



Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas



Organização Mundial de Saúde
Departamento de Saúde Mental
e Dependência de Substâncias

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES, INCAPACIDADE, QUALIDADE DE VIDA
E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA
EM CABO VERDE**

Dissertação de Mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental

Daniel Silves Ferreira

Orientador: Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

À Edite, minha esposa e companheira de anos, pelo estímulo e o apoio constantes nas minhas andanças pela saúde mental;

À Débora, ao Daniel e ao David, nossos filhos, que tanto gozo tiveram ao ver-me regressar à escola;

À minha mãe, Nina, ao meu pai, António, (*in memoriam*), às minhas irmãs e aos meus irmãos, pelo incentivo que sempre deram;

Aos meus professores e colegas do *International Master in Mental Health Policy and Services*.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida, a minha profunda gratidão por me ter franqueado as portas do *International Master in Mental Health Policy and Services*, pelo apoio constante, pela atenção na resolução de problemas com que me deparei e pela disponibilidade para a orientação deste estudo.

À OMS-AFRO que, mais uma vez, me apoiou e financiou a frequência da fase presencial do Mestrado.

Às minhas colegas de trabalho, Francisca, Kika e Paula, pela sua ajuda e participação na realização das entrevistas para esta investigação.

Aos demais colegas de Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto que, de uma forma ou outra, apoiaram a realização deste trabalho.

À Leonilde de Lima, pelo inestimável apoio, pela paciência demonstrada e valiosa contribuição no trabalho estatístico.

Àqueles que permitiram que eu frequentasse o Mestrado Internacional

Aos doentes que aceitaram participar no estudo e sobretudo aos muitos outros indivíduos com esquizofrenia em Cabo Verde que estão longe dos cuidados formais de saúde.

RESUMO

OBJECTIVO: Avaliar as necessidades, incapacidade, qualidade de vida, satisfação com os serviços e as características sociodemográficas numa amostra de pacientes com esquizofrenia num Serviço de Psiquiatria, em Cabo Verde.

MÉTODOS: Realizou-se estudo transversal com 122 doentes com recurso a instrumentos estruturados para as necessidades (CAN), incapacidade (WHODAS II), qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e satisfação com os serviços (VSSS) e uma ficha para recolha de dados sociodemográficos.

RESULTADOS: Os doentes eram maioritariamente do sexo masculino (73,8%) com uma idade média de 35,23 anos, uma escolaridade baixa (59,8%), solteiros (81,1%), residindo em meio urbano (72,1%) e desempregados (63,2%). A maioria estava a tomar medicação antipsicótica (97,5%), tinha história de internamento (76,2%), uma média de início da doença aos 23,43 anos e uma duração média de 11,80 anos. As necessidades referidas foram baixas e as facetas mais identificadas foram a informação, os subsídios e benefícios sociais, as actividades diárias, os contactos sociais e sofrimento psicológico. Cerca 20% dos participantes manifestaram uma incapacidade, sobretudo no domínio da participação na sociedade (47,2%). A média da qualidade de vida foi 65,08 (desvio-padrão: 21,35), com o domínio psicológico a apresentar o valor mais alto (74,21, desvio-padrão: 14,87) e o ambiental o mais baixo (59,27, desvio-padrão: 15,15). A satisfação com os serviços foi avaliada de forma positiva nas dimensões satisfação global e competência dos profissionais. As dimensões informação, envolvimento dos familiares, eficácia e acesso tiveram avaliação insatisfatória. Os tipos de intervenções, com vários serviços pouco disponibilizados, tiveram uma satisfação relativa.

DISCUSSÃO: Num contexto de carência, os resultados revelaram-se mais satisfatórios do que esperados, mas com grandes insuficiências no processo de cuidados.

CONCLUSÃO: O estudo permitiu conhecer o processo de cuidados aos doentes com esquizofrenia e disponibilizou elementos para programas de cuidados.

Palavras-Chave: Esquizofrenia; Necessidades, Incapacidade, Qualidade de Vida; Satisfação com os Serviços, Cabo Verde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Assess needs, disability, quality of life, satisfaction with the services and the socio-demographic characteristics in a sample of patients with schizophrenia in a Psychiatric Service in Cape Verde.

METHODS: It was carried out a cross-sectional study with 122 patients using the structured instruments for the needs (CAN), disability (WHODAS II), quality of life (WHOQOL-BREF), satisfaction with the services (VSSS) and socio-demographic data collection.

RESULTS: The patients are mainly of the male sex (73.8%) with average age of 35.23 years old, low education level (59.8%), single (81.1%), living in urban area and unemployed (63.2%). Most of them were taking antipsychotic medication (97.5%), had a history of hospitalization (76.2%), an average of disease onset at 23.43 years old and an average duration of 11.80 years. The needs mentioned were low and the most identified facets were information, subsidies and social benefits, daily routines, social contacts and psychological distress. Around 20% of the participants expressed one disability, especially at the domain of the participation in the society (47.2%). The average quality of life was 65.08 (standard deviation: 21.35), with the domain of the psychological presenting the highest value (74.21, standard deviation: 14.87) and environmental the lowest (59.27, standard deviation: 15.15). The satisfaction with services was positively assessed in the dimensions of overall satisfaction and competency of the professionals. The dimensions information, family involvement, effectiveness and access had positive evaluation. The types of intervention with services poorly available had a relative satisfaction.

DISCUSSION: In a context of shortage, the results were considered more satisfactory than expected, but with many inadequacies in the process of care.

CONCLUSION: This study allowed to know the process of care to the patients with schizophrenia and provided elements for the programs of care.

Key words: Schizophrenia; Needs; Disability; Quality of Life; Satisfaction with the Services; Cape Verde.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar las necesidades, discapacidad, calidad de vida, satisfacción con los servicios y características sociodemográficas en una muestra de pacientes con esquizofrenia en un Servicio de Psiquiatría, en Cabo Verde.

MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal con 122 pacientes, recorriendo a instrumentos padronizados a las necesidades (CAN), la discapacidad (WHODAS II), calidad de vida (WHOQOL-BREF) y satisfacción con los servicios (VSSS) y una tabla para la recolección de datos sociodemográficos.

RESULTADOS: Los pacientes eran predominantemente varones (73,8%) con un promedio de edad de 35,23 años, una escolaridad baja (59,8%), solteros (81,1%), viviendo en áreas urbanas (72,1%) y desempleados (63,2%). La mayoría (97,5%) con medicación antipsicótica; ingresos anteriores (76,2%), edad media de aparición de la enfermedad, 23,43 años, con duración media de 11,80 años. Las necesidades referidas fueron bajas y los aspectos más identificados fueron: información, subvenciones y beneficios sociales, actividades diarias, contactos sociales y sufrimiento psicológico. Alrededor de 20% expresó una discapacidad, sobretodo en el campo de la participación en la sociedad (47,2%). El promedio de la calidad de vida fue de 65,08 (DE: 21,35), presentando el dominio psicológico el valor más alto 74,21 (DE: 14,87) y el ambiental, el valor más bajo 59,27 (DE: 15,15). La satisfacción con los servicios recibidos obtuvo una evaluación positiva sobre la satisfacción en general y la competencia de los profesionales. La información, participación de la familia, eficiencia y acceso, tuvieron evaluación insatisfactoria. Tipos de intervenciones, con varios servicios poco disponibles, tuvieron una relativa satisfacción.

DISCUSIÓN: En un contexto de carencia los resultados fueron más satisfactorios que lo esperado, pero con grandes insuficiencias en el atendimento.

CONCLUSIÓN: El estudio ha permitido conocer el proceso de atención a los pacientes con esquizofrenia y disponibilizar programas de atención.

Palabras clave: Esquizofrenia; necesidades, discapacidad, calidad de vida; satisfacción con los servicios, Cabo Verde.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I: Distribuição dos participantes por grupos etários e género	39
Tabela II: Distribuição dos participantes por nível de escolaridade e género	40
Tabela III: Distribuição dos participantes por estado civil e género	40
Tabela IV: Distribuição dos participantes por situação profissional actual e género	41
Tabela V: Internamentos anteriores e género	42
Tabela VI: Tipo de medicação e género	42
Tabela VII: Necessidades na perspectiva dos pacientes por género	43
Tabela VIII: Necessidades na perspectiva dos pacientes: frequências e percentagens	44
Tabela IX – Necessidades na perspectiva dos técnicos, por género	46
Tabela X: Necessidades na perspectiva dos técnicos: frequência e percentagem	46
Tabela XI: Domínios do WHODAS-II	47
Tabela XII – Domínios da incapacidade	49
Tabela XIII - WHOQOL-BREF: Domínios e Questões Globais	50
Tabela XIV – Percepção da qualidade de vida	51
Tabela XV – Percepção da saúde	51
Tabela XVI – Dimensões do VSSS: média	52

ÍNDICE

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Resumen	vii
Índice das tabelas	viii
Índice	ix
Siglas e abreviaturas	xii
I. INTRODUÇÃO	1
II. REVISÃO DA LITERATURA	4
1. Esquizofrenia	4
1.1. Conceito	4
1.2. Epidemiologia	4
1.3. Intervenções terapêuticas.....	5
1.4. Organização de Serviços	5
1.5. Esquizofrenia nos países de rendimento baixo e médio	6
1.6. Medidas de resultados	7
2. Necessidades de cuidados	8
2.1. Conceito de necessidade	8
2.2. Avaliação de necessidades	9
2.3. Escala de Camberwell de Avaliação de Necessidades	9
3. Incapacidade	11
3.1. Conceito de incapacidade	11
3.2. Avaliação da incapacidade	12
3.3. Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS	13
4. Qualidade de vida	15
4.1. Conceito de qualidade de vida	15
4.2. Avaliação da qualidade de vida.....	16
4.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS	16
5. Satisfação com os serviços	18
5.1. Conceito de satisfação com os serviços	18
5.2. Avaliação da satisfação com os serviços	19
5.3. Escala de Verona de Satisfação com os Serviços	20

III. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS	23
1. Contexto geral	23
2. Sistema de Saúde e Cuidados de Saúde Mental	24
IV. OBJECTIVOS E RESULTADOS ESPERADOS	32
1. Objectivo geral	32
2. Objectivos específicos	32
V. METODOLOGIA	33
1. Hipótese	33
2. Amostragem e plano de recrutamento.....	33
2.1. Amostra.....	33
2.2. Critérios de inclusão.....	33
2.3. Critérios de exclusão	34
3. Desenho do estudo	34
4. Instrumentos seleccionados	34
5. Ficha de dados sociodemográficos e de serviço	34
6. Procedimentos	35
6.1. Procedimentos de adaptação cultural dos instrumentos	35
6.2. Colecta de dados	35
6.3. Análise de dados	36
7. Considerações éticas	36
VI. RESULTADOS	38
1. Características sociodemográficas e indicadores de serviços.....	38
2. Necessidade de cuidados (CAN-R2)	41
2.1. Necessidades de cuidados na perspectiva dos pacientes.....	43
2.1.1. Necessidades atendidas na perspectiva dos pacientes.....	43
2.1.2. Necessidades não atendidas na perspectiva dos pacientes.....	44
2.2. Necessidades de cuidados na perspectiva dos técnicos.....	44
2.2.1. Necessidades atendidas na perspectiva dos técnicos.....	44
2.2.2. Necessidades não atendidas por domínios e facetas.....	46
3. Incapacidade (WHODAS 2)	46
3.1. Incapacidade global.....	46
3.2. Incapacidade por domínios.....	46
3.2.1. Compreensão e comunicação.....	47
3.2.2. Mobilidade.....	47
3.2.3. Autocuidado.....	47

3.2.4. Relacionamento com outras pessoas.....	47
3.2.5. Actividades de vida.....	47
3.2.6. Participação na sociedade	48
4. Qualidade de vida (WHOQOL-BREF)	49
4.1. Questões globais.....	49
4.2. Domínios da qualidade de vida (WHOQOL-BREF).....	50
5. Satisfação com os serviços (VSSS)	51
5.1. Satisfação globais.....	51
5.2. Competências e comportamento dos profissionais.....	52
5.3. Informação.....	52
5.4. Acesso.....	52
5.5. Eficácia.....	52
5.6. Tipos de intervenção.....	53
5.7. Envolvimento dos familiares.....	54
5.8. Comentários livres.....	54
VI. DISCUSSÃO	55
1. Dados socio-demográficos e de serviços.....	55
2. Necessidades de cuidados.....	56
3. Incapacidade.....	58
4. Qualidade de vida.....	59
5. Satisfação com os Serviços.....	61
VII. CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	81

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVCI: Anos de Vida Corrigidos de Incapacidade

AVI: Anos de Vida com Incapacidade

CAN R2.0 (Camberwell Assessment of Need): Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell

CNEPS: Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde

DoSMED: Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders

EPSILON: European Psychiatric Study Inputs Linked to Outcomes and Needs

HAN: Hospital Agostinho Neto

HBS: Hospital Baptista de Sousa

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health): Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

IDNT: Inquérito sobre os Factores de Risco das Doenças Não Transmissíveis

IDSR-II: Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva II

INE: Instituto Nacional de Estatísticas

ISoS: International Study on Schizophrenia

NCA: Need for Care Assessment

OMS: Organização Mundial de Saúde

PMA: Países Menos Avançados

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRM: País de Rendimento Médio

SPET-HAN: Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade – Hospital Agostinho Neto

SSPS: Statistical Package for Social Sciences

VIH/SIDA: Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

VSSS (Verona Service Satisfaction Scale): Escala de Verona para a Avaliação da Satisfação com os Serviços de Psiquiatria

WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0): Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde

WHOQOL - BREF (World Health Organization Quality of Life BREF): Questionário Abreviado da Avaliação da Qualidade Vida da Organização Mundial de Saúde.

I. INTRODUÇÃO

A situação da saúde mental caracteriza-se por um enorme fosso entre os que necessitam de tratamento e os que são tratados efectivamente (WHO, 2008) e pela baixa qualidade de cuidados, apesar da evidência de intervenções eficazes e custo-efectivas (Demyttenaere *et al*, 2004). A situação ainda é pior nos países de rendimento baixo e médio, mesmo para as perturbações mentais graves que estão na origem de uma incapacidade significativa (Kohn *et al*, 2004). Cerca de 50 a 90% dos indivíduos com perturbações mentais graves não recebem tratamentos básicos (Kohn *et al*, 2004).

A demanda dos serviços de saúde mental tem vindo a aumentar e, provavelmente, vai continuar a aumentar (Slade *et al*, 1999). Um dos grandes desafios actuais para os cuidados de saúde mental é reduzir o fosso existente (Lancet Global Mental Health Group, 2007), dispensando mais cuidados e de melhor qualidade (Saraceno *et al*, 2007). Para tanto, torna-se necessário identificar as necessidades e conhecer o nível de incapacidade, a qualidade de vida e o grau de satisfação com os serviços dos indivíduos com perturbações mentais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem aconselhado o desenvolvimento de pesquisas de avaliação e monitorização dos serviços para promover a qualidade dos serviços (WHO, 2001).

Os indivíduos com esquizofrenia, pelas características da própria perturbação, pela natureza específica das suas necessidades colocam um desafio especial e, por isso, têm merecido uma atenção particular (Caldas de Almeida & Xavier, 1997).

A esquizofrenia é uma condição incapacitante para pelo menos um terço dos indivíduos que dela padecem (Harding *et al*, 1992). Ela é tida como uma perturbação que origina uma grave deterioração em várias áreas e um funcionamento social deficiente é considerado um sintoma importante. Um conhecimento adequado dos tipos e intensidade da incapacidade é necessário para o planeamento dos serviços e programas de prestação de cuidados aos indivíduos com esquizofrenia (Schubart *et al*, 1986).

A qualidade de vida tem sobressaído como um elemento essencial na avaliação dos indivíduos com doenças crónicas. Há evidência de que a esquizofrenia, como uma perturbação psiquiátrica grave, diminui a qualidade de vida e tem um efeito negativo na satisfação com a vida (Norman *et al*, 2000).

O ponto de vista do paciente tem sido cada vez mais valorizada e a avaliação da satisfação do paciente com os serviços vem sendo considerada como uma medida de resultado da qualidade dos serviços de saúde mental (Blenkiron & Hammil, 2003).

A relação entre as necessidades de cuidados, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços tem sido bastante estudada e a associação entre elas parece bem estabelecida (Thornicroft *et al*, 2006). Nos países de baixa e média renda, os cuidados dispensados a uma parte significativa de indivíduos com esquizofrenia são de baixa qualidade ou inexistentes (Kohn *et al*, 2004).

A grande dificuldade na avaliação dos serviços tem sido o desenvolvimento de modelos abrangentes de medidas de resultados em cuidados psiquiátricos mas a abordagem multidimensional pode constituir uma metodologia efectiva na avaliação dos cuidados prestados a indivíduos com esquizofrenia (Xavier *et al*, 2002).

Cinco países europeus estiveram envolvidos num grande estudo (European Psychiatric Study Inputs Linked to Outcomes and Needs - EPSILON) com o objectivo de disponibilizar conhecimento científico para melhorar o nível da saúde e bem-estar das pessoas com perturbações mentais (Becker *et al*, 2002). Os estudos demonstraram que é possível medir aspectos subjectivos de uma forma válida, sensível e aceitável (Ruggeri *et al*, 2003) e revelaram que o baixo nível de satisfação com os serviços está associado a algumas condições sociais mas também à psicopatologia severa, às necessidades não atendidas ou a uma baixa satisfação com a vida (Ruggeri *et al*, 2003).

A identificação das necessidades de cuidados, (tanto clínicas como sociais) e a determinação da incapacidade, qualidade de vida e satisfação com os serviços podem ajudar os diferentes profissionais a direccionarem as suas actividades de forma adequada. Este conhecimento é também fundamental para a planificação dos cuidados de saúde mental e o resultado pode ser a melhoria da prestação de cuidados e a garantia de uma melhor qualidade de vida para os indivíduos com esquizofrenia.

Em Cabo Verde, a cultura de avaliação dos serviços de saúde mental é muito incipiente e não se conhece nenhuma iniciativa para avaliar as várias dimensões do processo de cuidados dispensados aos indivíduos com esquizofrenia.

Do nosso conhecimento, apenas dois estudos envolveram indivíduos com esquizofrenia. Mateus (1998), numa abordagem etnográfica, analisa a existência de factores culturais relevantes, tais como concepção da doença, grau de tolerância, factores desviantes, modelos

causais e de tratamento para a doença e mecanismos locais de inserção ou de exclusão social de pacientes com esquizofrenia e seus familiares. Num segundo estudo, também com um enfoque etnográfico e numa perspectiva qualitativa, Freyre (2011) analisa, de forma comparativa, os delírios em pacientes esquizofrénicos em três estabelecimentos psiquiátricos do Brasil, Cabo Verde e Portugal.

No nosso estudo pretendemos avaliar algumas dimensões do processo de cuidados tais como a necessidade de cuidados, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços.

O presente projecto de estudo visa conhecer as necessidades reais de cuidados, a incapacidade, qualidade de vida e a satisfação com os serviços prestados de indivíduos com esquizofrenia que são acompanhados pelo Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto (Praia, Cabo Verde) e relacionar o grau de atendimento (ou não) dessas necessidades, o nível de incapacidade, a satisfação com os serviços e a qualidade de vida desses pacientes com as suas características sociodemográficas.

À luz desta introdução formulamos o problema desta investigação da seguinte maneira: Em que medida as necessidades atendidas e não atendidas influenciam a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços dos indivíduos com Esquizofrenia acompanhados na Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto?

Esta pergunta poderá ser decomposta em cinco outras:

- 1) Qual é o grau de atendimento, (ou não atendimento), das necessidades de cuidados dos indivíduos com Esquizofrenia que frequentam o Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto?
- 2) Qual é o seu grau de incapacidade?
- 3) Qual é a sua qualidade de vida?
- 4) Qual é o grau de satisfação desses indivíduos com os serviços prestados?
- 5) Qual é a relação entre as necessidades não atendidas com a satisfação com os serviços, a incapacidade, a qualidade de vida e a situação sociodemográfica desses indivíduos?

II. REVISÃO DA LITERATURA

1. Esquizofrenia

1.1. Conceito

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave que se manifesta geralmente no fim da adolescência ou no início da idade adulta, com início um pouco mais tardio e uma evolução mais favorável nas mulheres (WHO, 2001). Ela compreende manifestações psicopatológicas variadas que atingem as áreas do pensamento, da percepção, da emoção, do movimento e do comportamento, com impacto sobre a vida dos indivíduos famílias e sociedades.

Os critérios diagnósticos mais usados para a esquizofrenia são os da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10ª Revisão) da Organização Mundial de Saúde e os da DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) da Associação Psiquiátrica Americana, havendo pouca diferença e uma boa concordância entre os critérios das duas classificações (Jacobsen *et al*, 2006).

1.2. Epidemiologia

A prevalência estimada da esquizofrenia é de 4.6 por 1000 (Saha *et al*, 2005). Dado o seu enorme custo social e económico para os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde pública, a esquizofrenia está entre as 10 principais causas de incapacidade (Grover *et al*, 2005). Pela análise da carga mundial de doenças (morbilidade) a esquizofrenia representa 1,1% do número total de AVCI (anos de vida corrigidos de incapacidade) e 2,8% dos AVI (anos de vida com incapacidade) com um elevado custo económico (WHO, 2001) e é a terceira das doenças mais incapacitantes (Üstun *et al*, 1999).

A sua evolução é variável, caracterizada por sintomas recidivantes e crónicos (Thara *et al*, 1994). As recaídas dos sintomas psicóticos são comuns e têm um efeito perturbador na qualidade de vida e capacidade de independência (Chien *et al*, 2000).

Shepherd *et al*, (1989) descreveram quatro tipos de evolução possíveis para os indivíduos com esquizofrenia: o primeiro grupo tem um episódio único com praticamente um retorno à condição normal, o segundo grupo caracteriza-se por diversos episódios psicóticos com pouca ou nenhuma incapacidade posterior; o terceiro grupo manifesta uma incapacidade logo após o primeiro episódio; e, finalmente, um último grupo com múltiplos episódios com agravamento da incapacidade entre eles. Mesmo quando os sintomas mais importantes desaparecem, muitos pacientes continuam a ter comprometimento significativo no domínio social e

cognitivo que pode levar a uma incapacidade permanente e a uma deterioração da qualidade de vida (WHO, 2001).

