de propor um modelo fisioterapêutico que contemple os moradores da RT.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você.

Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) curador

Assinatura do (a) pesquisador (a)

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Maria Alice Junqueira Caldas

Endereço: Rua Arthur Max Degwert, 98, Quintas da Avenida

CEP: 36.046-570– Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 99978.7192 / (32) 98852-7192

E-mail: majcaldas@hotmail.com

ANEXO 1 – Escala de Katz adaptada de LINO et al., 2007

Anexo 1: Escala de Katz

Morador: _____ Data: ___/___/___

Entrevistadores: _____

	Independente 1 ponto	Dependente 0 pontos
Tomar banho (leito chuveiro ou banheira) ou toma banho sozinho	<input type="checkbox"/> Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente).	<input type="checkbox"/> Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
Vestir-se	<input type="checkbox"/> Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	<input type="checkbox"/> Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
Uso do vaso sanitário	<input type="checkbox"/> Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).	<input type="checkbox"/> Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
Transferência	<input type="checkbox"/> Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	<input type="checkbox"/> Requer ajuda para deitar na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
Continência	<input type="checkbox"/> Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.	<input type="checkbox"/> Continência total ou parcial para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e ou cateteres; uso de urinóis ou comadres controlados por terceiros.
Alimentação	<input type="checkbox"/> Leva a comida do prato (ou seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da alimentação.	<input type="checkbox"/> Requer ajuda para levar a comida (ou seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parental.
Somatório dos pontos	<input type="text"/>	

Análise do resultado:

Dependente
0 a 2 pontos

Dependente parcial
3 a 4 pontos

Independente
5 a 6 pontos

ANEXO 2- Escala de Lawton e Browdy (LAWTON E BRODY, 1969)

ATIVIDADES	RESPOSTA		
	Sem ajuda (3 pontos)	Com ajuda parcial (2 pontos)	Não consegue (1 ponto)
O Sr. (a) consegue:			
1) Usar o telefone?			
2) Fazer compras?			
3) Cuidar de suas finanças?			
4) Preparar suas próprias refeições?			
5) Arrumar a casa?			
6) Fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?			
7) Lavar, passar roupa?			
8) Tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
9) Sair de casa sozinho, para lugares mais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamento especial?			

As questões 4 e 5 podem sofrer variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas como "cuidar do jardim" ou "subir escadas".

Total de pontos:	() INDEPENDÊNCIA 27 a 19 pontos	() DEPENDÊNCIA PARCIAL 18 a 10 pontos	() DEPENDÊNCIA IMPORTANTE Abaixo de 9 pontos
-------------------------	--	--	---

ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL, MINAS GERAIS.



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Faculdade de Fisioterapia

Departamento de Fundamentos, Métodos e Recursos em Fisioterapia

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Sra. Andréia da Silva Stenner- Chefe do Departamento de Saúde Mental

Solicitamos autorização para realização e divulgação da pesquisa intitulada "UM OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A FUNCIONALIDADE DE MORADORAS EM UMA RESIDÊNCIA TERAPEUTICA DA CIDADE DE JUIZ DE FORA (MG)", que será desenvolvida sob a orientação da professora Dra. Maria Alice Junqueira Caldas da Faculdade de Fisioterapia e coorientação da professora Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos da Faculdade de medicina pelos acadêmicos Fabio Cavalcanti Freitas e Thais Correia Pinheiro Silva, do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a capacidade funcional de moradoras de uma residência terapêutica (RT) para a realização das atividades básicas de vida diária e para as atividades instrumentais de vida diária de uma RT da cidade de Juiz de Fora (MG)

Informamos ainda que o nome da instituição será citado na divulgação dos resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Desde já colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

maria alice junqueira caldas

Prof. Dra. Maria Alice Junqueira Caldas
Orientadora / (32) 99978-7192

Andréia

Prof. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos
Coorientadora / (32) 98851-1207

Fabio Cavalcanti Freitas
Fabio Cavalcanti Freitas
Acadêmico de Fisioterapia

Thais C. P. Silva
Thais Correia Pinheiro Silva
Acadêmica de Fisioterapia

AUTORIZAÇÃO: Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa e autorizo a realização da coleta de dados.

Dr. Andréia Stenner

Andréia da Silva Stenner
Chefe do Depto. de Saúde Mental

ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O OLHAR DA FISIOTERAPIA SOBRE A FUNCIONALIDADE DE MORADORAS DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DA CIDADE DE JUIZ DE FORA (MG)

Pesquisador: Maria Alice Junqueira Caldas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91118618.5.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Fisioterapia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.754.195

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br