1.3. Intervenções terapêuticas

O tratamento da esquizofrenia já não valoriza apenas a abolição dos sintomas mas também a reinserção social. A pesquisa da evidência identificou padrões de tratamento para cuidados para a esquizofrenia que têm permitido o acesso a cuidados de alta qualidade (Lehman *et al*, 1998). Os indivíduos com esquizofrenia podem ser tratados eficazmente e as recaídas reduzidas pela combinação de intervenções farmacológicas, psicossociais e de reabilitação (WHO, 2001). O tratamento engloba os pacientes e as famílias como parceiras do tratamento (Mueser *et al*, 2006).

Está estabelecido que estratégias adequadas de medicação reduzem a recaída e o reinternamento e podem melhorar o funcionamento e a qualidade de vida (Kane & Marder, 1993). O tratamento medicamentoso atenua os sintomas e previne as recaídas; as intervenções psicossociais ajudam os doentes e suas famílias a enfrentar a doença e as complicações e a prevenir as recaídas; a reabilitação, finalmente, favorece a reinserção na comunidade e a recuperação das capacidades de aprendizagem e aptidões profissionais (WHO, 2001).

A supressão da sintomatologia, a maior adesão ao tratamento e a redução do número de recaídas vão minimizar a incapacidade, aumentar o funcionamento social e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Assim, vai haver mais satisfação dos pacientes e suas famílias com os cuidados dispensados, uma atitude mais positiva em relação à doença e ao tratamento e melhor integração na comunidade.

Contudo, apesar dessa possibilidade, a grande maioria dos indivíduos afectados nos países de baixo e médio rendimento não recebem tais cuidados (Kohn *et al*, 2004). Uma das razões mais importantes deste défice (*gap*) é a falta de profissionais de saúde mental (Saxena *et al*, 2006). Para a OMS (2001), o problema real do tratamento dos indivíduos com esquizofrenia é a organização dos serviços que existem para responder às necessidades que eles apresentam.

1.4. Organização de serviços

Os cuidados aos pacientes com esquizofrenia requerem uma combinação óptima de serviços que inclui, na base da pirâmide, os cuidados informais na comunidade, a saúde mental na saúde geral, através da integração nos cuidados primários e nos hospitais gerais, cuidados de saúde mental na comunidade e, no topo, os serviços especializados e dispositivos de longa permanência (Thornicroft & Tansella, 2004).

O estabelecimento desses serviços integrados depende dos recursos disponíveis e dos factores sociais, económicos e culturais. Independentemente do nível dos recursos, são necessários serviços comunitários e hospitalares e as evidências apontam para uma abordagem equilibrada (Thornicroft & Tansella, 2004), dependendo o equilíbrio entre ambos dos recursos disponíveis em cada país ou região.

Nos países de muito poucos recursos, o enfoque deve ser a saúde mental nos cuidados primários, com apoio de especialistas (Eaton *et al*, 2001). À medida que as capacidades e os recursos aumentam os cuidados de saúde mental devem ser consolidados e outros componentes do modelo introduzidos, desenvolvendo-se, assim, o sistema que deve ser complementado com opções de serviços diferenciados e especializados (Thornicroft & Tansella, 2004).

1.5. Esquizofrenia nos países de rendimento baixo e médio

Durante muito tempo, entendeu-se que a evolução da esquizofrenia seria mais favorável nos países em desenvolvimento (Jablenski *et al*, 1992). A ideia de que a esquizofrenia pode ter um resultado mais favorável nos países de baixo e médio rendimento ganhou o apoio de alguma evidência científica (ISoS, 2001; WHO, 1979), fortalecida por alguns estudos, como por exemplo, *Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders* (DoSMED; Jablenski *et al*, 1992) e *International Study on Schizophrenia* (ISoS; Harrison *et al*, 2001). Este facto, contudo, tem sido questionado (Patel *et al*, 2006), havendo necessidade de estudos com instrumentos com especificidade cultural (Isaac *et al*, 2007).

Nos países de rendimento baixo e médio, o sector da saúde mental é caracterizado por uma organização deficiente, um acesso limitado a psiquiatras, uma duração mais longa de psicoses não tratadas (Isaac *et al*, 2007) e também pela escassez de recursos, agravada pela desigualdade no acesso aos cuidados e pela ineficiência na sua utilização (Saxena *et al*, 2007).

Para países com poucos recursos, ou onde não estão disponíveis, a ênfase deve ser dada aos cuidados primários de saúde com apoio de especialistas (Thornicroft & Tansella, 2004). Nos países de rendimento médio, para além da consolidação das medidas aconselhadas para países com menos recursos, devem ser introduzidos outros componentes de cuidados de saúde mental, tais como o ambulatório de saúde mental, as equipas comunitárias de saúde mental, unidades de internamento de doentes agudos, cuidados residenciais de longo prazo baseados na comunidade e ocupação e emprego (Thornicroft & Tansella, 2004).

A implementação deste programa requer estratégias claras e uma organização dos serviços que privilegia os cuidados primários (WHO, 2001). Com o trabalho de diferentes profissionais e o envolvimento da comunidade é possível integrar vários tipos de cuidados e garantir uma resposta mais adaptada às necessidades. Esta abordagem equilibrada, com intervenções medicamentosas e psicossociais pode contribuir para reverter esta situação e permitir que as pessoas com esquizofrenia tenham acesso a tratamento de melhor qualidade.

1.6. Medidas de resultados

A avaliação dos serviços de saúde mental é uma temática importante dos serviços de saúde mental (McCabe *et al*, 2007). A avaliação de resultados examina o impacto das intervenções clínicas efectuadas nos pacientes em termos de mudança da severidade dos sintomas, funcionamento e qualidade de vida.

A importância da perspectiva do paciente nos cuidados de saúde tem sido cada vez mais reconhecida e são necessários mais estudos para entender a inter-relação entre as necessidades de saúde, satisfação e qualidade de vida (Asadi-Lari *et al*, 2004). Para a esquizofrenia, várias avaliações de resultados, como as necessidades de cuidados, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços têm sido estudadas.

A literatura revela que a identificação das necessidades de cuidados e a mobilização de recursos para seu atendimento evitam despesas adicionais, mantêm os pacientes satisfeitos com os serviços e levam a uma melhor qualidade de vida (Asadi-Lari *et al*, 2004). O conhecimento dos níveis de incapacidade é necessário para o planeamento dos serviços e programas de prestação de cuidados aos indivíduos com esquizofrenia (Schubart *et al*, 1986). A qualidade de vida foi identificada como um elemento essencial para construir indicadores de saúde mental (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999) e uma importante medida de impacto da esquizofrenia e seu respectivo tratamento (Tempier *et al*, 1997). A satisfação com os serviços permite identificar potenciais áreas para a melhoria dos serviços e as despesas com a saúde podem ser optimizadas (Aharony & Strasser, 1993).

Nos tópicos seguintes, são descritos alguns dos considerados principais indicadores utilizados neste tipo de avaliação de serviços prestados a indivíduos com esquizofrenia: a cobertura ou não das necessidades de cuidados, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços.

2. Necessidades de cuidados

2.1. Conceito de necessidades

A necessidade pode ser definida como um problema significativo na área social ou da saúde, para o qual existem soluções ou intervenções potenciais (Gonçalves-Pereira *et al*, 2007). Para Matthews (citado por Wing, 1990), “existe um estado de necessidade quando o indivíduo apresenta uma doença ou incapacidade para a qual existem cuidados e ou tratamentos efectivos e aceitáveis”. Para aquele autor, citado por Wing (1990), há procura de cuidados “quando o indivíduo considera que tem uma necessidade e deseja receber cuidados”, ocorrendo a utilização “quando o indivíduo recebe realmente os cuidados”.

Estas definições de Matthews foram adaptadas e ampliadas por Wing & Halley (1972) e Brewin & Wing (1988) para um entendimento lato que abrange casos em que um indivíduo pode ter uma necessidade sem, no entanto, estar consciente da mesma.

O conceito de necessidades, aplicado à saúde mental, vem sendo utilizado desde os anos 80 (Brewin *et al*, 1987; Slade *et al*, 1998). Inicialmente, houve dúvidas se os pacientes com esquizofrenia seriam capazes de auto-avaliarem a sua qualidade de vida, devido aos problemas cognitivos e falta de *insight* (Bobes *et al*, 2005).

Brewin e colaboradores deram um passo significativo com o desenvolvimento de um instrumento, o Need for Care Assessment (NCA), para medir as necessidades. O instrumento revelou uma boa fiabilidade mas também algumas dificuldades na medição das necessidades de determinados tipos de populações, nomeadamente os doentes internados de longa duração e os doentes mentais sem abrigo (Brewin *et al*, 1987).

A definição de necessidades para indivíduos com perturbações mentais severas tem evoluído ao longo das últimas décadas para incluir tanto os cuidados sociais como os cuidados de saúde (Phelan *et al*, 1995). A avaliação de necessidades é, actualmente, reconhecida como sendo um elemento chave dos cuidados de saúde mental (Phelan *et al*, 1995) e tem merecido uma atenção importante na planificação dos cuidados e dos serviços de saúde mental (Barbato *et al*, 2004).

A identificação das necessidades pode ajudar os prestadores de cuidados mentais, físicos e sociais a direccionarem as suas actividades adequadamente (McCrone *et al*, 2001).

Estudos revelam que as necessidades não atendidas estão relacionadas com a disponibilidade de cuidados de saúde mental baseados na comunidade (Kovess-Masféty *et al*, 2006).

2.2. Avaliação de necessidades

A avaliação das necessidades é um elemento central em matéria de saúde mental (Evans *et al*, 2000) e tem tido uma importância crescente na planificação de cuidados em Psiquiatria e Saúde Mental e na avaliação de qualidade dos serviços (Xavier, 1999). Mas, assim como o conceito de necessidades, a avaliação de necessidades é um tema complexo.

A avaliação integral das necessidades individuais pode permitir aos gestores de cuidados desenvolver um pacote apropriado de cuidados para atender às necessidades e, a nível local, identificar as necessidades da população para que estratégias e serviços apropriados sejam implementados (Evans *et al*, 2000). Esta avaliação ainda pode permitir a identificação das necessidades a nível da população através da agregação de informação (Evans *et al*, 2000).

Um número considerável de instrumentos padronizados tem sido desenvolvido como abordagem para avaliar as necessidades (Brewin *et al*, 1987; Phelan *et al*, 1995) mas estas escalas de avaliação variam consideravelmente quanto ao seu conteúdo, formato e objectivos (Evans *et al*, 2000). Elas variam, também, consoante a definição de necessidade, grau da perspectiva do utente ou da equipa, o lugar onde são aplicadas e ainda do tempo necessário para a sua aplicação, facilidade de utilização e facilidade com a qual os dados resultantes podem ser agregados e analisados (Evans *et al*, 2000).

O uso de instrumentos padronizados pode facilitar uma abordagem sistemática para o processo de avaliação de necessidades de cuidados (Evans *et al*, 2000). Contudo, ao seleccionar tais instrumentos deve-se assegurar que a escala adoptada é apropriada para os fins propostos, que foi validada e pode ser utilizada no *setting* proposto (Evans *et al*, 2000).

Actualmente, o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R2.0) é o instrumento mais utilizado a nível internacional para estudar as necessidades de cuidados, inclusive em indivíduos com esquizofrenia (Joska & Flisher, 2005).

2.3. Escala de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R2.0)

O Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R2.0) é um instrumento que foi desenhado para avaliar as necessidades clínicas e sociais dos doentes com perturbações mentais severas (Phelan *et al*, 1995). Este instrumento inclui tanto as necessidades humanas de todas as pessoas como as necessidades específicas das pessoas que padecem de transtornos

mentais severos e permite uma avaliação das necessidades tanto na prática clínica como na avaliação dos serviços (Phelan *et al*, 1995).

Este instrumento foi desenvolvido a partir de algumas premissas. A primeira premissa é que todos têm necessidades; a segunda é que as pessoas com perturbações mentais severas, além das necessidades comuns às pessoas sem doença mental, têm necessidades específicas; a terceira é que estas pessoas podem ter necessidades múltiplas que não são reconhecidas pelos serviços de saúde e, finalmente, que estas necessidades não podem ser definidas apenas pela equipa (Phelan *et al*, 1995).

O Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell foi utilizado no EPSILON STUDY e revelou boas propriedades psicométricas (Phelan *et al*, 1995).

O CAN R2.0 é de fácil utilização por uma vasta gama de profissionais, incorpora tanto o ponto de vista dos doentes como da equipa e mede as necessidades atendidas e as não atendidas (Phelan *et al*, 1995).

O instrumento contém 22 domínios de necessidades que podem ser agrupados em 5 tipos de necessidades: necessidades básicas, compreendendo alojamento, alimentação e actividades diárias, as necessidades de saúde, compreendendo saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, risco de danos para o próprio, risco de dano para os outros, as necessidades de funcionamento, compreendendo autocuidado, tarefas domésticas básicas, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro, as necessidades sociais, compreendendo contactos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual, e as necessidades de serviços, compreendendo informação sobre a doença e tratamento, utilização de transportes, utilização do telefone e subsídios e benefícios sociais (Phelan *et al*, 1995).

Para cada domínio há quatro questões, divididas na escala como secções. A secção 1 permite avaliar se ocorreu algum problema naquela área, no último mês. A ausência de problema recebe o *score* 0, a ausência de problema ou problema parcialmente resolvido devido a uma intervenção contínua recebe o *score* 1, um problema grave recebe o *score* 2 e quando o problema é desconhecido o *score* é 9.

A secção 2 permite avaliar a ajuda ou o apoio recebido por prestadores de cuidados informais, como familiares e amigos, durante o último mês. A pontuação utilizada é a seguinte: 0: nenhuma ajuda, 1: pouca ajuda, 2: alguma ajuda, 3: grande ajuda, 9: desconhecida.

A secção 3 tem duas partes e permite avaliar a ajuda ou apoio recebido e necessitado dos serviços formais, como a Saúde, os Serviços Sociais, as Autarquias, durante o último mês. A

primeira vai registar o apoio recebido dos Serviços de Saúde ou comunitários (recursos formais) e a segunda a necessidade desses Serviços. A pontuação, para ambas as partes, obedece aos mesmos critérios que a secção anterior.

A quarta e última secção vai questionar (avaliar) se os cuidados prestados são adequados e qual o grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados que recebe. Para a primeira parte desta secção a pontuação é a seguinte: 0 = não, 1 = sim e 9 = desconhecida e para a segunda parte 0= não satisfeita e 1= satisfeita (Phelan *et al*, 1995).

A validade do CAN R2.0 é difícil de ser estabelecida por inexistência de um padrão-ouro (gold standard) (Evans *et al*, 2000), mas ele foi comparado com medidas de funcionamento social, ocupacional e psicológico, avaliadas pelo *Global Assessment of Functioning* - GAF (American Psychiatric Association, 1994).

O Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R2.0) foi aplicado num grande estudo que envolveu cinco países europeus (EPSILON STUDY Group, 2001), tendo sido reconhecido como um bom instrumento de avaliação de necessidades dos doentes com transtornos mentais severos (McCrone *et al*, 2001). Os resultados deste estudo revelaram que o CAN é um instrumento fiável e válido (EPSILON STUDY Group, 2001). Posteriormente, foi traduzido e validado em vários países europeus (Knudsen *et al*, EPSILON STUDY GROUP, 2000), sendo actualmente um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as necessidades dos doentes mentais (Wennstrom *et al*, 2004).

Em Portugal, a tradução, a adaptação e validação parcial foram feitas por uma equipa da Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (Gago *et al*, 1996). No Brasil, a escala foi traduzida também, adaptada ao contexto cultural e validada, tendo sido utilizada para estudar pacientes com primeiro episódio psicótico e tendo revelado boas propriedades psicométricas (Schlithler *et al*, 2007).

3. Incapacidade

3.1. Conceito de incapacidade

A incapacidade tornou-se uma questão maior em matéria de saúde pública mas o conceito é difícil de ser definido porque ela está relacionada com várias áreas e envolve interacções entre a pessoa e o seu ambiente (Üstun *et al*, 2010).

Em 2001, no âmbito da família das classificações da OMS, foi aprovada a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), em português, Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. No novo modelo proposto, reconhece-se que “a incapacidade é multidimensional e produto da interacção entre os atributos de um indivíduo e características físicas da pessoa, ambiente social e atitudinal” (WHO, 2001).

Na ICF, o funcionamento indica os aspectos positivos da interacção entre o indivíduo e seus factores contextuais, tanto ambientais como pessoais (WHO, 2001). Quanto à incapacidade, ela passou a ter um significado radicalmente diferente daquele que tinha na classificação anterior (de 1980), que se reportava apenas às limitações no indivíduo (Üstun *et al*, 2010). Esta classificação (ICF) considera cada função de um indivíduo, a nível do corpo, da pessoa e da sociedade e dá uma definição para a sua avaliação operacional, definindo incapacidade como “a diminuição em cada domínio de funcionamento” (WHO, 2001).

A esquizofrenia é uma doença heterogénea com muitas variáveis possíveis, influenciando a psicopatologia e a incapacidade (Galuppi *et al*, 2010). Existe uma forte relação entre os sintomas negativos da esquizofrenia e a incapacidade social (Wiersma *et al*, 2000) e o funcionamento pessoal e social são elementos importantes para determinar a qualidade de vida (Galuppi *et al*, 2010).

3.2. Avaliação da incapacidade

As informações sobre o funcionamento e incapacidade sempre foram consideradas valiosas mas, durante muito tempo, a sua avaliação conheceu dificuldades por falta de definições consistentes e de instrumentos de medida (Üstun *et al*, 2010).

Vários instrumentos de medida foram desenvolvidos, um deles pela própria OMS para a avaliação da incapacidade em pacientes com perturbações mentais internados (WHO, 1988).

Um projecto da OMS (*Project on Assessment and Classification of Human Functioning, Disability and Health* (ICF) desenvolveu uma nova classificação, como um quadro consensual (WHO, 2001). De acordo com o modelo biopsicossocial incorporado no ICF, a incapacidade e o funcionamento são resultados das interacções entre a pessoa e o seu ambiente (Üstun *et al*, 2010).

A avaliação da incapacidade pode prever factores que o diagnóstico isoladamente apenas não pode, como são os casos de necessidades de serviços, nível de cuidados, resultado da doença, duração da hospitalização, recebimento dos benefícios da incapacidade, desempenho laboral e integração social (Üstun *et al*, 2010). Esta avaliação é útil para os cuidados de saúde

e decisões de políticas, em termos de identificação de necessidades, harmonização de tratamentos e intervenções, medidas de resultados e efectividade, estabelecimento de prioridades e alocação de recursos (Üstun *et al*, 2010).

Contudo, porque a ICF não é prática para avaliar e medir a incapacidade, a OMS, através de uma abordagem colaborativa internacional, desenvolveu um novo instrumento, o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), para tratar desta necessidade e proporcionar uma forma padronizada de medir a saúde e a incapacidade em culturas diferentes (Üstun *et al*, 2010).

A esquizofrenia é uma doença muito heterogénea, com muitas variáveis possíveis de influenciar a psicopatologia e a incapacidade (Jobe, 2005).

3.3. Escala de Avaliação de Incapacidade (WHODAS 2.0)

A WHODAS 2-0 é uma escala genérica desenvolvida pela OMS através de uma abordagem colaborativa internacional para avaliar os níveis de incapacidade (WHO, 2010).

O instrumento avalia a funcionalidade através de 96 itens distribuídos em 6 (seis) domínios de actividade: compreensão e comunicação, mobilidade, autocuidado, relacionamento com outras pessoas, actividades de vida e participação na sociedade (WHO, 2010).

Há diferentes formas de WHODAS 2.0 (em relação ao número de itens, forma de administração e o utente para o qual a entrevista é proposta). A OMS recomenda o uso da forma de 36 itens, administrada por um entrevistador.

Os participantes são entrevistados e solicitados a indicarem o seu nível de dificuldade vivido nos 6 (seis) domínios do WHODAS 2.0 (com cinco graus: nenhuma, leve, moderada, grave, extrema/ não consegue). Sempre que houver uma dificuldade questiona-se “durante quantos dias teve essa dificuldade”. A referência é o presumido funcionamento normal ou médio de uma pessoa do mesmo sexo, idade e condição socioeconómica (WHO, 1988). Para cada resposta positiva, o entrevistador, questiona sobre o número de dias, nos últimos trinta dias (e transcreve o resultado numa escala ordinal de pontos: 1) apenas 1 dia; 2) menos de uma semana = 2 a 7 dias; 3) Menos de duas semanas = de 8 a 14 dias; 4) Mais de duas semanas = de 15 a 29 dias; 5) Todos os dias = 30 dias.

O primeiro domínio investiga a compreensão e a comunicação, nomeadamente a dificuldade em concentrar-se para realizar uma tarefa, lembrar-se de coisas importantes que tinha para

fazer, analisar e encontrar soluções para problemas da vida diária, aprender uma nova tarefa, compreender em geral o que as pessoas dizem e manter uma conversa.

Quanto ao segundo domínio, ele avalia a mobilidade, em aspectos como a dificuldade em permanecer de pé em longos períodos, levantar-se quando está sentado, deslocar-se dentro de casa, sair de casa e andar uma distância longa.

O domínio 3 considera o autocuidado, como lavar-se, vestir-se, alimentar-se ou cuidar de si e o quarto avalia o relacionamento com as outras pessoas, como lidar com pessoas que não conhece, manter uma amizade, relacionar-se com pessoas próximas, fazer amigos e ter relações sexuais, enquanto o domínio 5 avalia as actividades de vida tais como o desempenho, a eficácia e rapidez de execução das tarefas domésticas.

O sexto e último domínio avalia a participação na sociedade, nomeadamente, o impacto dos problemas de saúde para o próprio indivíduo e para a sua família, as dificuldades de participação por causa das barreiras ou obstáculos, o tempo gasto com o estado de saúde, os gastos em recursos financeiros, os problemas da família por causa do problema de saúde e a dificuldade de relaxar.

Finalmente, avalia-se até que ponto as dificuldades interferiram com a vida do indivíduo nos trinta últimos dias.

Os estudos sobre as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 mostraram que é um instrumento efectivo e fiável para avaliar a incapacidade, funcionamento individual e níveis de participação e sugerem a sua administração conjunta com escalas que medem a qualidade de vida, como por exemplo o WHOQOL-BREF (Federici *et al*, 2009).

O WHODAS 2.0 provou ser útil na avaliação da saúde e níveis de incapacidade na população em geral e em grupos específicos, como por exemplo, indivíduos com diferentes problemas físicos e mentais (WHO, 2010). O instrumento foi validado em pacientes com doenças crónicas (Garin *et al*, 2010) e testado em pacientes com distúrbios psicóticos (Chopra *et al*, 2004) e com esquizofrenia (Mckibbin *et al*, 2004) com bons resultados. Ele tem boa aplicabilidade transcultural (Üstün *et al*, 2010) e está disponível em várias línguas (WHO, 2010).

O WHODAS 2.0 foi traduzido, adaptado e validado em Portugal (Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2011) e a versão portuguesa revelou uma muito boa consistência interna e concordância entre entrevistadores (Ribeiro, 2010).

No Brasil, o WHODAS 2.0 foi também traduzido, adaptado culturalmente (Chaves *et al*, 1990) e validado com boas propriedades psicométricas (Menezes *et al*, 1993).

4. Qualidade de vida

4.1. Conceito

O interesse e a discussão sobre a qualidade de vida são recentes. O conceito de qualidade de vida interessou primeiro aos cientistas sociais, filósofos e políticos. O controlo dos sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da esperança de vida, assim como a desumanização, trouxeram a preocupação com a qualidade de vida, também para o campo da Medicina e da Saúde (Fleck *et al*, 1999).

A qualidade de vida reveste-se de uma grande complexidade e está associada tanto a factores biológicos, comportamentais, sociodemográficos e culturais (Carr *et al*, 1996). Não há um significado único para a qualidade de vida (Gill & Feinstein, 1994) e ainda não há um consenso na literatura sobre uma definição (Carr *et al*, 1996).

A OMS tentou avaliar e sintetizar estes factores e, nos anos 90, reuniu especialistas num grupo de estudos (WHOQOL Group, 1995) para aumentar o conhecimento científico da área e desenvolver instrumentos de medida da qualidade de vida. Este grupo definiu a qualidade de vida como sendo "a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1995).

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS desenvolveu um conceito de qualidade de vida assente em três aspectos fundamentais: a existência de aspectos objectivos e subjectivos, o constructo multidimensional e a presença de dimensões negativas e positivas (WHOQOL Group, 1995). Tem havido grande aceitação do conceito assim como foi definido pela OMS (Orley *et al*, 1998).

A qualidade de vida tida como resultado é de uma grande importância para desenvolver tratamentos e ajudar os indivíduos com esquizofrenia a levar uma vida mais satisfatória e gratificante (Eack & Newhill, 2007).

Existe uma correlação significativa entre os sintomas e a qualidade de vida e os indivíduos mais sintomáticos apresentam uma pior percepção da qualidade de vida (Galuppi *et al*, 2010). Na esquizofrenia, a qualidade de vida está mais relacionada aos sintomas negativos do que aos positivos (Norman *et al*, 2000).

4.2. Avaliação da qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida é uma questão complexa (Wood-Dauphinee, 1999) mas, apesar das dificuldades, essencialmente decorrentes da falta de consenso sobre a definição (Carr *et al*, 1996), também tem vantagens, como a possibilidade de se ter a perspectiva do paciente (Carr *et al*, 1996) e pode proporcionar informações clínicas e sociais, assim como medidas de incapacidade e bem-estar psicológico (Higginson *et al*, 2001). Assim, a medida da qualidade de vida ganhou uma alta aceitação porque pode proporcionar uma melhor compreensão das necessidades de cuidados (Orley *et al*, 1998).

O interesse crescente pela qualidade de vida levou a um grande esforço sobre a definição e medidas de utilização da qualidade de vida (Rogerson, 1995). Nas últimas décadas tem havido um grande esforço para desenvolver instrumentos de medida da qualidade de vida com propriedades psicométricas aceitáveis e, actualmente, são muitos os instrumentos genéricos e específicos que podem ser utilizados (Fayers *et al*, 2000).

Dentro deste espírito, diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida, o Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS desenvolveu um questionário baseado nos pressupostos de que a qualidade de vida é um construto subjectivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas (WHOQOL Group, 1995).

O Questionário da Avaliação da Qualidade Vida da OMS (WHOQOL) desenvolvido pelo Grupo é um instrumento genérico multidimensional para a avaliação subjectiva da qualidade de vida, desenhado para um amplo espectro de perturbações físicas e psicológicas (WHOQOL Group, 1995).

O WHOQOL original tem 100 itens organizados em 24 facetas, distribuídos em 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/crenças pessoais) e uma faceta medindo a qualidade de vida global e a saúde geral (WHOQOL Group, 1995). A partir do instrumento original, foi desenvolvido uma versão abreviada, o WHOQOL – BREF (WHOQOL Group, 1995).

4.3. Questionário Abreviado da Avaliação da Qualidade Vida da OMS (WHOQOL-BREF)

O WHOQOL - BREF é uma versão abreviada do WHOQOL 100 com 26 itens e deriva do original (WHOQOL Group, 1995). Esta versão consta de duas questões gerais e 24 facetas

distribuídas em quatro domínios: o físico, o psicológico, as relações sociais e meio ambiente (WHOQOL Group, 1995).

Para cada questão, há cinco graus de intensidade, como uma escala de tipo intervalar com cinco pontos que vai do péssimo ao excelente (WHOQOL Group, 1995). Este instrumento pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador ou administrado pelo entrevistador (WHOQOL Group, 1995). Ele foi testado numa população psiquiátrica adulta e revelou uma boa validade de conteúdo e confiabilidade (Trompenaars *et al*, 2005), sendo, portanto, um instrumento adequado para aquela população.

Tomando como referência as duas últimas semanas, os pacientes são questionados sobre a avaliação que fazem da sua qualidade de vida e a satisfação sentida com a saúde. Igualmente, e em itens separados, são questionados sobre alguns aspectos mais específicos que estão relacionados com o físico, o psicológico, as relações sociais e meio ambiente.

Os pacientes são questionados acerca do quanto têm sentido dor física que os impediu fazer o que precisavam, da necessidade de cuidados médicos para fazer a vida diária, do gosto da vida (aproveitamento da vida), do sentido da vida, da capacidade de concentração, do sentimento de segurança e da salubridade do ambiente físico.

Do mesmo modo, os pacientes são inquiridos acerca da energia (suficiente) para o seu dia-a-dia, da aceitação da aparência física, do dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, do acesso às informações necessárias para organizar a vida, das oportunidades de lazer e da capacidade de movimentar-se.

Nos itens seguintes, os indivíduos são questionados acerca da satisfação em relação a vários aspectos da sua vida como o sono, desempenho das actividades do dia-a-dia e capacidade de trabalho e, também, satisfação consigo próprio, com as relações pessoais, a vida sexual, o apoio dos amigos, as condições do lugar onde vive, o acesso aos serviços de saúde e os meios de transporte.

Finalmente, o paciente é inquirido sobre a frequência de sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão. Nesta, também, os pacientes devem responder numa escala de Likert com cinco pontos, que vai do nunca a sempre.

No nosso caso, a entrevistadora leu as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinalou a resposta no questionário (WHOQOL Group, 1995).

As respostas, em geral, estão dispostas em sentido positivo, com as pontuações mais altas a representar melhor qualidade de vida. Nos casos em que as respostas não estão dispostas em sentido positivo, as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida, devendo as respostas ser recodificadas para que as pontuações altas possam reflectir melhor qualidade de vida.

O resultado de cada um domínio é calculado pela média dos resultados das perguntas de cada domínio e para que os resultados possam ser comparáveis com os usados no WHOQOL-100, a média dos resultados é multiplicada por 100 (WHOQOL Group, 1995). Uma pontuação mais elevada indica uma boa qualidade de vida, excepto para as facetas dor e desconforto, sentimentos negativos e dependência, medicação ou tratamento que são projectados de forma inversa (WHOQOL Group, 1995).

O WHOQOL-100 está traduzido em várias línguas, tem boas propriedades psicométricas gerais (WHOQOL Group, 1998) e revelou ser um instrumento adequado para medir a qualidade de vida numa população psiquiátrica adulta (Masthoff et al, 2005).

Em Portugal, o WHOQOL-100 foi traduzido e adaptado culturalmente segundo os padrões recomendados (Canavarro *et al*, 2006). Foi testado com bons resultados (Vaz-Serra *et al*, 2006, Canavarro *et al*, 2008) e mostrou-se também confiável para o estudo de indivíduos com esquizofrenia (Kovess-Masféty *et al*, 2006). A versão portuguesa do WHOQOL-BREF também foi testada com bons resultados psicométricos (Vaz-Serra *et al*, 2006).

A versão do WHOQOL no Brasil também foi realizada segundo a metodologia preconizada para a tradução e os procedimentos adequados de adaptação cultural (Fleck *et al*, 1999). Os testes de campo realizados, sobretudo para os domínios da espiritualidade, religião e crenças pessoais, revelaram que as características psicométricas satisfazem os critérios exigidos (Panzini *et al*, 2011).

5. Satisfação com os Serviços

5.1. Conceito

O conceito de satisfação é muito complexo e relacionado com vários factores, tais como o estilo de vida, as experiências anteriores, as expectativas de futuro e valores do indivíduo e da sociedade (Ruggeri *et al*, 1994). Existem muitas definições de satisfação, sem que haja um consenso sobre qual delas é a mais adequada ou reflecte melhor o sentido estabelecido do conceito (Santos, 2009). Apesar disso, nas últimas décadas tem havido uma ênfase crescente à

avaliação dos resultados de tratamento e satisfação do paciente com os cuidados de saúde e na pesquisa dos serviços de saúde mental (Xavier, 1999).

Há críticas sobre a possibilidade de a satisfação do cliente poder ser aceite como um indicador de qualidade mas as pesquisas sugerem que os pacientes dos serviços de saúde mental podem, efectivamente, distinguir entre serviços que são de qualidade diferentes (Lebour, 1983; Sheppard, 1993) e os estudos transversais são os únicos meios de os pacientes expressarem preocupações sobre o serviço recebido e o seu ponto de vista sobre novos serviços que são necessários.

Actualmente, os aspectos subjectivos e a perspectiva do doente têm sido bastante valorizados e são uma componente essencial da avaliação dos serviços de saúde mental, que pode ser considerada uma medida de resultado ou um factor no processo de cuidados que influenciam outros resultados (Ruggeri *et al*, 1993).

Deste modo, a perspectiva do utente permite “monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, sinalizar problemas e posterior rectificação, identificar expectativas em relação aos cuidados prestados e, por último, reorganizar os serviços” (Santos, 2009). Esta inclusão do paciente na avaliação tem sido bem considerada por ser um bom indicador de qualidade do serviço e também por estar relacionada com a adequação do uso de um determinado serviço (Trad *et al*, 2002).

5.2. Avaliação da satisfação com os serviços

A satisfação dos utentes com os serviços tem sido considerada como um importante indicador da qualidade de cuidados (van Campen *et al*, 1995) e uma medida de resultado quando se avalia a qualidade dos serviços de saúde mental (Blenkiron & Hammil, 2003). Contudo, tem havido uma falta de uma definição universalmente aceite e enquanto alguns investigadores enfatizam a satisfação do paciente com a qualidade dos cuidados, outros enfatizam a satisfação do indivíduo com o sistema de saúde (Bleich *et al*, 2009).

Numa revisão da literatura sobre a qualidade de cuidados na perspectiva do paciente, van Campen *et al* (1995) consideraram que o conceito tem sido frequentemente operacionalizado como satisfação do paciente. Deste modo, ela tem sido um assunto amplamente investigado na pesquisa da qualidade de saúde e poucos foram os instrumentos de medida desenvolvidos (van Campen *et al*, 1995).

A satisfação com os cuidados de saúde depende mais de factores externos do que da experiência dos pacientes com os cuidados (Bleich *et al*, 2009) e os achados mais consistentes

são que a satisfação com os serviços está associada à qualidade de vida subjectiva (Ruggeri *et al*, 2003).

A insatisfação com os serviços prestados está associada com uma saúde mental e física diminuídas, a severidade de problemas de comportamento, o grau de funcionamento psicossocial e a duração da doença (Ruggeri *et al*, 1994).

Há muitos instrumentos de medida da satisfação com os serviços mas os métodos de desenvolvimento foram heterogéneos, a confiabilidade e validade não foram testadas sistematicamente e outros instrumentos estão limitados a alguns itens amplos com somente uma ou duas dimensões dos cuidados de saúde mental (Kessing *et al*, 2006).

A satisfação com os serviços tem sido vista como um constructo multidimensional e como tal tem sido medida nas suas várias facetas (Ruggeri, 1994). A Escala de Verona para a Avaliação da Satisfação com os Serviços (VSSS) foi desenvolvida expressamente para os serviços de saúde mental (Ruggeri *et al*, 1993).

5.3. Escala de Verona para a Avaliação da Satisfação com os Serviços de Psiquiatria (VSSS)

A escala VSSS é um instrumento auto-administrado e foi desenhado especificamente para serviços de saúde mental (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993). O instrumento é constituído por 54 itens e sete domínios, nomeadamente satisfação global (3 itens), competências e comportamento dos profissionais (16 itens), informação (3 itens), acesso (2 itens), eficácia (8 itens), tipos de intervenção (17 itens) e envolvimento dos familiares (5 itens). (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993).

Na aplicação da escala é pedido aos sujeitos que expressem a sua impressão geral tendo em conta a experiência que tiveram na utilização dos serviços durante o período de um ano (Ruggeri *et al*, 1993). O modelo de resposta, à excepção dos itens que constituem a dimensão tipos de intervenção, é uma escala de Lickert de 5 pontos (1= Péssima; 2= Predominantemente insatisfatória; 3= Razoável; 4= Predominantemente satisfatória; 5= Óptima) (Ruggeri *et al*, 1993). A direccionalidade da escala é alternada para evitar respostas estereotipadas e no item tipos de intervenção o estilo de resposta altera-se ligeiramente, sendo que, inicialmente, é perguntado ao paciente se recebeu a intervenção (Ruggeri *et al*, 1993).

Os pacientes são solicitados a expressarem a sua impressão global sobre a eficácia do serviço em ajudar a conhecer melhor e enfrentar os problemas, prevenir a doença, melhorar a relação

com a família e amigos, cuidar de si, melhorar a capacidade de trabalho ou ainda a resposta do serviço em situações de urgência.

Eles são igualmente indagados sobre o comportamento do pessoal auxiliar e dos profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais) e da sua disponibilidade para escutar e compreender os problemas do paciente e dos familiares, colaborar entre si e com outros médicos. Devem também opinar sobre a competência e profissionalismo dos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

Os pacientes também devem dar a sua opinião acerca do respeito pelos seus direitos, nomeadamente, o direito à informação sobre os serviços e cuidados oferecidos, programas e tratamentos prestados e os cuidados recebidos, explicação acerca dos métodos de tratamento e técnicas utilizadas e sobre a ajuda recebida para diminuir os efeitos secundários e indesejáveis dos medicamentos, do respeito do direito à informação, extensivo aos familiares, sobre o diagnóstico, evolução possível, clareza das indicações sobre o que fazer entre uma consulta e outra, do respeito pelas marcações e pontualidade dos técnicos e respeito da confidencialidade e segredo profissional.

Outras questões atinentes à satisfação do paciente são também inquiridas: sua experiência com as instalações, nomeadamente, o aspecto, a disposição e a funcionalidade, as despesas do tratamento, os conselhos aos familiares, o conhecimento por parte dos enfermeiros acerca dos seus problemas actuais e passados.

Reportando-se sempre ao último ano, os doentes são ainda questionados sobre a quantidade de ajuda que têm recebido, a prescrição de medicamentos, a ajuda dos técnicos para adquirir e melhorar algumas capacidades úteis para a sua vida social e de trabalho, a participação em actividades recreativas organizadas pelo Serviço, o alojamento em residência protegida, a integração em trabalho protegido, as sessões individuais e com os seus familiares e de psicoterapia de grupo,

Outras questões investigadas são a questão do internamento obrigatório e internamento voluntário, a ajuda no domicílio, ajuda para a obtenção de subsídio, para encontrar trabalho ou integrar actividades recreativas fora do serviço. Em caso de resposta negativa, pergunta-se ao paciente se gostaria de receber o serviço.

O questionário termina com o pedido de comentários do paciente sobre os aspectos que mais agradaram e os que menos agradaram no contacto com o Serviço.

A escala foi traduzida para várias línguas europeias, adaptada aos respectivos contextos culturais e utilizada no âmbito do estudo EPSILON (Ruggeri *et al*, 2000) e revelou ser um instrumento de confiança para medir a satisfação com os serviços de saúde mental (Ruggeri *et al*, EPSILON STUDY Group, 2003). O *cut-off* recomendado para as diferentes subescalas para insatisfação é inferior a 3.5 (Ruggeri *et al*, 2003).

Em Portugal, a escala VSSS foi traduzida, adaptada culturalmente (Xavier, 1999) e testada numa população de toxicodependentes tendo demonstrado boas propriedades psicométricas (Santos, 2008).

Pesquisas posteriores produziram versões encurtadas como o VSSS – 32 que também revelou boas propriedades psicométricas (Ruggeri *et al*, 2009). Tem havido traduções, adaptações culturais e validação em vários países do mundo, incluindo Portugal (Xavier, 1999).

III. BREVE CARACTERIZAÇÃO DE CABO VERDE

1. Contexto geral

Cabo Verde é um pequeno país insular com um pouco mais de 4000 quilómetros quadrados, situado no Oceano Atlântico, ao largo da costa ocidental africana. Durante mais de cinco séculos foi uma colónia portuguesa e chegou à Independência em 1975, depois de um processo negocial com o Governo português saído da Revolução do 25 de Abril de 1974.

Nos quinze primeiros anos, Cabo Verde foi dirigido por um partido único, que tinha negociado a Independência. Desde a abertura política de 1990, vigora um regime democrático constitucional, com eleições regulares, tendo já havido duas alternâncias políticas.

A população está estimada em 491.875 pessoas (INE, 2010) distribuídas pelas 9 ilhas habitadas. Cerca de metade reside na Ilha de Santiago e mais de um quarto na Cidade da Praia, capital política e administrativa do país (INE, 2010). O *sex ratio* homens / mulheres é 98,0 (INE, 2010) e o índice de fecundidade, muito elevado no passado, tem apresentado uma tendência decrescente, tendo o número médio de crianças por mulher passado de 5,6 em 1990 para 2,9, actualmente (IDSR-II, 2005). A esperança de vida ao nascer tem aumentado e atinge 74,2 anos, sendo 77 para as mulheres e 69 para os homens (INE, 2011). Cerca de 54% da população tem menos de 25 anos e 7,6% mais de 65 anos (INE, 2011). A tendência é para a urbanização crescente e, actualmente, 61.74% da população cabo-verdiana vive em meio urbano (INE, 2010).

Durante séculos, Cabo Verde foi um país de emigração mas, hoje, é também um país de imigração. Segundo os dados provisórios do último Recenseamento Geral da População e Habitação, o país conta com 14.373 estrangeiros residentes (INE, 2010), equivalentes a 2,9% da população. A maioria dos imigrantes é oriunda de países vizinhos da África Ocidental (61,1%), essencialmente da Guiné-Bissau, seguida do Senegal, Nigéria e República da Guiné, mas há uma presença significativa de europeus, maioritariamente portugueses e de chineses (INE, 2010).

A língua oficial é o português, mas a maioria da população fala o crioulo cabo-verdiano que é a língua de comunicação do país. A taxa de alfabetização é de 87,0% para os homens e 78,5% para as mulheres (INE, 2010).

A economia nacional baseia-se em grande medida no sector dos serviços e tem conhecido um crescimento constante (Ministério das Finanças, 2008). O produto nacional bruto *per capita* é 3402 dólares americanos e o índice actual de desenvolvimento humano de 0,568 (PNUD,

2011). Desde 2008 o país deixou o grupo dos Países Menos Avançados (PMA) para integrar a categoria de País de Rendimento Médio (PRM) baixo do Banco Mundial (PNUD, 2007). O desemprego atinge os 12,2 % da população e na faixa etária 18 a 34 anos atinge os 20,9% (homens: 18,4 % e mulheres: 24,0%). A taxa de inactividade geral é também elevada e atinge os 40,9% (homens: 33,6% e mulheres: 47,4%) e na faixa etária 18 a 34 anos ela situa-se nos 34,0% (homens: 26,7% e mulheres: 41,2%) com maior incidência na população urbana (INE, 2012). Mais de um quarto da população (26,6%) vive abaixo do limiar da pobreza (INE, 2011).

2. Sistema de Saúde e Cuidados de Saúde Mental

Ao longo dos anos, a situação da saúde conheceu uma evolução positiva em vários domínios, havendo uma melhoria dos principais indicadores (Ministério da Saúde, 2010). A mortalidade infantil situa-se, actualmente, em 20,1 por cada mil nados-vivos (Ministério da Saúde, 2009). À excepção da infecção pelo VIH/SIDA, cuja última prevalência calculada é 0.8% (IDSR, 2005), as doenças transmissíveis têm diminuído mas tem havido um aumento das doenças não transmissíveis (IDNT, 2008) a ponto de se falar em transição epidemiológica em Cabo Verde.

As doenças cardiovasculares, a diabetes e as neoplasias são cada vez mais frequentes, com consequente aumento dos óbitos por estas causas (Ministério da Saúde, 2010). Apesar de Cabo Verde ser considerado um país de baixa prevalência de VIH/SIDA (Ministério da Saúde, 2010), ela não deixa de ser preocupante, pelo sofrimento que causa aos indivíduos e famílias mas também pelos custos económicos e sociais que acarreta (Ministério da Saúde, 2011). A incidência dos casos de infecção VIH tem vindo a aumentar (Ministério da Saúde, 2010). A taxa de detecção, de 6,2 por cem mil habitantes, em 1995, passou para 17 por cem mil em 2000 e atinge 62,7 por cem mil, em 2009 (Ministério da Saúde, 2010).

O Estado, através do Orçamento Geral, tem atribuído cerca de 9% ao sector da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) mas não há dados disponíveis sobre o financiamento da saúde mental (Ministério da Saúde, 2010).

A protecção social está regulada pela Lei de Bases da Protecção Social que define os princípios e estabelece dois regimes: o regime geral e o regime não contributivo (Lei n.º 131/V/2001, publicada no B.O. n.º 2, de 22 de Janeiro de 2001, I Série).

O regime geral, por intermédio do INPS, garante protecção social aos trabalhadores por conta de outrem e, desde 2005, aos funcionários públicos, anteriormente garantida pelas finanças públicas, através do Orçamento do Estado. Este regime também garante protecção social aos

descendentes até 18 anos, ou sem limite de idade, em caso de doença ou deficiência devidamente comprovada e que não permita o desempenho de qualquer actividade profissional.

O regime não contributivo, através do Centro Nacional de Pensão Social, garante protecção social, com a atribuição de um subsídio pecuniário e assistência médica e medicamentosa, aos idosos, deficientes e doentes em situação de carência, que não estejam em condições de exercer uma actividade remunerada e não tenham cobertura da previdência social.

A Política Nacional de Saúde (2006) faz referência a alguns aspectos da saúde mental. Um Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental (2009) foi elaborado e validado mas ainda não foi orçamentado nem implementado.

Cabo Verde conta com 2 Hospitais Centrais, teoricamente, para cuidados diferenciados de nível terciário, 4 Hospitais Regionais para cuidados de nível secundário e uma rede de estruturas vocacionadas para os Cuidados de Saúde Primários, com 26 Centros de Saúde, 5 Centros de Saúde Reprodutiva, 34 Postos Sanitários e 112 Unidades Sanitárias de Base, estas últimas nas localidades rurais.

O país dispõe de uma lista de medicamentos essenciais, na qual figuram os principais psicofármacos, tais como antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor e ansiolíticos, todos da primeira geração (Ministério da Saúde, 2003). Recentemente, foram incluídos alguns antipsicóticos atípicos e antidepressivos da nova geração, que só podem ser adquiridos nas farmácias privadas mas beneficiam da comparticipação da previdência social.

Há uma estrutura nacional pública responsável pela importação e distribuição de medicamentos (Ministério da Saúde, 2003). O sistema público distribui a medicação praticamente sem custos para os utentes. Nos Serviços centrais a ruptura de *stock* de medicamentos é frequente e nos cuidados primários praticamente não estão disponíveis. Os antipsicóticos de acção prolongada estão disponíveis e são gratuitos nos dois serviços centrais.

2.1. Histórico dos Cuidados de Saúde Mental em Cabo Verde

Historicamente os Cuidados de Saúde Mental em Cabo Verde resumiam-se, até à Independência Nacional, a uma assistência de tipo asilar, sem qualquer enquadramento de pessoal qualificado (Gomes, 2008). Com o advento da Independência, em 1975 e o regresso ao país de um psiquiatra nacional, deu-se início, na única Enfermaria de Psiquiatria então existente, a um tipo diferente de assistência com características algo parecidas com as

chamadas Comunidades Terapêuticas, ao mesmo tempo que se tentava estender os tentáculos desse atendimento a outras estruturas de Saúde, particularmente as mais próximas (Faustino, 2010).

Sem nunca ter sido priorizada como problema de Saúde Pública, durante mais de 10 (dez) anos, com a ajuda da cooperação internacional e de um número significativo de médicos e outros profissionais de Saúde então formados, tentou-se, não sem algum êxito, descentralizar e integrar a Saúde Mental na rede básica de Saúde que se vinha construindo.

É assim que, nos anos 80, foi proposto um Programa Nacional de Saúde Mental, que veio a dar algum alento ao sector, tendo-se inclusive, apesar da imensa falta de recursos humanos, materiais e financeiros, conseguido um atendimento relativamente descentralizado, um seguimento regular dos doentes mentais pelo clínico geral, por vezes pelo enfermeiro, com supervisão de especialistas, através de deslocações periódicas e programadas, garantindo desta forma o esclarecimento diagnóstico dos casos novos e/ou difíceis, a conduta a adoptar, a formação e reciclagem dos profissionais da periferia e a avaliação da situação a nível local.

Deve-se destacar que actividades promocionais e preventivas, embora tímidas, assim como tentativas de envolvimento da comunidade, foram feitas, sobretudo durante as deslocações dos profissionais de Saúde Mental (psiquiatras, psicólogos e enfermeiros com algum treinamento) às Ilhas e Concelhos - o que deixava augurar um futuro diferente.

Contudo, o processo de elaboração e validação do Plano Estratégico de Saúde Mental (2009), que aguarda a implementação, demonstra claramente qual é a situação actual dos cuidados de saúde mental em Cabo Verde.

2.2. Cuidados de Saúde Mental nos Cuidados Primários

Cabo Verde tem uma rede de cuidados primários relativamente bem descentralizada. Em todos os Concelhos do país há um ou mais Centros de Saúde e Postos Sanitários com presença de pelo menos um médico e de enfermeiros gerais. Estas estruturas, que constituem as chamadas Delegacias de Saúde, devem garantir o atendimento das populações de uma determinada área geográfica mais ou menos bem definida.

Os cuidados primários, regra geral, têm infraestruturas aceitáveis para o estágio de desenvolvimento do país mas têm carências várias que interferem com o trabalho dos profissionais.

Nos Centros de Saúde das Delegacias de Saúde, os médicos devem atender todos os pacientes, incluindo os com problemas de saúde mental, mas têm ainda uma acção muito deficiente em matéria de prestação de cuidados de saúde mental. A falta de capacitação é evidente e verifica-se uma inexistência de programas de capacitação e de supervisão em matéria de saúde mental. Num passado não muito distante, houve algumas acções de capacitação de clínicos gerais e enfermeiros, embora sem continuidade nem supervisão por alegada falta de verbas. Há, igualmente, um certo desinteresse da parte dos profissionais dos cuidados primários em ocupar-se da saúde mental.

Entretanto, quando é detectado um problema de saúde mental, os pacientes geralmente são encaminhados para a consulta de Psiquiatria, para avaliação e tratamento. Muitas vezes, esses doentes continuam a ser acompanhados nos Serviços de Psiquiatria, por falta de capacidade de assegurar o seguimento e a continuidade do tratamento nos Centros de Saúde.

Tudo isso faz com que os cuidados de saúde mental sejam prestados quase de forma centralizada e por profissionais dos Serviços de Psiquiatria ou acabem por não ser prestados, o que faz com que o défice de tratamento seja grande.

Este estado de coisas não tem facilitado muito a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados. A referência e contra-referência são precárias e as directrizes nesta matéria são quase inexistentes.

2.3. Cuidados de saúde mental nos Hospitais Regionais

Os Hospitais Regionais são estruturas de saúde vocacionadas para os cuidados secundários nas ilhas onde não há Hospitais Centrais, ou em parte de ilha, como é o caso do Hospital Regional Santiago Norte, na ilha de Santiago. O Hospital Regional da Ribeira Grande, na Ilha de Santo Antão, quase por iniciativa local, abriu uma pequena unidade de Saúde Mental. Os três outros Hospitais Regionais - Sal, Santiago Norte e São Filipe – assim como os Centros de Saúde nas ilhas onde não há hospitais, não têm nenhum Serviço organizado de Psiquiatria nem espaço de internamento para doentes mentais. Em caso de necessidade, esses doentes ficam em observação até o encaminhamento para os Hospitais Centrais.

2.4. Hospitais Centrais

A Lei-Quadro dos Hospitais Centrais, de 2005 (Decreto-Lei nº 83/2005 de 19 de Dezembro), estatui que “os hospitais centrais dispõem de serviços indispensáveis à afectação das suas atribuições, sendo a respectiva organização e funcionamento fixados nos estatutos ou em

regulamento interno” e prevê também que desempenhem as suas atribuições em estreita “articulação com os hospitais regionais e com as delegacias de saúde”.

Os Hospitais Centrais têm como principais atribuições prestar cuidados especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consulta externa e internamento, funcionar como centro de referência para as prestações de cuidados diferenciados e participar nas acções de medicina preventiva e de educação para a saúde (Lei-Quadro dos Hospitais, 2005).

O país dispõe de 02 (dois) Hospitais Centrais, sediados nas duas principais cidades de Cabo Verde (Praia e Mindelo) e funcionam como centros de referência para as ilhas do sul e do norte, respectivamente. Cada Hospital Central, para além de outros Serviços, tem um Serviço de Psiquiatria, com capacidade de internamento, sendo de 12 leitos no Hospital Baptista de Sousa (Mindelo) e de 40 no Hospital Agostinho Neto (Praia).

2.5. Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do HAN

O Serviço de Psiquiatria é um departamento do HAN que, pelas suas especificidades e pela distância das instalações centrais, goza de algumas facilidades mas também de algumas desvantagens decorrentes do relativo isolamento.

As instalações da Extensão Trindade do HAN, onde funciona o Serviço de Psiquiatria, ocupam uma vasta área cercada e são constituídas de três blocos interligados. No bloco principal funcionam o ambulatório, a administração e um projecto de Centro de Saúde que se pretende complementar ao Serviço de Psiquiatria e parcialmente ligado à Delegacia de Saúde da Praia. Este Centro está destinado à prestação dos Cuidados Primários de Saúde das populações da zona rural e dos bairros mais próximos e constitui uma das portas de entrada para o Serviço de Psiquiatria, pelo facto de a Extensão ser geralmente considerada como um estabelecimento essencialmente psiquiátrico. O bloco central está subdividido em duas secções: a unidade de internamento com duas alas destinadas ao internamento de homens e de mulheres e os serviços de apoio (cozinha, copa, lavandaria e sala de lazer). O bloco interior é composto de um pátio coberto, ladeado de 4 oficinas de terapia ocupacional, como artesanato, desenho e pintura. As instalações possuem uma central eléctrica de emergência e uma incineradora de lixo que praticamente nunca funcionou. À volta dos blocos, existe uma placa desportiva e uma vasta área pouco arborizada, com uma pequena parcela destinada à prática de jardinagem e horticultura de irrigação.

Até 2003, quando foi transferido para a Extensão Trindade, o Serviço de Psiquiatria funcionou nas instalações centrais do Hospital Agostinho Neto. A estrutura actual, distante de

cerca de 8 quilómetros, foi construída nos anos 80 para ser um Centro Comunitário de Saúde Mental (Gomes, 2008) mas só entrou em funcionamento quase 15 anos depois.

A transferência do Serviço de Psiquiatria para a Trindade, esteve assente numa proposta de instalação e desenvolvimento de um Serviço enquadrado na expansão programada e planificada e decorreu de um longo processo de discussão e de negociação e foi acordada em moldes que foram claramente estabelecidos e sancionados (Faustino, 2008).

Os primeiros anos foram de grandes dificuldades, algumas inerentes à própria instalação de um Serviço que se queria diferente mas muitas outras decorrentes do abandono progressivo de projectos anteriormente aceites e que viabilizariam o Serviço e a Extensão. Assim, nove anos depois o Serviço constata o abandono progressivo dos pressupostos que estiveram na origem da transferência e uma certa indefinição da Extensão Trindade, como espaço de expansão do HAN e discute-se, ainda, o seu lugar no seio do HAN e no Sistema Nacional de Saúde (Faustino, 2010).

O Serviço tem um corpo clínico composto por três psiquiatras, cinco psicólogos, nove enfermeiros sem especialização, uma assistente social, uma psicomotricista e uma terapeuta da fala e está basicamente vocacionado para o diagnóstico e tratamento das doenças mentais e do comportamento e de alguma forma para a reabilitação social.

2.5.1. Serviços disponibilizados

O Serviço de Psiquiatria, situado na Extensão Trindade tem uma unidade de internamento com 40 leitos, um ambulatório de Psiquiatria e de Psicologia Clínica e, semanalmente, uma consulta nas instalações centrais.

O atendimento das urgências psiquiátricas é feito geralmente no Banco de Urgências para Adultos do Hospital, havendo uma escala de psiquiatras que, após triagem médica, são chamados sempre que haja situações psiquiátricas. Nos casos considerados não urgentes, os doentes são encaminhados para a consulta de Psiquiatria, nas instalações da Extensão.

O Serviço também responde pelas interconsultas psiquiátricas do Hospital. Os outros Serviços, em caso de necessidade, solicitam a intervenção da Psiquiatria mas, refira-se que este sector está em franco declínio desde a transferência para as actuais instalações.

2.5.2. Serviços prestados a indivíduos com esquizofrenia

O Hospital, através do Serviço de Psiquiatria, disponibiliza assistência gratuita para cuidados de saúde mental, incluindo a esquizofrenia.

2.5.2.1. Internamento

Os doentes são internados exclusivamente pelos psiquiatras através das urgências ou do ambulatório e, algumas vezes, por determinação judicial.

Durante o internamento, a intervenção é essencialmente farmacológica e o foco principal é a redução dos sintomas. As intervenções psicossociais, para além da contribuição para a redução dos sintomas, privilegiam a tomada de consciência da condição, o reforço da adesão ao tratamento, a necessidade de sua continuidade e a prevenção da recaída. Procura-se adequar as intervenções às condições psicopatológicas e sociais específicas de cada doente. Outras intervenções visam a preparação para a alta, geralmente precedida de licenças de ensaio, durante as quais os pacientes ficam a cargo e responsabilidade dos familiares.

A unidade organiza reuniões e actividades em grupo para os doentes internados. Todos os dias úteis os doentes participam, tanto quanto permite a sua condição clínica e psicopatológica, nas reuniões gerais ditas de distribuição de tarefas dirigidas por um profissional. A reunião é aberta a todos os pacientes internados e privilegia acções direccionadas para as condições gerais da unidade, o autocuidado e a programação das actividades em grupo a serem desenvolvidas durante o dia. Essas actividades programadas com a participação dos doentes são supervisionadas por monitores pouco qualificados.

Uma vez por semana e, alternadamente, são organizadas assembleias de doentes e reuniões comunitárias com todos os doentes internados e os profissionais. Na primeira, os pacientes avaliam o funcionamento da unidade de internamento e colocam os seus problemas; a segunda é um espaço de discussão de temas e questões gerais propostos pelos doentes internados e é coordenado por um técnico do Serviço.

2.5.2.2. Ambulatório

O sector do ambulatório inclui as consultas externas de Psiquiatria e de Psicologia que atendem doentes egressos do internamento e pacientes encaminhados das urgências ou outros Serviços do HAN, dos Centros de Saúde e Delegacias da ilha de Santiago, Maio, Fogo e Brava, mas também do Sal e da Boa Vista e, por vezes, de São Nicolau.

Para além do atendimento individual aos doentes, o Serviço também oferece um atendimento grupal dos familiares de doentes internados e do ambulatório, sem distinção da perturbação. O grupo chamado das famílias é dirigido por duas psicólogas, com o apoio da assistente social e nele enfatiza-se a psico-educação, partilha de experiências e até questões do dia-a-dia e de meios de subsistência.

2.5.2.3. Urgências

O atendimento de urgência aos indivíduos com esquizofrenia é garantido pelo médico de serviço no Banco de Urgências de Adultos. Depois da avaliação inicial, o clínico geral pode solicitar a opinião do psiquiatra em regime de chamada que decide sobre a conduta e eventual internamento. Também, nos dias úteis e nas horas normais de expediente, é frequente os familiares ou agentes da Polícia levarem o paciente em crise directamente ao Serviço onde são atendidos pelo psiquiatra.

2.5.3. Alguns constrangimentos

O Serviço tem funcionado durante quase 09 anos e prestado assistência às pessoas que, de outro modo, não teriam outra possibilidade. A localização relativamente isolada e o custo dos transportes constituem barreiras aos cuidados para os pacientes em geral e os indivíduos com esquizofrenia em particular.

Os dados são colectados para as características clínicas e sociodemográficas dos pacientes mas não há estatística disponível sobre os tratamentos (as intervenções) que os pacientes recebem, a duração no tratamento, a frequência com que os pacientes e os familiares beneficiam desses serviços.

A qualidade das intervenções feitas no Serviço nunca foi avaliada e praticamente não tem nenhuma actividade descentralizada ou intervenção na comunidade.

Regista-se uma inexistência de serviços formais de saúde mental na comunidade, tais como serviços de reabilitação como centros de saúde mental com ambulatório, hospital de dia, grupos de apoio, oficinas protegidas e programas de emprego apoiado. Também não há serviços de crise, serviços terapêuticos residenciais supervisionados e serviços de saúde domiciliar que oferecem oportunidades para as pessoas com perturbações mentais graves, nomeadamente esquizofrenia, de forma a poderem continuar a viver na comunidade e promover a integração social.

Foi neste Serviço que descrevemos que nós desenvolvemos a nossa pesquisa sobre a necessidade de cuidados, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços dos indivíduos com esquizofrenia.

IV. OBJECTIVOS E RESULTADOS ESPERADOS

1. Objectivo geral

O nosso estudo teve como objectivo geral avaliar as necessidades, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços, bem como os factores clínicos e sociodemográficos associados, numa amostra de 122 indivíduos com esquizofrenia seguidos no Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto, na Cidade da Praia, Cabo Verde.

2. Objectivos específicos

1. Medir as necessidades clínicas e sociais, atendidas ou não atendidas, a satisfação com os serviços, a incapacidade e a qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia utentes do Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto.
2. Relacionar o grau de atendimento (ou não) dessas necessidades, o nível de incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços desses pacientes com as suas características sociodemográficas.
3. Identificar informações pertinentes para subsidiar a adequação e melhoria dos cuidados e o desenvolvimento de programas de atendimento aos indivíduos com esquizofrenia.
4. Fornecer elementos para uma melhor planificação dos serviços destinados aos indivíduos com esquizofrenia que estão em contacto com o Serviço de Psiquiatria.

Espera-se que os resultados do estudo permitam conhecer o atendimento das necessidades, o nível da incapacidade, a qualidade de vida, o grau de satisfação com os serviços e os factores sociodemográficos associados dos indivíduos com esquizofrenia seguidos no Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto e também relacionar essas variáveis (necessidades não atendidas, incapacidade, qualidade de vida e satisfação com os serviços) com as características sociodemográficas.

Tal conhecimento poderia fornecer dados para a planificação e prestação de cuidados que respondam às necessidades dos indivíduos com esquizofrenia e trazer contribuições importantes não só para os cuidados aos indivíduos com esta doença mas também para a tomada de decisões respeitantes aos cuidados de saúde mental em Cabo Verde.

V. METODOLOGIA

1. Hipótese

Para o nosso estudo, colocámos a hipótese de que os indivíduos com esquizofrenia e em contacto com o Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto têm várias necessidades que não são atendidas, que se acompanham de uma incapacidade importante e influenciam negativamente a sua qualidade de vida e satisfação com o serviço.

Esperamos que o conhecimento dessas necessidades, incapacidade, satisfação com os serviços e qualidade de vida possa ajudar na planificação das intervenções e dos cuidados a ser dispensados de forma a atender às necessidades, reduzir a incapacidade, aumentar o grau de satisfação e a melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

2. Amostragem e plano de recrutamento

2.1. Amostra

A amostra do estudo consistiu em 122 pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia, com idade compreendida entre os 18 e 65 anos, identificados através dos registos do Serviço, em condições clínicas estáveis nos trinta dias anteriores à colecta de dados (entrevista) e que tiveram novo contacto com o Serviço no período de 1 de Fevereiro a 10 de Maio 2012.

A maioria dos doentes foi entrevistada no ambulatório da Extensão, situada a norte da Cidade da Praia, numa zona muito pouco povoada e outros foram entrevistados na consulta semanal que o Serviço mantém nas estruturas centrais do Hospital. Os membros da equipa foram entrevistados nas instalações do Serviço, na Trindade.

As informações sobre o estudo foram dadas a todos os indivíduos elegíveis e foi-lhes pedido seu consentimento informado por escrito.

2.2. Critérios de inclusão

Para o nosso estudo eram elegíveis todos os indivíduos internados ou acompanhados no ambulatório e diagnosticados com esquizofrenia (F-20) pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – Secção de Doenças Mentais e Comportamentais – Critérios de Diagnóstico para Investigação; OMS, 1993), com idade compreendida entre os 18 e 65 anos, identificados através dos registos do Serviço e que tiveram novo contacto com o Serviço no período do estudo. Após a identificação, foi feita uma triagem dos indivíduos conduzida por

um psiquiatra do Serviço através de uma avaliação clínica. Confirmado o diagnóstico de esquizofrenia o paciente foi incluído no estudo.

2.3. Critérios de exclusão

Os indivíduos que não preencheram os critérios de inclusão foram excluídos, assim como os que estavam a cumprir penas de prisão ou tinham, concomitantemente, um atraso mental, demência primária, perturbações orgânicas graves e, ainda, os que estavam internados há mais de um ano. Também foram excluídos 02 (dois) pacientes que não deram o seu consentimento e outro por ter ultrapassado a idade da amostra.

3. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de tipo transversal, realizado numa população de indivíduos com esquizofrenia, acompanhados no Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto, na Cidade da Praia, Cabo Verde.

4. Instrumentos seleccionados

Os instrumentos que foram utilizados avaliam várias dimensões do processo de cuidados como a necessidade de cuidados, a satisfação com os serviços e a qualidade de vida (Thornicroft et al, 2002), tendo sido seleccionados o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R2.0), a Escala de Verona para a Avaliação da Satisfação com os Serviços (VSSS) e o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF). Para a determinação do grau de incapacidade foi utilizada a Escala de Avaliação de Incapacidade Psiquiátrica da OMS (WHODAS 2.0).

A permissão para o uso da versão portuguesa das escalas foi solicitada e dada pelos tradutores para o português da CAN R2.0, WHODAS-II e da VSSS.

5. Ficha de dados sociodemográficos e de serviço

Para a recolha de dados sociodemográficos e dados relativos ao serviço foi elaborada uma ficha, em grande medida a partir dos dados constantes das diferentes escalas seleccionadas. Ela foi aplicada a todos os participantes que aceitaram participar no estudo.

A primeira parte da ficha refere-se aos dados sociodemográficos propriamente ditos e dela constam o sexo (masculino, feminino), a idade, a escolaridade (nenhuma, sabe ler e/ou escrever, 1 a 4 anos de escolaridade, 5 a 6 anos, 10 a 12 anos, estudos universitários e formação pós-graduada), o estado civil (solteiro/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viúvo/a

e união de facto), a situação profissional (trabalho por conta de outrem, trabalho por conta própria, trabalho não remunerado, estudante, empregado/a doméstico/a, reformado/a, desempregado/a por razões de saúde, desempregado/a por outras razões e outra situação) e a residência (um dos bairros da Cidade da Praia, o interior de Santiago ou outra ilha de Cabo Verde).

Na segunda parte da ficha, procura-se inquirir sobre os indicadores de tratamento e serviços, nomeadamente a existência ou não de internamento anterior, em caso positivo o número de internamentos (um, dois, três ou mais), a duração média do internamento, a duração aproximada da doença e a medicação antipsicótica actual (sim ou não). Esta foi dividida em antipsicóticos clássicos, antipsicóticos atípicos e antipsicóticos de acção prolongada.

6. Procedimentos

6.1. Procedimentos de adaptação cultural dos instrumentos

Um grupo focal constituído de especialistas de saúde mental (três psicólogas, uma das quais com experiência em pesquisa, um psiquiatra, dois enfermeiros gerais e uma assistente social) debruçou-se sobre a adequação da versão portuguesa das escalas (CAN R2.0, VSSS, WHOQOL-Bref e WHODAS-II) ao meio cultural cabo-verdiano e procedeu à verificação das características dos instrumentos.

A busca de um entendimento consensual foi procurada, ainda, através dos comentários de outros profissionais de saúde mental, psicologia e enfermagem que trabalham no Serviço.

6.2. Colecta de dados

O estudo foi feito com recurso ao CAN R2.0, WHODAS, WHOQOL-BREF, VSSS e um questionário de dados sociodemográficos e de serviços.

Os pacientes foram convidados a participar sempre que recorriam ao SPET-HAN para atendimento e havia disponibilidade das entrevistadoras. Para aqueles que não podiam ser entrevistados no próprio dia, marcava-se uma outra data, eventualmente recordada no dia anterior sempre que havia um telefone de contacto. Alguns membros da equipa, outros que as entrevistadoras, também foram solicitados a participar na entrevista sobre as necessidades e responderam ao CAN R2.0.

As entrevistas com os pacientes foram realizadas entre 15 de Fevereiro e 10 de Maio e as com os membros da equipa entre os dias 1 e 10 de Junho de 2012.

Os dados foram colectados por 03 (três) entrevistadoras, psicólogas previamente treinadas na aplicação dos 04 (quatro) instrumentos. A formação teve uma duração de dois dias e baseou-se na leitura e discussão do projecto global e dos instrumentos, em entrevistas conjuntas de pacientes e colecta de dados.

Aos pacientes seleccionados e que aceitaram participar, uma das três entrevistadoras (psicólogas) aplicou a versão portuguesa adaptada à realidade cabo-verdiana da Escala de Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN R2.0), da Escala de Avaliação de Incapacidade Psiquiátrica da OMS (WHODAS-II) e do Instrumento Abreviado da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - BREF). Os pacientes foram solicitados a preencher o questionário auto-administrado da Escala Verona da Satisfação com os Serviços (VSSS) mas em caso de dificuldade foram apoiados pela entrevistadora.

A colecta dos dados sociodemográficos relevantes como a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a idade do início da doença, o número de internamentos anteriores e duração média do internamento, foi feita através do preenchimento de uma ficha com as informações constantes do processo clínico e outras que foram fornecidas pelo próprio indivíduo entrevistado. O nome foi omitido, tendo constado apenas um número de código.

Também foram recolhidos outros dados como o início da doença, os internamentos anteriores, a duração média dos internamentos e o uso actual da medicação.

No final, 09 (nove) membros da equipa de cuidados dos indivíduos participantes foram convidados para participar na avaliação das necessidades desses indivíduos participantes, através da Escala de Camberwell de Avaliação de Necessidades.

6.3. Análise de dados

Os dados foram introduzidos num banco de dados único e foram tratados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS for Windows versão 12.0 (2003)).

Os resultados são fornecidos como médias com desvios padrão. Um profissional de estatística deu assessoria na introdução e no tratamento dos dados estatísticos.

7. Considerações éticas

Os doentes foram informados sobre a natureza, a confidencialidade e os fins do estudo e deram seu consentimento livremente e por escrito (excepto um que não sabe assinar e consentiu verbalmente) e podiam, caso assim o desejassem, abandonar o estudo a qualquer

momento, sem que tivessem que dar nenhuma explicação. A Direcção do Serviço de Psiquiatria aceitou que o estudo fosse realizado no Serviço e o projecto de estudo foi aprovado pelo Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNPS) no dia 27 de Fevereiro de 2012. Todos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsínquia foram observados.

VI. RESULTADOS

1. Características sociodemográficas e indicadores de Serviço

Como mostra a Tabela I, os indivíduos da amostra eram predominantemente do sexo masculino (73,8%) e mais de um terço dos doentes tinham 30 a 39 anos (37,7%), sendo a média da idade 35,2 anos (desvio padrão 10,01).

A escolaridade média era baixa com mais do que a metade (59,8%) com menos de 10 anos (Tabela II). Mais de dois terços dos doentes (72,1%) eram solteiros (Tabela III) e residiam maioritariamente na Cidade da Praia e arredores.

Quanto à situação profissional actual, como mostra a Tabela IV, quase dois terços dos doentes (63,1%) estavam desempregados por razões de saúde ou outras.

A duração da doença também foi muito variável, com uma média de 11,80 (desvio-padrão: 8,12) e a média do início da doença situou-se em 23,43 (desvio-padrão: 5.16).

Como mostra a Tabela V, a maioria dos participantes (76,2%) tinha uma história de internamento anterior e, no momento da colecta de dados, a quase-totalidade dos doentes (97,5%) estava a tomar uma medicação antipsicótica, maioritariamente típicos (Tabela VI).

Tabela I: Distribuição dos participantes por grupos etários e género

	Grupos etários N / %	Género		Total N / %
		Masculino N / %	Feminino N / %	
Total	18 - 24 anos	17 (13,9)	5 (4,9)	22 (18,0)
	25 - 29 anos	13 (10,7)	1 (0,8)	14 (11,4)
	30 - 39 anos	34 (27,9)	12 (9,8)	46 (37,7)
	40 - 65 anos	26 (21,3)	14 (11,5)	40 (32,8)
		90 (73,8)	32 (26,2)	122 (100,0)

Tabela II: Distribuição dos participantes por nível de escolaridade e género

	Homens	Mulheres	Total
	N / %	N / %	N / %
Não sabe ler	3(2,5)	1 (0,8)	4 (3,3)
Sabe ler e/ou escrever	2 (1,6)	0 (0,0)	2 (1,6)
1º - 4º anos	10 (8,2)	9 (7,4)	19 (15,6)
5-6º anos	21 (17,2)	4 (3,3)	25 (20,5)
7-9º anos	17 (13,9)	6 (4,9)	23 (18,9)
10-12º anos	24 (19,7)	7 (5,7)	31 (25,4)
Estudos universitários	12 (9,8)	5 (4,1)	17 (13,9)
Formação pós-graduada	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,8)
Total	90 (73,8)	32 (26,2)	122 (100,0)

Tabela III: Estado civil e género

	Homens	Mulheres	Total
	N / %	N / %	N / %
Solteiro(a)	78 (63,9)	21 (17,2)	99 (81,1)
Casado(a)	4 (3,3)	5 (4,1)	9 (7,4)
Separado(a)	2 (1,6)	3 (2,5)	5 (4,1)
Divorciado(a)	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,8)
União de facto	5 (4,1)	3 (2,5)	8 (6,6)
Total	90	32	122 (100,0)

Note-se que quase todos os indivíduos também estavam medicados com *biperideno* ou *prometazina* para atenuar os efeitos anticolinérgicos dos antipsicóticos e que, no momento da entrevista, alguns pacientes também estavam medicados com antidepressivos (*fluoxetina* ou *sertralina*), ansiolíticos (*diazepam* ou *lorazepam*) ou estabilizadores de humor (*carbamazepina*).

Tabela IV: Situação profissional actual e género

	Homens N/%	Mulheres N/%	Total N/%
Trabalho por conta de outrem	13 (10,7)	2 (1,6)	15 (12,3)
Trabalho por conta própria	5 (4,1)	3 (2,5)	8 (6,6)
Trabalho não remunerado	3 (2,5)	0	3 (2,5)
Estudante	2 (1,6)	2 (1,6)	4 (3,3)
Reformado(a)	7 (5,7)	6 (4,9)	13 (10,7)
Desempregado(a) por razões de saúde)	39 (32,0)	10 (8,2)	49 (40,2)
Desempregado (a) por outras razões	20 (16,4)	8 (6,6)	28 (23,0)
Outra situação	1 (0,8)	1 (0,8)	2 (1,6)
Total	90 (73,8)	32 (26,2)	122 (100,0)

Tabela V: Internamentos anteriores e género

		Género		Total
		Masculino	Feminino	N / %
		N / %	N / %	
Número de internamentos	1 internamento	24 (19.7)	9 (7.3)	33 (27.0)
	2 internamentos	11 (9.0)	5 (4.1)	16 (13.1)
	3 internamentos ou mais	37 (30.3)	7 (5.7)	44 (36.1)
Total		72 (59.0)	21 (17.2)	93 (76.2)

Tabela VI: Tipo de medicação e género

	Homens	Mulheres	Total
	N/%	N/%	N/%
Antipsicóticos típicos	37 (31,1)	17 (14,3)	54 (45,4)
Antipsicóticos atípicos	27 (22,6)	10 (8,4)	37 (31,1)
Antipsicóticos de acção prolongada	25 (21,0)	3 (2,5)	28 (23,5)
Total	89 (74,7)	30 (25,2)	11900,0)

2. Necessidade de cuidados (CAN R2)

As 22 diferentes facetas do instrumento foram agrupadas consoante o tipo de necessidades: necessidades básicas, necessidades de saúde, necessidades de funcionamento, necessidades sociais e necessidades de serviço. Calculámos o número de necessidades não atendidas e o número total de necessidades e ainda o *score* atribuído a cada domínio. As necessidades de cuidados foram pesquisadas tanto na perspectiva do paciente como na perspectiva da equipa.

A ajuda de familiares e amigos, a ajuda dos serviços locais, a ajuda necessária dos serviços locais, a adequação de cuidados e a satisfação com a ajuda recebida, embora constantes no instrumento, não foram analisadas por insuficiência de dados.

2.1. Necessidades de cuidados na perspectiva dos pacientes

Os resultados referentes às necessidades na perspectiva dos pacientes estão dispostos na Tabela VII. O número total de necessidades referidas pelos pacientes variou entre 0 e 14, com uma média de 4,68 (desvio padrão: 2,78).

Como mostra a Tabela VIII, os domínios com mais necessidades, na opinião dos pacientes, foram as necessidades de serviços (29,7%) e de saúde (24,1%). As facetas mais frequentemente referidas foram os sintomas psicóticos (65,1%), a informação sobre a doença e tratamento (61,5%), subsídios e benefícios sociais (50,0%), sofrimento psicológico (41,8%) e actividades diárias (38,6%).

Tabela VII: Necessidades na perspectiva do paciente por género

	Necessidades atendidas			Necessidades não atendidas			Necessidades referidas		
	Género			Género			Género		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
Válidos	90	31	121	90	31	121	90	31	121
ND	0	1	1	0	1	1	0	1	1
Média	2,47	2,03	2,36	2,16	2,87	2,34	4,60	4,90	4,68
Mediana	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	5,00	5,00	5,00
DP	2,12	2,30	2,16	2,00	2,12	2,05	2,81	2,73	2,78
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Máximo	10	12	12	8	7	8	11	14	14
Nº total	222	63	285	194	89	283	414	152	566

A maioria dos entrevistados (90%) referiu ter 1 a 5 necessidades atendidas e 1 a 6 necessidades não atendidas; um grupo de 16 pacientes (13,2%) referiu não ter nenhuma necessidade atendida e 33 pacientes (27,0%) referiram não ter nenhuma necessidade não atendida.

Tabela VIII: Necessidades na perspectiva dos pacientes: frequências e percentagens

Necessidades	Atendidas	Não atendidas	Sem necessidade	Desconhecido
Básicas	33 (9,0)	48 (13,1)	290 (77,9)	00
Saúde	151 (17,7)	55 (6,4)	638 (74,7)	0%
Funcionamento	36 (5,9)	23 (3,8)	521 (90,3)	00
Sociais	25 (6,8)	51 (13,9)	285 (77,9)	5 (1,4)
Serviços	40 (8,2)	105 (21,5)	327 (67,0)	16 (3,3)
Total (%)	285 (9,5)	282 (11,7)	2061 (77,6)	21 (0,9)

Como se pode ver na Tabela VIII, na opinião dos pacientes, os domínios com as frequências mais altas de necessidades atendidas foram as necessidades de saúde (17,7%),

A prevalência das necessidades não atendidas (11,7%) identificadas foi ligeiramente superior à das necessidades atendidas (9,52%)

2.1.1. Necessidades atendidas na perspectiva dos pacientes

O número de necessidades atendidas foi variável (0 a 12), com uma média de 2,36 (desvio-padrão: 2,16), sendo ligeiramente superior às necessidades não atendidas, com uma média de 2,34 e desvio-padrão de 2,05 (Tabela VII).

A Tabela VIII mostra-nos que as necessidades atendidas mais pontuadas foram as necessidades de saúde (17,7 %), sobretudo os sintomas psicóticos, seguidas das necessidades básicas (9,0%), de serviço (8,2%), sociais (6,8%) e de funcionamento (5,9%). As facetas das necessidades atendidas mais frequentemente identificadas foram os sintomas psicóticos (57,4%), sofrimento psicológico (19,7%), necessidade de informação sobre a doença e o

tratamento (19,7%), o risco de dano para os outros (15,6%), as actividades diárias (14,8%), tarefas domésticas básicas (11,4%) e o risco de danos para o próprio (10,6%).

2.1.2. Necessidades não atendidas na perspectiva dos pacientes

A Tabela VIII mostra-nos que, na perspectiva dos pacientes, as áreas com as mais altas prevalências de necessidades não atendidas foram as necessidades de serviços (21,5%), seguidas das necessidades básicas (13,1%), necessidades de saúde (6,4%) e, finalmente, necessidades de funcionamento. As facetas das necessidades não atendidas mais frequentemente identificadas foram a informação sobre a doença e o tratamento (41,8%), as actividades diárias (23,8%), os contactos sociais (23,8%), o sofrimento psicológico (22,1%), as relações íntimas (13,1%) e o alojamento (10,7%).

2.2. Necessidades de cuidados na perspectiva dos técnicos

Os resultados referentes às necessidades na perspectiva dos técnicos estão dispostos na Tabela IX. O número total de necessidades identificadas pelos técnicos variou entre 0 e 12, com uma média de 4,82 (desvio-padrão: 2,42). A média das necessidades atendidas foi 3,07 (desvio-padrão:1,78) com um mínimo de 0 e um máximo de 10. A média das necessidades não atendidas foi de 1,76 (desvio-padrão: 1,63) com um mínimo de 0 e um máximo de 7.

Como mostra a Tabela X, os domínios com mais necessidades, na opinião dos técnicos, foram as necessidades de saúde (32,2%), seguidas necessidades de serviços (27,3%), as necessidades básicas (17,0%), as necessidades sociais (16,1%) e as necessidades de funcionamento (9,3%). As facetas mais identificadas pelos técnicos foram os sintomas psicóticos (94,2%), informação sobre doença e tratamento (62,3), subsídios e benefícios sociais (41,8%), sofrimento psicológico (41,8%), actividades diárias (39,4%).

2.2.1. Necessidades atendidas na perspectiva dos técnicos

Como mostra a Tabela X, os domínios que obtiveram uma maior frequência nas necessidades atendidas foram as necessidades de saúde (26,1%) e as necessidades de serviço (12,1%). As facetas mais frequentemente referidas foram os sintomas psicóticos (76,2%) e a informação sobre a doença e tratamento (41,0%).

Tabela IX – Necessidades atendidas e não atendidas na perspectiva dos técnicos, por género

	Necessidades atendidas			Necessidades não atendidas			Necessidades referidas		
	Género		Total	Género		Total	Género		Total
	M	F		M	F		M	F	
Válidos	90	32	122	90	32	122	90	32	122
ND	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	3,17	2,78	3,06	1,76	1,78	1,76	4,92	4,56	4,82
Mediana	3,00	2,00	3	2,00	1,00	1,5	5	4,00	5
DP	1,78	1,79	1,78	1,62	1,69	1,63	2,46	2,32	2,42
Mínimo	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Máximo	9	10	10	9	6	7	11	12	12
Nº Total	285	89	374	158	57	215	443	146	589

Tabela X: Necessidades na perspectiva dos técnicos: frequência e percentagem

Necessidades	Atendidas	Não atendidas	Sem necessidades	Desconhecido
Básicas	29 (8,5)	31 (8,5)	297 (81,1)	7 (1,9)
Saúde	166 (26,1)	52 (6,1)	565 (66,1)	14 (1,6)
Funcionamento	38 (6,2)	19 (3,1)	547 (89,7)	6 (1,2)
Sociais	24 (6,5)	35 (9,6)	233 (63,6)	74 (20,2)
Serviços	59 (12,1)	74 (15,2)	351 (71,9)	4 (0,8)
Total (%)	316 (11,9)	211 (8,5)	1993 (74,5)	105 (5,1)

2.2.2. Necessidades não atendidas por domínios e facetas

Como mostra a Tabela X, os domínios que obtiveram maior frequência para as necessidades não atendidas foram as necessidades de serviço (15,2%), seguidas pelas necessidades sociais (9,6%), necessidades básicas (8,5%), necessidades de saúde (6,1%) e, finalmente, as necessidades de funcionamento (3,1%), sendo as facetas mais frequentemente referidas os subsídios e benefícios sociais (36,1%), a informação sobre a doença e tratamento (21,3%).

3. Incapacidade (WHODAS - II)

3.1. Incapacidade global

Os resultados referentes à incapacidade estão dispostos na Tabela XI. A percepção global da incapacidade traduzida pelo “*global mean score*” do WHODAS-II foi de 1,442 (desvio-padrão: 0,777).

Para o cálculo da média, não se levou em consideração a segunda parte da dimensão actividades de vida que procura avaliar as dificuldades dos pacientes que trabalham ou estudam, pelo seu reduzido número.

3.2. Incapacidade por domínios

A incapacidade foi estudada nos domínios da compreensão e comunicação, mobilidade, autocuidado, relacionamento com as pessoas, actividades de vida e participação na sociedade.

Tabela XI: Domínios do WHODAS-II - Médias

Domínios	Válido	Média	DP
Compreensão e comunicação	122	1,531	1,019
Mobilidade	122	1,186	0,577
Relacionamento com as pessoas	118	1,146	0,476
Actividades de vida	118	1,387	0,908
Participação na sociedade	121	1,987	1,198
Média		1,442	0,777

3.2.1. Compreensão e comunicação

A média neste domínio foi 1,531 com um desvio-padrão de 1,019 (Tabela XI) e, como mostra a Tabela XII, mais de três quartos (78,1%) dos participantes não apresentaram nenhuma dificuldade neste domínio, sendo a dificuldade de concentração e dificuldade de lembrar-se os itens com mais dificuldades (cerca de 30%).

3.2.2. Mobilidade

A média no domínio da mobilidade situou-se em 1,186 com um desvio-padrão de 0,577 (Tabela XI) e, como mostra a Tabela XII, a grande maioria (89,5%) dos participantes não apresentaram nenhuma dificuldade neste domínio, sendo os itens com maior dificuldade o andar uma distância longa e o sair de casa, ambos com um pouco mais de 10%.

3.2.3. Autocuidado

A média do domínio do autocuidado foi 1,115 com um desvio padrão de (0,486) (Tabela XI). Neste domínio, como mostra a Tabela XII, a quase totalidade dos participantes (94,7%) não apresentaram nenhuma dificuldade.

3.2.4. Relacionamento com outras pessoas

A média no domínio do relacionamento com outras pessoas foi 1,446 com um desvio-padrão de 0,476 (Tabela XI). Neste domínio, como mostra a Tabela XII, a grande maioria dos participantes (79,2%) não apresentou nenhuma dificuldade. As dificuldades encontradas foram sobretudo nos itens lidar com outra pessoas e relações sexuais.

3.2.5. Actividades de vida

A média na primeira parte do domínio das actividades de vida foi 1,387 com um desvio padrão de 0,908 (Tabela XI). Como mostra a Tabela XII, a grande maioria dos participantes (81,7%) não apresentou nenhuma dificuldade. O item com mais dificuldades foi fazer as tarefas domésticas tão rapidamente quanto necessário, com 25% das pessoas a apresentar algum tipo de dificuldade.

Não foi feita a quantificação do número de dias em que os pacientes não fizeram ou diminuíram as tarefas domésticas por causa do problema de saúde.

Tabela XII – Domínios da Incapacidade

Domínios	Sem dificuldade	Leve	Moderada	Grave	Extrema
Compreensão e Comunicação	78,1	9,4	7,5	5,1	3,0
Mobilidade	89,5	4,9	3,3	1,5	0,2
Autocuidado	94,7	2,5	0,8	1,7	0,6
Relacionamento com as pessoas	79,2	7,2	6,0	6,4	1,3
Actividades da vida	81,7	6,6	4,4	6,3	1,0
Participação na sociedade	52,8	16,8	12,3	15,7	2,4
	79,3	7,9	5,7	6,1	1,4

Quanto aos indivíduos que trabalham ou estudam, a média foi 1,500 (desvio-padrão: 1,103) com a maioria sem dificuldades e cerca de um quarto dos participantes a referir algum tipo de dificuldade. Contudo, quase metade deles referiu ter um nível mais baixo de trabalho e 40% alegou ter ganho menos dinheiro.

3.2.6. Participação na sociedade

A pontuação média no domínio da participação da sociedade foi 1,987 com um desvio-padrão de 1,198 (Tabela XI). Neste domínio, como mostra a Tabela XII, quase metade dos participantes (47,2%) apresentou algum tipo de dificuldade, sendo os itens mais pontuados os “gastos financeiros” (63,9%), “afectado emocionalmente” (59,0%) e “tempo gasto com saúde” (53,3%).

4. Qualidade de Vida (WHOQOL – BREF)

Os resultados referentes à qualidade de vida estão dispostos na Tabela XIII. Os participantes da amostra revelaram uma relativamente boa qualidade de vida (média 65,08, desvio-padrão: 21,35) e os valores da média dos domínios situaram-se entre 59,58 e 74,21, com o domínio psicológico a apresentar o valor mais alto e o domínio do ambiente o valor mais baixo.

Tabela XIII - WHOQOL-BREF: Domínios e Questões Globais

	Média	Desvio-padrão	Conversão	Desvio-padrão
Questões globais	6,92	1,70	61,47	21,36
Domínio físico	15,07	4,36	69,12	4,50
Domínio psicológico	15,87	3,57	74,21	14,87
Domínio social	13,78	2,46	61,01	20,47
Domínio ambiental	13,52	5,12	59,27	15,15
Média	13,05	3,442	65,08	21,35

4.1. Questões globais

Em relação às questões globais, (percepção da qualidade de vida e percepção da saúde), como mostra a Tabela XIII, a média situou-se em média 61,47 (desvio-padrão: 21,36) com a percepção da saúde com uma média (3,57, desvio-padrão: 1,01) ligeiramente superior à percepção da qualidade de vida (média: 3,35, desvio-padrão: 0,97).

No respeitante à percepção da qualidade de vida, como mostra a Tabela XIV, quase metade (49,2%) dos indivíduos referiram ter uma boa (41,0%) ou muito boa (8,2%) percepção da qualidade de vida.

Relativamente à percepção da saúde, como mostra a Tabela XV, quase dois terços dos indivíduos (64,4%) referiram estar satisfeitos (50,8%) ou muito satisfeitos (13,9%) com a sua saúde.

Tabela XIV – Percepção da qualidade de vida

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa	Total
Masculino	4 (3,3)	9 (7,4)	28 (23,0)	43 (35,2)	6 (4,9)	90 (73,8)
Feminino	3 (2,5)	4 (3,3)	14 (11,5)	7 (5,7)	4 (3,3)	32 (26,2)
Total	7 (5,7)	13 (10,7)	42 (34,4)	50 (41,0)	10(8,2)	122(100,0)

Tabela XV – Percepção da saúde

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Masculino	1 (0,8)	17 (13,9)	11 (9,0)	49 (40,2)	12 (9,8)	90 (73,8)
Feminino	2 (1,6)	4 (3,3)	8 (6,6)	13 (10,6)	5 (4,1)	32 (26,2)
Total	3 (2,5)	21 (17,2)	19 (15,5)	62 (50,8)	17 (13,9)	122(100)

4.2. Domínios da qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

Como mostra a Tabela XIII, os participantes revelaram uma razoável qualidade de vida (média 65,08) com o domínio psicológico a apresentar a cotação mais alta (média: 74,21, desvio-padrão: 14,87).

Os itens que mereceram uma pontuação mais positiva foram o gosto pela vida, o sentido da vida, a mobilidade, a capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio, o impedimento de fazer o que precisa por causa das dores, a aceitação da aparência física, a satisfação com o acesso aos serviços e a satisfação consigo próprio.

Os itens com avaliação menos positiva foram dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades, a satisfação com a vida sexual, oportunidade para realizar actividades de lazer, capacidade de trabalho, frequência de sentimentos negativos e satisfação com o sono.

5. Satisfação com os Serviços (VSSS)

O estudo da satisfação com os serviços foi dividido em 7 partes fundamentais, correspondentes a cada uma das dimensões do instrumento: a satisfação global, as competências e comportamento dos profissionais, a informação, o acesso, a eficácia, os tipos de intervenção e o envolvimento dos familiares.

Tabela XVI – Dimensões do VSSS: média

Dimensões	Média	Desvio-padrão
Satisfação global	3,85	0,968
Competências e capacidades dos profissionais	3,76	0,985
Informação	3,10	1,349
Acesso	3,46	1,100
Eficácia	3,36	1,157
Tipos de intervenção	3,49	1,570
Envolvimento dos familiares	3,23	1,240
Média	3,46	1,054

Os resultados referentes à satisfação com os serviços estão dispostos na Tabela XVI, o score global: 3,46 (desvio-padrão:1,054), abaixo do *cut-off* da insatisfação. As dimensões com médias mais altas foram a satisfação global (3,85) e a competência e capacidade dos profissionais (3,76).

5.1. Satisfação global

A satisfação global que é a dimensão mais importante da escala teve uma pontuação média de 3,85 (desvio-padrão: 0,968), correspondendo a uma avaliação moderadamente satisfatória e como mostra a Tabela XVI, com 63,6% dos indivíduos a considerar sua experiência com o Serviço como “óptima” (28,4%) ou “predominantemente satisfatória” (35,2%). Nesta dimensão, o item “quantidade de ajuda recebida” teve a maior percentagem (76,2%) dos

indivíduos a considerar a quantidade de ajuda que recebe “ótima” (33,6%) ou “predominantemente satisfatória” (42,6%).

5.2. Competências e comportamento dos profissionais

A dimensão das competências e comportamentos dos profissionais teve uma pontuação média de 3,76 (desvio-padrão: 0,985), correspondendo a uma avaliação moderadamente satisfatória com 60,4% dos indivíduos relataram uma experiência “ótima” (29,4%) ou “predominantemente satisfatória” (31,0%). Os itens “competência e profissionalismo dos psiquiatras e psicólogos, “continuidade no acompanhamento pelo mesmo técnico” e “comportamento e disponibilidade dos psiquiatras e psicólogos” tiveram uma avaliação “predominantemente satisfatória” ou “ótima” da parte de mais de três quartos dos indivíduos.

5.3. Informação

A média da dimensão informação foi 3,07 (desvio-padrão: 1,349), correspondendo a uma avaliação insatisfatória, sendo que cerca de dois quintos dos indivíduos (39,0%) teve uma percepção “péssima” ou “predominantemente insatisfatória”, sobretudo na faceta “informação sobre o diagnóstico e possível evolução dos problemas” (47,5%).

5.4. Acesso

A pontuação média desta dimensão foi 3,46 (desvio-padrão: 1,100) correspondendo a uma relativa insatisfação, sendo que mais de um quinto dos doentes (21,5%) teve uma percepção “péssima” ou “predominantemente insatisfatória”, sobretudo na faceta “despesa com o tratamento” (27,0%) e uma avaliação menos desfavorável do aspecto e conforto das instalações.

5.5. Eficácia

A pontuação média da dimensão da eficácia foi de 3,36 (desvio-padrão: 1,157) correspondendo a uma insatisfação com a eficácia do serviço, com mais de um quarto (25,1%) dos indivíduos a relatar uma experiência “péssima” ou “predominantemente insatisfatória”, sobretudo nas facetas “ajuda para melhorar a relação com conhecidos” (52,4%), “ajuda para melhorar a capacidade de trabalho” (45,1%) e “ajuda para cuidar melhor de si próprio em matéria de higiene e de alimentação” (32,8%).

5.6. Tipos de intervenção

A pontuação média da dimensão tipos de intervenção foi 3,49 (desvio-padrão: 1,570) correspondente a uma avaliação moderadamente satisfatória, mas só foram consideradas os itens que tiveram um número de respostas superior a 50% da dos participantes.

A avaliação da capacidade e competência dos profissionais foi bastante positiva (60,4%) mas 12,2% dos participantes consideraram-na péssima ou predominantemente insatisfatória, particularmente nalguns itens como o conhecimento por parte dos enfermeiros acerca dos problemas actuais e passados (36,0%), a capacidade dos enfermeiros e assistentes sociais de escutarem e compreenderem os seus problemas (31,1%), os cuidados e clareza na comunicação dos enfermeiros e assistentes sociais (28,7%) e a clareza das indicações recebidas sobre o que fazer entre uma consulta e outra (18,9%), que tiveram uma avaliação menos positiva.

A avaliação da informação foi insatisfatória com 40,0% dos indivíduos a considerá-la péssima ou predominantemente insatisfatória e quase metade (40,0%) dos participantes a queixarem-se da falta de informação sobre o diagnóstico e possível evolução dos problemas.

No acesso, a avaliação foi de uma insatisfação relativa, sendo considerado óptimo ou predominantemente satisfatório por menos da metade (49,2%) dos indivíduos. O acesso é avaliado negativamente por 21,8%, sobretudo no item despesas do tratamento a seu cargo (27,0%).

Nos tipos de intervenção há vários serviços que não são dispensados de forma sistemática com poucos pacientes beneficiados mas a maioria gostaria de ter a ajuda de técnicos do Serviço para encontrar trabalho (76,2%), para se integrar em actividades recreativas exteriores ao Serviço (75,4%), para obter um subsídio económico ou uma pensão (67,2%), ter ajuda para tarefas domésticas em sua própria casa (61,5%), nas actividades recreativas organizadas pelo Serviço (59,8%), ter acesso à psicoterapia individual com um terapeuta (55,6%) e, ainda, à psicoterapia de grupo (51,6%).

A residência protegida com pessoal de assistência praticamente não existe e 31,1% gostaria de ter. O trabalho protegido, também não oferecido, é menos desejado com menos de um terço dos participantes (30,3%). O internamento compulsivo no Serviço de Psiquiatria teve poucas respostas positivas, o que pode significar que poucos doentes entendem terem sido internados contra a sua vontade mas a grande maioria (76,5%) não deseja ser internada contra a sua vontade. A ajuda numa residência protegida, com pessoal de assistência, a maioria

(61,5%) não gostaria de ter o serviço mas cerca de um terço (31,1%) gostaria de ser apoiado numa residência protegida. A prescrição da medicação é bem aceite pela maioria (76,0%).

5.7. Envolvimento dos familiares

O envolvimento dos familiares com uma média teve de 3,23 (desvio-padrão: 1,240), correspondente a uma avaliação insatisfatória com 31,7% dos indivíduos a considerá-lo “péssimo” ou “predominantemente insatisfatório”, sobretudo evidente nas facetas “capacidade dos psiquiatras e psicólogos de escutarem e compreenderem as preocupações” (43,8%) e “informação fornecida aos seus familiares mais próximos sobre o diagnóstico possível e evolução do seu problema” (36,6%).

5.8. Comentários livres

Os participantes também deram opiniões sobre os aspectos que mais e menos agradaram no contacto com o Serviço mas as considerações não foram tratadas para o presente estudo, por razões metodológicas.

VII. DISCUSSÃO

Este foi o primeiro estudo realizado em Cabo Verde com uma amostra de indivíduos com esquizofrenia seguidos num serviço público de Psiquiatria e avaliados com instrumentos padronizados para as necessidades, incapacidade, qualidade de vida e satisfação com os serviços.

Com recurso às respostas dadas aos instrumentos selecionados pelos 122 indivíduos com esquizofrenia em condições estáveis, foram analisados os dados sociodemográficos, os indicadores de serviço, as necessidades, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços.

Os dados obtidos através dos instrumentos permitiram caracterizar os pacientes da amostra e avaliar várias dimensões do processo de cuidados estabelecendo um quadro global das necessidades dos pacientes, sua incapacidade, a avaliação subjectiva da sua qualidade de vida e a sua satisfação com os serviços disponíveis.

1. Dados socio-demográficos e de serviços

Para definir o padrão da amostra analisou-se os dados sociodemográficos e os indicadores de serviço. As respostas dos participantes sobre a sua situação pessoal e sociodemográfica, nomeadamente, género, idade, escolaridade, estado civil, residência e situação profissional, permitem concluir que os pacientes eram maioritariamente do sexo masculino (73,8%) com uma idade média de 35,23 anos, uma escolaridade média inferior a 10 anos (59,8%), maioritariamente solteiros (81.1%), residindo na Cidade da Praia e arredores (72,1%) e desempregados (63,2%), sendo 40,2% por razões de saúde.

As respostas permitem concluir também que a maioria dos pacientes estava a tomar uma medicação antipsicótica (97,5%), tinha história de internamento anterior (76.2%), uma média de início da doença aos 23,43 anos com uma duração média da doença de 11,80 anos, cerca de três quartos dos indivíduos estava em uso de medicação antipsicótica oral (típica ou atípica) e quase um quarto tomava medicação de efeito prolongado.

As características sociodemográficas dos indivíduos da nossa amostra não são muito diferentes dos resultados de estudos realizados em vários países, como a Nigéria (Adewuya & Makanjuola, 2009), a Índia (Ernest et al, 2013) e a Roménia (Popescu e Miclutia, 2009).

2. Necessidades de cuidados

O número total médio de necessidades referidas tanto pelos pacientes quanto pelos técnicos pode ser considerado baixo (média de 4.68, desvio padrão: 2.788 para os pacientes e média de 4,82, desvio-padrão: 2,42 para os técnicos), tendo as mulheres uma média um pouco superior do que os homens.

Comparando com os dados obtidos em outros países, verifica-se que nestes os números médios são mais altos que os encontrados em Cabo Verde. Num estudo realizado em Espanha (Ochoa *et al*, 2003), o número médio de necessidades foi de 5,36 e 6,6 para os pacientes e os técnicos, respectivamente, e os técnicos detectaram mais necessidades do que os pacientes. As necessidades mais implicadas foram sobretudo sintomas psicóticos, companhia, actividades diárias, cuidar da casa, alimentação e informação (Ochoa *et al*, 2003). Na Índia, um estudo revelou 8,12 e 7,13 necessidades na perspectiva dos pacientes e técnicos respectivamente, e a maior parte dessas necessidades não eram atendidas (Kulhara *et al*, 2010).

As necessidades mais frequentes foram as de saúde (e também as mais atendidas); as necessidades de serviços, relativamente frequentes, foram as menos atendidas.

Os resultados mostraram que as mais altas prevalências de necessidades não atendidas, tanto na perspectiva dos pacientes quanto dos técnicos, foram as necessidades de serviços (21,5% para os pacientes e 15,2% para técnicos), seguidas das necessidades sociais (13,9% e 9,6% respectivamente), necessidades básicas (13,1% e 8,5% respectivamente), necessidades de saúde (6,4% e 6,1%, respectivamente) e, finalmente, necessidades de funcionamento (3,8% e 3,1%, respectivamente).

Contudo, no que diz respeito às perspectivas de doentes e técnicos sobre as várias facetas, encontraram-se diferenças significativas. Para os pacientes, as facetas mais referidas foram a informação sobre a doença e o tratamento (41,8%), as actividades diárias (23,8%), os contactos sociais (23,8%), o sofrimento psicológico (22,1%), as relações íntimas (13,1%) e o alojamento (10,7%)., enquanto para os técnicos, as facetas mais referidas foram os subsídios e benefícios sociais (36.1%), a informação sobre a doença e tratamento (21.3%), as actividades diárias (20.5%), os contactos sociais (18.9%) e os sintomas psicóticos (18.0%).

Num estudo realizado na Índia, Kamlesh e colaboradores (2010), as necessidades não atendidas mais frequentemente identificadas pelos pacientes foram as necessidades sociais (24,5%), seguidas de necessidades básicas (11,1%) de serviços (11,1%) saúde (11,0%) e de funcionamento (9,3%), sendo as facetas mais referidas os sintomas psicóticos (40%), os

contactos sociais" (36%), as relações íntimas (30%), o sofrimento psíquico (23,3%), as actividades diárias (20,0%) e as tarefas domésticas básicas (20%), sendo que a equipa técnica tinha geralmente um bom conhecimento sobre a necessidade dos doentes (Kamlesh *et al*, 2010).

Tal como na literatura, no nosso estudo a opinião dos pacientes e a dos técnicos não foram totalmente concordantes. Para os pacientes, as mulheres têm mais necessidades do que os homens mas as suas necessidades atendidas são inferiores às dos homens e têm mais necessidades não atendidas do que os homens. Para os técnicos, as mulheres têm menos necessidades do que os homens, menos necessidades atendidas do que os homens, e um número de necessidades atendidas ligeiramente superior ao dos homens.

Os técnicos, em geral, reconheceram menos necessidades não atendidas sobretudo na área das necessidades de serviços, necessidades sociais e necessidades básicas, com menor diferença para as necessidades de saúde e necessidades de funcionamento. É possível que esta diferença tenha a ver com alguma dificuldade dos técnicos em reconhecer as necessidades das mulheres com esquizofrenia, mas também não devem ser alheias a esta diferença a desigualdade de género prevalecente na sociedade cabo-verdiana e a mentalidade dominante com expectativas menores em relação às mulheres.

Parece que os doentes, apesar de, no geral, transmitirem uma imagem muito pouco negativa de todos os aspectos do processo de cuidados (incapacidade, qualidade de vida, satisfação com os cuidados), quando questionados sobre as necessidades não atendidas, referem em primeiro lugar as relacionadas com os serviços. Parece também relevante frisar que quase metade da amostra considerou não ter resposta para as suas necessidades de informação (um ponto que é também salientado nas respostas sobre satisfação com os serviços) e cerca de 20% queixou-se de falta de respostas nas questões relacionadas com contactos sociais e sofrimento psicológico.

Considerando as principais necessidades não atendidas que foram referidas (informação sobre a doença e o tratamento, subsídios e benefícios sociais, actividades diárias, contactos sociais, sofrimento psicológico, relações íntimas e sintomas psicóticos), ressalta a necessidade de reforço de cuidados formais e a importância dos cuidados informais para os doentes com esquizofrenia (Ochoa *et al*, 2003).

3. Incapacidade

A incapacidade tem sido vista, geralmente, como resultado de uma interação entre a condição de saúde e o contexto, nomeadamente os factores pessoais e ambientais. Para além dos sintomas da doença, as pessoas com esquizofrenia, habitualmente, sofrem de um conjunto amplo e diversificado de dificuldades psicossociais. A esquizofrenia resulta em incapacidades em vários domínios, em particular, prejuízo das funções mentais, limitações nas actividades e restrições nas participações (Switaj *et al*, 2012).

De entre as funções mentais, as mais estudadas são as funções cognitivas e as funções mentais; no domínio das actividades e participação, o mais investigado são as dificuldades nas relações com outros e o emprego (Switaj *et al*, 2012).

Segundo a OMS (2001), cerca de 30% de pessoas com perturbações psicóticas crónicas sofrem de alguma forma de incapacidade, apesar do tratamento farmacológico contínuo.

No nosso estudo, o retrato da incapacidade tal como apresentado pelos doentes parece ser bastante favorável, com os pacientes a apresentarem dificuldades mínimas em alguns domínios como a mobilidade e de autocuidado.

Contudo, alguns aspectos precisam ser realçados. Cerca de um quinto dos participantes (21,9%) dos doentes têm algum grau de incapacidade, sobretudo no domínio da participação na sociedade com quase metade (47,2%) dos participantes a queixar-se de algum grau de incapacidade, particularmente nos itens gastos financeiros (73,9%), afectado emocionalmente (59,0%) e tempo gasto com saúde (53,3%).

Na compreensão e comunicação, devem ser registados os cerca de 30% dos indivíduos com dificuldades na concentração para realizar tarefas, em lembrar-se de coisas importantes que tinha para fazer e analisar e em encontrar soluções para problemas da sua vida diária. No domínio das relações sociais uma referência também deve ser feita às dificuldades manifestadas nos itens relativos ao lidar com outras pessoas (27,5%) e às relações sexuais (24,6%).

A realçar também que no domínio das actividades de vida, cerca de um quarto dos indivíduos que trabalham referiram alguma dificuldade, com metade deles a ter um nível mais baixo de trabalho e uma boa parte (40%) a ganhar menos dinheiro.

A questão financeira, o sofrimento emocional e o tempo necessário para os cuidados de saúde aparecem como facetas importantes que ajudam a perceber a incapacidade no domínio da

participação na sociedade mas é provável que o estigma em relação aos doentes com esquizofrenia também tenha a ver com essa dificuldade.

Contudo, não deixa de haver uma manifesta subvalorização que os doentes fazem das suas incapacidades. É provável que isso tenha a ver a própria falta de informação e a inexistência de serviços de saúde mentais na comunidade e de programas de reabilitação mas também com uma certa denegação da parte dos doentes. O estigma que prevalece na sociedade cabo-verdiana e os factores culturais que desconsideram a revelação das dificuldades não devem também ser alheios aos resultados.

4. Qualidade de vida

A qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia depende da disponibilidade de serviços e de factores económicos, sociais e culturais, como estar empregado, ter um rendimento alto, viver com a família, ser casado e ter apoio social.

Nos países de rendimento baixo e médio, não há muitos estudos sobre a qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia, mas os resultados parecem ser melhores do que nos países de rendimento alto (Isaac *et al*, 2007), embora tenham sido recentemente questionados (Cohen *et al*, 2008).

Um estudo europeu (Kovess-Masféty *et al*, 2006) revelou que as principais diferenças têm a ver essencialmente com variáveis extra-psiquiátricas, sobretudo o estado civil e o rendimento e que os pacientes estavam mais insatisfeitas com as finanças e o relacionamento com os outros, incluindo a vida sexual.

A qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia não foi muito estudada nos países de baixa e média renda (Isaac *et al*, 2007). Autores brasileiros (De Souza & Coutinho, 2006) fizeram uma revisão de estudos sobre a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia que vivem na comunidade e encontraram associações entre género, idade, estado civil e escolaridade com a qualidade de vida mas quanto aos factores sociodemográficos, exceptuando o rendimento mensal, não se mostraram associados à qualidade de vida.

Outro estudo brasileiro, (Cardoso *et al*, 2005), utilizando um outro instrumento, mostraram que uma pior qualidade de vida estava associada ao sexo masculino, ser solteiro, ter renda e escolaridade baixas, estar em uso de três ou mais medicamentos, ter apresentado agitação psicomotora na entrevista e ser acompanhado a nível de ambulatório.

Na Nigéria, Adewuya & Makanjuola (2009) examinaram a relação entre as características sociodemográficas e a qualidade de vida subjectiva de uma amostra de pessoas com esquizofrenia. Eles concluíram que a sua qualidade de vida era inferior do que noutras partes do mundo (o que relacionaram com as condições precárias das instalações de tratamento e reabilitação) e estava associada com desemprego e apoio social reduzido (Adewuya & Makanjuola, 2009).

Considerando as condições da assistência psiquiátrica em Cabo Verde, os indivíduos da amostra tiveram uma pontuação razoavelmente boa nos domínios psicológico e físico, tendo uma pontuação menor nos outros domínios e na percepção global da qualidade de vida e da saúde.

As questões globais da qualidade de vida e da saúde foram “percepcionadas” de uma forma diferente, com menos do que a metade da amostra a considerar “boa” ou muito boa” a sua qualidade de vida e um pouco mais de 60% a ter uma percepção “boa” ou “muito boa” da sua saúde.

Os homens tiveram uma melhor percepção da sua qualidade de vida, com mais do que a metade dos homens (49/90) a considerar “boa” ou “muito boa” a sua qualidade de vida, enquanto um pouco mais de um terço das mulheres tinha esta mesma apreciação. Eles também se mostraram mais satisfeitos com a sua qualidade de vida, com mais de dois terços (61 em 90) “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com a sua saúde; enquanto apenas 56,3% das mulheres tinham essa mesma apreciação.

Na qualidade de vida parece também haver uma percepção bastante melhor do que seria de esperar, facto que pode estar relacionado com a disponibilidade do Serviço, os factores culturais, assim como as instalações do ambulatório. Contudo, há aspectos menos positivos que importa realçar. Os resultados mostram que mais de um terço da amostra (37,2%) está “insatisfeita” ou “muito insatisfeita” com a sua vida sexual e quase um terço (32,8%) considera ter “pouca” ou “nenhuma oportunidade” para organizar actividades de lazer. Merece ainda atenção o facto de mais de um quarto dos indivíduos da amostra terem, “sempre” ou “frequentemente”, sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade e depressão e, ainda, 26,2% estar “nada” ou “pouco satisfeito” com o acesso às informações necessárias para organizar a vida diária.

A insatisfação com a vida sexual e a falta de oportunidades para actividades de lazer podem estar relacionadas com o estigma dos doentes mentais que prevalece na sociedade cabo-

verdiana. Os sintomas negativos, depressivos ou ansiosos podem estar relacionados com alguma psicopatologia que não foi detectada pela avaliação clínica e que a aplicação prévia de instrumentos padronizados poderia detectar.

5. Satisfação com os Serviços

A satisfação com os serviços tem sido vista como o resultado da capacidade do serviço em prestar um padrão de cuidados acima de um certo patamar e a percepção do doente de que o cuidado recebido foi adaptado para os próprios problemas dos pacientes (Ruggeri *et al*, 2003).

Zahid e colaboradores num estudo realizado no Koweit acharam que mais de dois terços dos pacientes estavam satisfeitos com as dimensões satisfação total, capacidades e competências profissionais, acesso, eficácia e envolvimento dos familiares mas cerca de um terço ficou satisfeito com a informação e os tipos de intervenção (Zahid *et al*, 2010).

No estudo em apreço, a satisfação global foi moderadamente satisfatória e a dimensão “capacidade e competência dos profissionais” foi considerada moderadamente satisfatória; houve uma insatisfação relativa no acesso, na eficácia e no envolvimento dos familiares; a dimensão “informação”, sobretudo “informação sobre o diagnóstico e possível evolução dos problemas”, teve uma avaliação muito negativa.

A avaliação da capacidade e competência dos profissionais é mais satisfatória do que era de esperar, possivelmente por motivos culturais que valorizam excessivamente o médico e os profissionais de saúde. Mas deve-se ressaltar que a avaliação é menos positiva em relação aos enfermeiros e assistentes sociais, facto que se deve provavelmente ao modelo de organização dos serviços, que atribui um papel secundário aos enfermeiros e assistentes sociais no atendimento em ambulatório dos indivíduos com esquizofrenia.

Uma abordagem mais direcionada para a supressão e controlo dos sintomas e a não disponibilização de vários serviços podem ter contribuído para a situação. A falta de informação, provavelmente relacionada uma certa sub-valorização da capacidade dos doentes com esquizofrenia, revela uma deficiente organização dos serviços e a necessidade da psico-educação que permitiria mais informação para os doentes e maior envolvimento familiar. O acesso limitado aos serviços que pode ser também devido à insuficiência de serviços mas também às questões de ordem financeira. A eficácia do Serviço considerada insatisfatória revela a inexistência de programas de reabilitação de doentes com esquizofrenia

Em Cabo Verde, tal como nos outros países de rendimento baixo e médio, a grande maioria dos indivíduos com esquizofrenia não recebe cuidados adequados (Kohn *et al*, 2004) e as

razões têm a ver com a falta de profissionais de saúde mental e escassez de recursos, agravada pela desigualdade no acesso aos cuidados e pela ineficiência na sua utilização (Saxena *et al*, 2006).

Os resultados da dimensão “tipos de intervenção” são aparentemente satisfatórios mas devem ser tomados com alguma cautela. Para vários tipos de intervenções, uma boa parte dos doentes não respondeu às perguntas ou relatou desejar o serviço. Estas respostas referem-se a intervenções que não são dispensadas de uma forma sistemática no Serviço, pelo que a maioria não beneficiou dessas intervenções. É provável também que haja um desconhecimento das intervenções, não sendo de descartar a possibilidade de não compreensão das perguntas.

O internamento compulsivo é rejeitado por cerca de três quartos dos participantes (74,6%) mas o número de respostas é relativamente baixo. Deve-se salientar que a inexistência, ao tempo da elaboração do estudo, de uma Lei de Saúde Mental que regula também o internamento compulsivo, pode ter contribuído para uma certa confusão.

É de frisar que, apesar dos avanços que Cabo Verde conheceu em matéria de cuidados de saúde mental, há um *déficit* na oferta de muitas intervenções eficazes que poderiam contribuir para a recuperação e qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia.

Estes resultados podem ainda ter sido determinados, em parte, pela sobrecarga dos profissionais e seguramente pela escassez de recursos, deficiente organização dos serviços, assim como pela inexistência de algumas intervenções no Serviço que não deixariam de ter um impacto positivo na satisfação dos pacientes.

VIII. CONCLUSÕES

A avaliação das necessidades, incapacidade, qualidade de vida, satisfação com os serviços e os factores sociodemográficos associados dos indivíduos com esquizofrenia é fundamental para o planeamento das intervenções que podem melhorar a vida dos pacientes.

O principal objectivo do nosso estudo foi avaliar as necessidades, a incapacidade, a qualidade de vida e a satisfação com os serviços e os factores clínicos e sociodemográficos associados numa amostra de 122 indivíduos com esquizofrenia seguidos no Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto, na Cidade da Praia, Cabo Verde.

Os resultados do estudo confirmam a nossa hipótese mas podem não reflectir exactamente a situação dos indivíduos com esquizofrenia em Cabo Verde, dado que os indivíduos da amostra moravam com a sua família, portanto com alguma integração familiar, eram essencialmente doentes regularmente acompanhados e beneficiavam da medicação e de algumas intervenções psicossociais disponíveis.

Tal facto poderá justificar o número relativamente baixo de necessidades, o grau de incapacidade e boa qualidade de vida e a relativamente satisfatória satisfação com os serviços, apesar da indisponibilidade de alguns tipos de intervenção no Serviço, e da avaliação negativa de alguns itens.

Assim, pode-se afirmar que o serviço presta cuidados aceitáveis aos indivíduos com esquizofrenia mas o estudo revela algumas questões que precisam ser melhoradas.

Há necessidades clínicas, como os sintomas psicóticos, a informação sobre doença e tratamento e o sofrimento psicológico, e necessidades sociais como os subsídios e benefícios sociais e as actividades diárias, que devem ser atendidas. As dificuldades no campo da incapacidade e a avaliação de alguns aspectos da satisfação com os serviços mostram que o Serviço precisa aumentar o seu leque de serviços, com as famílias e comunidades, nomeadamente as intervenções que contribuem para a reabilitação cognitiva e psicossocial.

Finalmente, o Serviço precisa também aumentar o acesso e continuidade dos cuidados, o que significa que deverá dispor de mais profissionais de saúde mental capacitados e mais recursos.

Apesar das várias limitações apontadas, os resultados desta pesquisa constituem uma fonte de informações sobre os cuidados actualmente dispensados aos indivíduos com esquizofrenia no mais importante Serviço de Saúde Mental de Cabo Verde. O estudo ao trazer contribuições úteis para o conhecimento do processo de cuidados das pessoas com esquizofrenia, pode

subsidiar a adequação e melhoria dos cuidados e o desenvolvimento de programas de atendimento aos indivíduos com esquizofrenia e, ainda, facilitar o planeamento dos cuidados e serviços de saúde mental, em geral, em Cabo Verde.

Com base no nosso estudo, algumas recomendações podem ser formuladas, e se aplicadas poderiam contribuir para uma melhoria significativa na prestação dos cuidados aos pacientes com esquizofrenia e melhoria dos resultados.

1. A adopção do pacote mínimo de cuidados com antipsicóticos de primeira geração em baixa dose e intervenções psicoeducativas breves e simples como estratégia para reduzir o *gap* de tratamento para a esquizofrenia (Mari *et al*, 2009).

2. A introdução da aplicação rotineira de instrumentos padronizados para avaliação das necessidades de pacientes com esquizofrenia, complementar à avaliação clínica, pode trazer uma contribuição importante na planificação dos cuidados a ser dispensados a esses pacientes.

3. A organização de sessões de psico-educação para os indivíduos com esquizofrenia pode dotá-los de informações sobre a sua doença e o processo de tratamento e, também, para as famílias, possibilitando intervenções familiares na esquizofrenia que aumentam o seu envolvimento no tratamento e na reabilitação dos seus familiares doentes.

4. A criação de serviços de saúde mental na comunidade com programas de reabilitação que prestem cuidados aos doentes com esquizofrenia de modo a aumentar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços disponibilizados e possibilitar a reabilitação (Mojtabai *et al*, 2009).

5. Uma maior atenção ao funcionamento, à incapacidade e à qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia e organização da reabilitação cognitiva e psicossocial pode reduzir a incapacidade e melhorar a qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia.

6. A atribuição aos doentes com esquizofrenia em situação de carência de uma pensão social de sobrevivência, assim como alguns benefícios sociais, nomeadamente o acesso gratuito a cuidados de saúde, à medicação e outras intervenções, como prevê a lei.

O nosso estudo foi realizado em doentes com seguimento regular, clinicamente estáveis, sem internamento recente e sem comorbilidades e, por isso, levanta novas questões que devem ser respondidas no futuro. Para compreender melhor o processo de cuidados dos doentes com esquizofrenia em Cabo Verde, são necessários novos estudos sobre o processo de cuidados

dos doentes com esquizofrenia, com amostras mais abrangentes e representativas e que permitam um conhecimento mais próximo da realidade, estudos que avaliem as intervenções e serviços implementados, estudos que comparem o processo de cuidados dos doentes com esquizofrenia com o de doentes com outras patologias que são também atendidos no Serviço e também com a população geral.

BIBLIOGRAFIA

1. Adewuya AO, Makanjuola ROA. Subjective quality of life of Nigerian schizophrenia patients: sociodemographic and clinical correlates. *Acta Psychiat Scand* 2009; 120(2): 160-64
2. Aharony L, Strasser S: Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993, 50:49-79.
3. American Psychiatric Association, DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª ed. (1994), Lisboa, Climepsi Editores, 1996.
4. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patient's needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:32 <http://www.hqlo.com/content/2/1/32>.
5. Balaji M, Chatterjee, Koschorke M, Rangaswamy T, Chavan A, Dabholkar H, Dakshin L, Kumar P, John S, Thornicroft G, Patel V. The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. *BMC Health Service Research* 2012, 12:42 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/42>.
6. Barbato A, Monzani E, Tiziane S. Life satisfaction in a sample of outpatients with severe mental disorders: A survey in northern Italy. *Quality of Life Research*: 13 (5), 969-973, 2004.
7. Becker T, Knapp, M.; Knudsen, HC, Schene A, Tansella M, Thornicroft G, Vazquez-Barquero JL. The EPSILON Study - a study of care for people with schizophrenia in five European centres *World Psychiatry* 1:1; 2002.
8. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:513-8.
9. Bleich SN, Özaltin E, Murray CK. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Organ* 2009; 87(4):271-8.
10. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK: How does satisfaction with the health care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ* 2009, 87:271-278.

11. Blenkiron P & Hammil CA. What determines patient's satisfaction with their mental health care and quality of life. *Postgrad Med J* 2003;79:337-340 doi:10.1136/pmj.79.932.337. www.postgradmedj.com.
12. Bobes J, García-Portilla P, Sáiz PA, Bascarán T, Bousoño M. Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*. 2005; 20 (Supplement 3):S313-S7.
13. Brewin C, Wing J, Mangen S, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*. 1987; 17: 971-981.
14. Brewin CR & Wing JK. (1988) *The MRC Needs for Care Assessment Manual*. London: MRC Social Psychiatry Unity. Institute of Psychiatry.
15. Caldas de Almeida JM, Xavier M. Perspectivas actuais do tratamento da esquizofrenia na comunidade. *Acta Médica Portuguesa*. 12 1997) 885-862.
16. Canavarro MC, Vaz Serra A, Pereira M, Simões MR, Quintais L, Quartilho MJ, Rijo D, Carona C, Gameiro S, Paredes T. Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*. 2006;27(1):15-23.
17. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad. Saúde Pública* vol.21 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2005.
18. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, 1996;35:275-281. Downloaded from <http://rheumatology.oxfordjournals.org/> by guest on May 10, 2012.
19. Chaves AC, Sarin LM, Mari JJ. Escala de incapacitação psiquiátrica (DAS). Escola Paulista de Medicina, São Paulo; 1990 (mimeografado).
20. Chien CF, Steinwachs DM, Lehman AF, Fahey M, Skinner EA. Provider continuity and outcomes of care for persons with schizophrenia. *Mental Health Serv Res*. 2000; 2:201-211.
21. Chopra PK, Couper JW, Herrman H: The assessment of patients with long-term psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. *Aust NZ J Psychiatry* 2004, 38: 753-759.

22. Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Secção de Doenças Mentais e Comportamentais – Critérios de Diagnóstico para Investigação; OMS, 1993.
23. Cohen A, Patel V, Thara R, Gureje O. Questioning an Axiom: Better Prognosis for Schizophrenia in the Developing World? *Schizophrenia Bulletin* vol. 34 no. 2 pp. 229–244, 2008 doi:10.1093/schbul/sbm105.
24. De Souza LA, Coutinho ESF. The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psych Psych Epid* 2006; 41(5): 347-56.
25. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet needs for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581-90.
26. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, Ntulo C, Thornicroft G, Saxena S: Scaling up services for mental health in low and middle income Countries. *Lancet* 2001, 378:1592-1603.
27. Ernest S, Nagarajan G, Jacob KS. Assessment of need of patients with schizophrenia: A study in Vellore, India. *Int J Soc Psychiatry*. 2013 Dec;59(8):752-6. doi: 10.1177/0020764012456801. Epub 2012 Sep 9.
28. Escala de Avaliação da Incapacidade - Versão Portuguesa, 2011. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Equipa de Projecto para os Cuidados Continuados de Saúde Mental.
29. Evans S, Greenhalgh J, Connely J. (2000) Selecting a mental health needs assessment scale: guidance on the critical appraisal of standardized measures. Blackwell Science, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6, 4: 379-393.
30. Faustino M. Melhores Práticas em Saúde Mental (Moderação). VIII Fórum A PONTE, Praia, 2008.
31. Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John; 2000.
32. Federici S, Meloni F, Lo Presti A. International Literature Review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Life Span and Disability / XII*, 1 (2009), 83-110.

33. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 21 (1), 1999.
34. Fleck, Marcelo PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.2 [cited 2012-07-25], pp. 178-183. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000200012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
35. Freyre FSM. Dé lírios a los delírios: dos culturas y el arte de una enfermedad delirante. *Brasil y Cabo Verde bajo una mirada etnopsiquiátrica*. Salamanca: Facultad de Ciências Sociales, Universidad de Salamanca, 2011. Tesis doctoral presentada a la Facultad de Ciências Sociales, de la Universidad de Salamanca.
36. Gago J, Caldas de Almeida, Xavier M. Adaptação e validação parcial do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 1996.
37. Galuppi *et al.*: Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *International Journal of Mental Health Systems* 2010 4:31.
38. Garin *et al.* *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8:51 <http://www.hqlo.com/content/8/1/51>.
39. Garin O, Ayuso-Mateos JL, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, Alonso J, Cieza A, Svetskova O, Burger H, Racca V, Francescutti C, Vieta E, Kostanjsek N, Raggi A, Leonardi M, Ferrer M. MHADIE consortium. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases.
40. Gill TM & Feinstein AR. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272 (8):619-26.
41. Gomes I. Melhores Práticas em Saúde Mental Transcultural (Comunicação verbal) VII Fórum A PONTE, Praia, 2008.

42. Gonçalves-Pereira M, Fernandes L, Leuschner A, Barreto J, Falcão D, Firmino H, Mateos R, Orrel M. Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares. *Saúde dos Idosos* Vol 25 N°1, Janeiro-Junho 2007.
43. Grover S, Avasthi A, Chakrabarti S, Bhansali A, Kulkara P. Cost of care of schizophrenia: a study of Indian out-patient attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005, 112:54-63.
44. Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Karlsson H, Mackeprang T, Merinder L, Nilsson L, Sørgaard K, Vinding H, Middelboe T. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nord J Psychiatry*. 2003;57(1):5-11.
45. Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: revisited. *Br J Psychiatry Suppl.*, 161:27-37, 1992.
46. Harrison G, Hopper K, Craig T, et al (2001) recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
47. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring Quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *Br Med J*. 2001; 322:1297-300.
48. II Documento de Crescimento e Redução da Pobreza 2008-2011. Ministério das Finanças e Administração Pública, República de Cabo Verde, 2008.
49. Inquérito às Despesas e Receitas das Famílias Instituto Nacional de Estatística (INE). Cabo Verde, 2005.
50. Inquérito de Doenças Não Transmissíveis 2007. Cabo Verde. Ministério da Saúde. [acedido a 05/12//2012]. Disponível no: www.misaude.cv
51. Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR-II), Instituto Nacional de Estatística (INE). Cabo Verde, 2005.
52. Isaac M, Chand P, Murthy P. Schizophrenia outcome measures in the wider international community. *Br J Psychiatry*. 2007;191(suppl 50):s71-s77.
53. Isaac M, Chand P, Murthy P. Schizophrenia outcome measures in the wider international community. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007 Aug; 50:s71-7.

54. Isaac M, Prabhat C, Murthy P. Schizophrenia outcome measures in the wider international community. *British Journal of Psychiatry* (2007), 191 (suppl. 50). S71-s77. Doi:10.1192/bjp.191.50.s71.
55. Jablenski A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia: manifestation, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl.*, 1992 Jan 1; 20:1-97.
56. Jakobsen KD, Frederiksen JN, Parnas J, Werge T. Diagnostic Agreement of Schizophrenia Spectrum Disorders Among Chronic Patients with Functional Psychoses. *Psychopathology* 2006; 39:269-276.
57. Joska J, Flisher AJ. *The assessment of need for mental health services*. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40: 529-539.
58. Kamlesh KS, Sophia CA, Dharitri R, Kalyanasundaram S. Met and unmet needs of persons with severe mental illness in a half way home. *Int J Psychosoc Rehabil*. 2010;15:13–22.
59. Kane JM, Marder SR. Psychopharmacologic Treatment of Schizophrenia. *Schizoph Bull*. 1993; 19:287-302.
60. Kessing LV, Hansen HV, Ruggeri M, Bech P: Satisfaction with treatment among patients with depressive and bipolar disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41:148-155.
61. Knudsen HC, Vazquez-Barquero JL, Welcher B, *et al*. Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurements for schizophrenia. EPSILON Study 2. (2000) *British Journal of Psychiatry*, 177 (suppl. 39), s8 -s14.
62. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* [on line] 2004, 82(11):858-866
63. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* [on line] 2004, 82(11):858-866. Disponível no:
64. Kovess-Masféty V, Wiersma D, Xavier M, Caldas de Almeida JM, Carta MG, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Torres-Gonzalez F, Moreno Kustner B, Walsh

- D (2006). Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 2: 22.
65. Kovess-MasfÉty V, Xavier M, Kustner BM, Suchock A, Sevilla-Dedieu C, Dubuis J, et al. Schizophrenia and Quality of Life: a one year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry*. 2006.
66. Kovess-MasfÉty V, Wiersma D, Xavier M, de Almeida JM, Carta MG, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Torres-Gonzalez F, Moreno Kustner B, Walsh D. Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006 Sep 11;2:22.
67. Kulhara P, Avasthi A, Grover S, Sharan P, Sharma P, Malhotra S, Gill S. Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Aug;45(8):809-18. doi: 10.1007/s00127-009-0126-1. Epub 2009 Aug 26.
68. Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders – a call for action. *Lancet* 2007; 38:625-31.
69. Lebour JL. Similarities and differences between mental health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. *Evaluation and Programm Planning*, 1983.
70. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the schizophrenia Patients Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull*. 1998;24:1-10.
71. Lei-Quadro dos Hospitais Centrais. Decreto-Lei nº 83/2005. I Série-nº51, BO da República de Cabo Verde.
72. Liberman RP: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Psychiatry* 57:104-114, 1994.
73. Mari JdJ, Razzouk D, Thara R, Eaton J, Thornicroft G (2009) Packages of Care for Schizophrenia in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med* 6(10): e1000165. doi:10.1371/journal.pmed.1000165
74. Marwatha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337-349.

75. Masthoff, E.D. et al. Validation of the WHO Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-100) in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *European Psychiatry* 20(2005) 465-473.
76. Mateus MD. Estudo Etnográfico de pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente, Cabo Verde. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, 1998. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.
77. Matthew, G.K. (1971) Measuring need and evaluating services. In: *Problems and Progress in Medical Care* (ed. G. McLachlan). Sixth series. London: Oxford University Press.
78. McCabe R, Saidi M, Priebe S. Patient reported-outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatr Suppl.* 2007; 191 (50):S21.8.
79. McCrone P., Leese, M., Thornicroft, G., et al. A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 370-379.
80. Mckibbin C, Patterson TL, Jeste DV: Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS II. *J Nerv Ment Dis* 2004, 192: 405-413.
81. Menezes PR, Mann, AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 27(5):340-9, 1993.
82. Menezes PR, Scazufca M. Estudo de confiabilidade da versão em português da Escala de Avaliação da Incapacidade Psiquiátrica (WHO/DAS), *Rev ABP/APAL* 1993;15:65-7.
83. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy D, Salyers MP. The illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophr Bull.* Vol 32 no- SI pp S32-S43, 2006. Download from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org> by on May 10, 2010.
84. Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M, and the NEDES Group. Met and Unmet Needs of Schizophrenia: Patients in a Spanish Sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2):201-210, 2003.

85. Ochoa S, Haro J, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull* 2003; 29: 201–10.
86. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 351.
87. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry*. 1998;172:291-3.
88. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* 2011;45(1):153-65.
89. Patel V, Cohen A, Thara R et al (2006) Is the schizophrenia really better in developing countries? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 149-152.
90. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 153:607-617, 1996.
91. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, *et al*. The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *British Journal of Psychiatry* (1995), 167, 589-595.
92. Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2009-2013). Ministério da Saúde; Praia, 2009.
93. Política Farmacêutica de Cabo Verde, BO nº 23, I série, 28 de Julho de 2003.
94. Política Nacional de Saúde. Ministério da Saúde; Cabo Verde, 2006.
95. Questionário Unificado dos Indicadores Básicos de Bem-Estar (QUIBB). INE, 2007. www.ine.cv
96. Recenseamento Geral da População e Habitação: Resultados Provisórios, Instituto Nacional de Estatística (INE). Cabo Verde, 2010. Disponível no www.ine.cv.
97. Relatório do Desenvolvimento Humano 2007, PNUD.
98. Relatório do Desenvolvimento Humano 2011, PNUD
99. Relatório do Progresso de Execução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Cabo Verde. Ministério das Finanças, 2008.

100. Relatório Estatístico 2010. Ministério da Saúde, 2011.
101. Ribeiro, SMS. Contributo para a adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa. Aveiro: Escola Superior de Saúde, UA, 2010. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.
102. Rogerson, RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):13-82.
103. Ruggeri M, Biggeri A, Rucci P, et al (1998) Multivariate analysis of outcome of mental health care using graphical chain models. The South-Verona Outcome Project I. *Psychological Medicine*, 28. 1421-1431.
104. Ruggeri M, Lasalvi A, Bisoff G, Thornicroft G, Vazquez-Barquero JL, Becker T, Knapp M, Knudsen Ch. H, Schene A, Tansella M, and the EPSILON Study Group. Satisfaction With Mental Health Services Among People With Schizophrenia in Five European Sites: Results From the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2):229-245, 2003.
105. Ruggeri, M. Patients and relatives satisfaction with psychiatric services; the state of art of its measurement. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 1994, 29: 212-227.
106. Ruggeri, M.; & Dall'Agnola, R. (1993) The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in-patients, relatives, and professionals. *Psychological Medicine*. 23, 511-523.
107. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J: A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005, 2:e141, doi:10.1371/journal.
108. Santos, A. Tradução e Adaptação da Verona Service Scale European Version (VSSS-EU) para o tratamento da toxicod dependência. *Revista Toxicod dependências*. Edição IDT Vol 15, Nº 3, pg 69-79; 2009.
109. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji MA, Cohen A, Goreje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C. Barriers to improvement of mental health services in low and middle-income countries. Published on line September 4, 2007 DOI:10.1016/50140-6736(07)61263-X. (www.thelancet.com).

110. Saxena S, Sharan P, Cumbreira Mg, Saraceno B. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006, 5(3):179-184.
111. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency *The Lancet*, Volume 370, Issue 9590, Pages 878 - 889, 8 September 2007.
112. Schlithler, ACB., et al. Reliability of the Brazilian version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) in first-episode psychosis cases in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(2):160-3.
113. Schubart C, Krumm B, Biehl H, Schwartz R. Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. *Soc. Psychiatry*, 21: 1-9, 1986.
114. Shepherd M, Watt D, Falloon I, Smeeton N (1989). The natural history of schizophrenia: a five year follow-up. Study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol. Med.Monogr. Suppl.* 15, 1-46.
115. Sheppard M. Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing*; 1993, 18: 246-259.
116. Slade M, Beck A, Bindman J et al. (1999a) Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *British Journal of Psychiatry*, 174. 404-408.
117. Slade M, Leese M, Cahill S, Thornicroft G, Kuipers E. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British Journal of Psychiatry* (2005), 187, 256-261.
118. Slade M, Leese M, Ruggeri M, et al (2004) Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 183-189.
119. Slade, M. What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Australia and Zealand Journal of Psychiatry* 2002; 36:743-753).
120. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988;57:109-12.

121. SPSS (1993) SPSS for Windows version 6.0. *Statistical Package for the Social Sciences*. Chicago: SPSS Inc.
122. Switaj P, Anczewaska M, Chrostec A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. Disability and Schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry* 2012, 12:192. Disponível no <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/193>
123. Tempier R, Mercier C, Leoufre P, Caron J, Quality of Life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22: 249-55.
124. Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton J *et al.* Ten-year course of schizophrenia – the Madras Longitudinal Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994. 90:329-396.
125. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (the WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci Med* 1995; 41:1403-09.
126. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85.
127. Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen H, Schene A, Tansella M, & Barquero. (2006) *International Outcome measures in mental health – Quality of life, needs, service satisfaction, costs and impact on careers*. London: Gaskell.
128. Thornicroft G, Tansella M: Components of a modern mental health services: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry* (2004), 185, 283-290.
129. Thornicroft, G.; Becker, T, Knapp, M.. et al. (eds). Reliable outcome measures for mental health service research in five European countries: the EPSILON study. *Br J Psychiatry* 2000; 177 (Suppl 39).
130. Trad L, Bastos A, Santana E, & Nunes M (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na Bahia. *Ciência & Saúde Colectiva*, 7 (3): 581-589.

131. Trompenaars, F.J.; Masthoff, E.D.; Van Heck, G.L.; Hodiament, P.P.; De Vries, J. Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Qual Life Res* (2005) 14: 151-160.
132. UK 700 Group (1999) predictors of quality of life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK 700 trial. *British Journal of Psychiatry*, 175, 426-432.
133. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korff M, Pull Ch. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ*. 2010 Nov 1;88 (11):815-23.
134. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization; 2010.
135. van Campen C, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Med Care Res Rev*. 1995 Mar; 52(1):109-33.
136. Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões MR, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, Paredes T (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
137. Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões MR, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, Paredes T (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
138. Ware JE, Snyder MR, Wright R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Prog Planning* 1983; 6:247-63.
139. Wennstrom E, Sorbom D, Wiesel FA. Factor structure in the Camberwell Assessment of Need. *British Journal of Psychiatry*, (2004), 185, 505-510.
140. Wiersma D & van Busschbach J. (2001) Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 251, 239-246.

141. Wing J. K. & Hailey, A. M. (Eds) (1972) *Evaluating a Community Psychiatric Service. The Camberwell Register. 1964-1971*. London: Oxford University Press.
142. World Health Organization (1992) *International Classification of Diseases (ICD-10)*, 10th revision edn. World Health Organization (WHO), Geneva.
143. World Health Organization (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. WHO Press, Geneva. http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html.
144. World Health Organization *Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) 2001* (<http://www.who.int/icidh/whodas/index.html>).
145. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organization, 2001.
146. World Health Organization. *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance abuse disorders*. Geneva: World Health Organization, 2008.
147. World Health Organization. *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHODAS)*, Geneva: WHO; 1988.
148. World Health Organization. *World Health Report: Mental Health, New understanding. New hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
149. Xavier *et al.* Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo e multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20:2 (2003)5-17.
150. Xavier M, Caldas de Almeida JM, Martin E, Baharona E, Kovess V. Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 20, N°2 – Julho / Dezembro 2002.
151. Xavier M. Avaliação de qualidade de serviços de psiquiatria e saúde mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. UNL, 1999. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
152. Xavier M. Versão Portuguesa do VSSS – Escala de Verona para a Avaliação da Satisfação com os Serviços de Psiquiatria, 1997.

153. Zahid et al. BMC Health Services Research 2010, 10:294
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/294>.

ANEXOS

1. Permissão da Direcção do Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto
2. Autorização do Comité Nacional de Ética na Pesquisa em Saúde
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
4. Ficha de dados sociodemográficos e indicadores de serviço
5. Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R2.0)
6. Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS-II)
7. Anexo 7: Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)
8. Escala de Verona para a Avaliação da Satisfação com os Serviços (VSSS).

Anexo 1: Permissão da Direcção do Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto

Exmo. Senhor
Dr. João Miguel Vaz
Director do Serviço de Psiquiatria
Extensão Trindade do HAN

*26/01/2012
Autorizo desde que tenha
aprovação da comissão
de ética para nos aquila
em sair de.*



PRAIA

Eu, Daniel Silves Ferreira, médico psiquiatra, colocado o Serviço de Psiquiatria da Exnsão Trindade do Hospital Agostinho Neto, venho pela presente submeter à sua apreciação e solicitar a sua autorização para a realização no Serviço que dirige da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS, INCAPACIDADE, QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DOS INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA, ACOMPANHADOS NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA EXTENSÃO TRINDADE DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO”** que pretendo realizar no âmbito da conclusão do mestrado internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental no qual me encontro inscrito, sob a orientação do Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal e cujo processo será enviado ao Comité Nacional de Ética de Pesquisa em Saúde para parecer.

Praia, 26 de Janeiro de 2012

Daniel Silves Ferreira

Anexo 2: Autorização do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

(CNEPS)

Deliberação nº4/12

1-Foi submetido, a 3 /2 /12 nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) o Projecto de pesquisa intitulado” “AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS, INCAPACIDADE, QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS, DE INDIVDUOS COM ESQUIZOFRENIA, ACOMPANHADOS NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA EXTENSÃO TRINDADE DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO” pelo mestrando Psiquiatra, Dr. Daniel Silves Ferreira

2-O projecto enquadra-se, no âmbito do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental, sob a orientação do Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

3-Os documentos de suporte :

- O Protocolo de Pesquisa
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Curriculum vitae do pesquisador
- Curriculum vitae do Orientador
- Autorização do Director do Serviço de Psiquiatria
- Comprovativo de Matrícula da Mestranda

Foram apreciados pelo CNEPS na sua 25ª Reunião Ordinária, a 23/2 /12, tendo-se concluído que o projecto está muito bem formulado, tendo dúvidas apenas em relação à capacidade de alguns doentes em dar o seu consentimento livre e esclarecido.

O CNEPS, deliberou no sentido da aprovação da pesquisa, ao abrigo do artigo nº 11 do Decreto-Lei nº 26/2007, devendo pesquisador manter o CNEPS informado sobre o andamento dos trabalhos e os resultados alcançados, enviando 1 cópia do trabalho no final.

Praia, 27/2/12

A Presidente do CNEPS



Maria da Conceição Moreira de Carvalho

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental

PROJECTO DE PESQUISA

Avaliação das Necessidades, Incapacidade, Qualidade de Vida e Satisfação com os Serviços de Indivíduos com Esquizofrenia, seguidos no Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto, na Cidade da Praia, Cabo Verde.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Nome do sujeito:

Sexo: M F

Idade:

Endereço:

II. REGISTO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Justificativa e objectivos da pesquisa

Não se sabe quais as necessidades das pessoas com doenças mentais que são acompanhadas pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto. Também não se conhece o seu grau de incapacidade, nem a sua qualidade de vida ou a satisfação com os serviços. Este estudo pretende responder essas importantes perguntas.

2. Procedimentos

Gostaríamos que respondesse a uma série de perguntas sobre como se tem sentido e sobre coisas que podem ter ocorrido recentemente. Também queremos entrevistar o profissional de saúde que tem acompanhado a sua situação.

3. Desconfortos e riscos esperados

A entrevista pode ser um pouco cansativa.

4. Benefícios que poderão ser obtidos

O estudo pode trazer conhecimentos muito importantes para ajudar pessoas com o mesmo tipo de problema.

III. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Sim.

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade da assistência.

Sim.

3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Sim.

Eu,, declaro que estou esclarecido (a) dos objectivos e dos procedimentos da pesquisa e que concordo em participar do estudo e com a publicação e/ou apresentação dos dados colectados desde que sejam respeitados os princípios éticos apresentados pelo pesquisador e ter sido informado da existência do Comité Nacional de Ética para a Pesquisa na Saúde para a qual eu possa recorrer caso os meus direitos à dignidade e segurança relativos à participação nesta pesquisa não forem respeitados.

Assinatura _____

Pesquisador:

Daniel Silves Ferreira, psiquiatra

Serviço de Psiquiatria – Extensão Trindade do HAN

Tel: 264 5017 (profissional) e 993 77 64 (pessoal)

E-mail: dansilves@yahoo.com

Orientador:

Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa

Portugal

A5: Estado civil actual

Solteiro (a)	1
Casado (a)	2
Separado (a)	3
Divorciado (a)	4
Viúvo (a)	5
União de facto	6

A5: Como descreve a sua situação profissional, actualmente (ESCOLHER A MELHOR OPÇÃO)

Trabalho por conta de outrem	1
Trabalho por conta própria	2
Trabalho não remunerado (ex-voluntário)	3
Estudante	4
Empregado(a) doméstico (a)	5
Reformado (a)	6
Desempregado(a) (por razões de saúde)	7
Desempregado(a) (outras razões)	8
Outra situação (especificar)	9

B. INDICADORES DE SERVIÇO

B1: Internamentos anteriores Não 1 Sim 2

B2: Número de internamentos 0 1 2 3 ou mais

B3: Duração média do internamento: dias

Pesquisador: Daniel Silves Ferreira

Orientador: Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida

Anexo 5: Escala de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN-R2)

CAN R2.0
CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED
RESEARCH VERSION R2.0
Michael Phelan, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee,
Graham Thornicroft and Till Wykes
PRISM - INSTITUTE OF PSYCHIATRY / LONDON, 15-11-93
www.iop.kcl.ac.uk/prism/can/

**INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE
NECESSIDADES DE CAMBERWELL**

Adaptação e validação parcial efectuada por Joaquim Gago
(Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa)

Joaquim Gago, J. Caldas de Almeida e Miguel Xavier
Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental
da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
Versão de Dezembro de 1996

Nota: para mais informações contactar a Clínica Universitária
tel.213644651 ou Joaquim Gago (jgago@netcabo.pt)

Número _____ Avaliação _____

Centro _____

Investigador _____ telef. _____

Investigação _____

Data _____

COMO UTILIZAR A VERSÃO PARA INVESTIGAÇÃO DO
INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE
CAMBERWELL (CAN R 2.0) :

A versão para investigação do CAN permite inquirir os utentes e os técnicos e determinar os diferentes pontos de vista de ambos. Antes de utilizar o CAN, leia por favor todo o inquérito, incluindo os exemplos que fornecem úteis indicações para escolher a cotação adequada.

Este inquérito apresenta 22 itens e cada item é constituído por quatro partes. As respostas dos utentes e dos técnicos são consideradas separadamente e podem ser diferentes em cada uma das questões.

SECÇÃO 1 Perguntar se tem ocorrido algum problema em cada uma das áreas questionadas (no último mês).

0 = Sem problema

1 = Sem problema ou problema parcialmente resolvido, devido a intervenção contínua.

(por.e.g. necessidade respondida ou parcialmente respondida)

2 = problema grave

9 = desconhecido

Se a pessoa responder 0 ou 9 deve avançar para a página seguinte, caso contrário deverá completar as restantes questões.

Para cada um dos itens são sugeridas as questões a efectuar (em itálico).

SECÇÃO 2 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido por prestadores de cuidados informais, durante o último mês.
(e.g. amigos, familiares, etc)

SECÇÃO 3 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido e necessitado prestado por profissionais , durante o último mês.
(profissionais do SNS, dos Serviços Sociais, das Autarquias, etc)

SECÇÃO 4 Perguntar se os cuidados prestados são adequados e qual o grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados que recebe.

O CAN foi elaborado no PRISM por Michael Phelan, Mike Slade, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee, Graham Thornicroft e Till Wykes.

ÍNDICE

NÚMERO	ITEM / ASSUNTO
--------	----------------

1	- ALOJAMENTO
2	- ALIMENTAÇÃO
3	- TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS
4	- AUTOCUIDADO
5	- ACTIVIDADES DIÁRIAS
6	- SAÚDE FÍSICA
7	- SINTOMAS PSICÓTICOS
8	- INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO
9	- “SOFRIMENTO” PSICOLÓGICO
10	-RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO
11	-RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS
12	-ALCOOL
13	-DROGAS
14	-CONTACTOS SOCIAIS
15	-RELAÇÕES ÍNTIMAS
16	-RELACIONAMENTO SEXUAL
17	-CUIDAR DOS FILHOS
18	-EDUCAÇÃO BÁSICA
19	-UTILIZAÇÃO DO TELEFONE
20	-UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES
21	-DINHEIRO
22	-SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS

1.ALOJAMENTO

AVALIAÇÃO
utente técnico

A PESSOA CARECE DE UM ALOJAMENTO

HABITUAL PARA VIVER ?

Qual o género de alojamento onde vive?
De que tipo de alojamento se trata?

0= SEM PROBLEMA e.g. a pessoa tem uma casa condigna
(mesmo se estiver no momento internada)
1=SEM/ PROBLEMA MODERADO DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. a pessoa estar a viver em residência protegida ou lar
2=PROBLEMA GRAVE e.g. sem abrigo, alojamento precário sem condições de saneamento básico
9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS
OU FAMILIARES EM RELAÇÃO AO ALOJAMENTO?

0=NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. ajuda ocasional fornecendo algumas peças de mobiliário
2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda significativa para melhorar o alojamento, como na remodelação da casa
3= GRANDE AJUDA e.g. vive com um familiar devido ao alojamento do próprio ser insatisfatório
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC)
RELATIVAMENTE AO O ALOJAMENTO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES
SERVIÇOS FACE AO SEU ALOJAMENTO ?

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. ligeira melhoria na decoração ou indicação de serviços de apoio à habitação
2= ALGUMA AJUDA e.g. grandes melhorias, referência para serviços de apoio ao alojamento
3= GRANDE AJUDA e.g. ser realojado, ou entrar para lar ou residência protegida
9= DESCONHECIDA

À PESSOA RECEBE A AJUDA ADEQUADA RELATIVAMENTE
AO ALOJAMENTO ?

(0=NÃO, 1=SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE
RECEBE RELATIVAMENTE AO ALOJAMENTO?

(0=NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

2. ALIMENTAÇÃO

AVALIAÇÃO
utente técnico

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM OBTER UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

Qual o tipo de alimentos que come ?

É capaz de comprar os seus alimentos e preparar as suas refeições ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de comprar e preparar as refeições
- 1= SEM / ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. refeições fornecidas
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. alimentação muito restrita ou culturalmente inapropriada
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 3

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. refeições fornecidas semanalmente ou com menor frequência
- 2= AJUDA MODERADA e.g. ajuda semanal na compra de alimentos ou refeições fornecidas mais do que uma vez por semana , mas não diariamente
- 3= MUITA AJUDA e.g. refeições fornecidas diariamente
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES SERVIÇOS, EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. fornecida uma refeição por semana ou ajuda numa refeição por dia
- 2= AJUDA MODERADA e.g. fornecida uma refeição diária ou ajuda em todas as refeições
- 3= GRANDE AJUDA e.g. fornecidas todas as refeições
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA DE AJUDA NECESSÁRIA PARA OBTER UMA ALIMENTAÇÃO SUFICIENTE ?
(0 = NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1 = SATISFEITA)

3. TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

<p>A PESSOA TEM DIFICULDADE EM CUIDAR DO SEU PRÓPRIO ALOJAMENTO ?</p> <p><i>Você é capaz de cuidar da sua própria casa ?</i> <i>Alguém o ajuda ?</i></p> <p>0= SEM PROBLEMA e.g. a casa pode estar desarrumada mas limpa</p> <p>1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. tem ajuda doméstica regular</p> <p>2= PROBLEMA GRAVE e.g.casa suja e com potencial risco para a saúde</p> <p>9= DESCONHECIDO</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 4</p>	
<p>QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA CUIDAR DA CASA ?</p> <p>0= NEHUMA</p> <p>1= POUCA AJUDA e.g.incentivar ou ajudar a arrumar ou limpar, ocasionalmente</p> <p>2= ALGUMA AJUDA e.g. incentivar ou ajudar a limpar pelo menos uma vez por semana</p> <p>3=MUITA AJUDA e.g. lavagem das roupas e limpeza da casa supervisionada mais que uma vez por semana</p> <p>9= DESCONHECIDA</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>QUAL A AJUDA QUE A PESSOA <i>RECEBE</i> DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) PARA CUIDAR DA CASA?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>QUAL A AJUDA QUE A PESSOA <i>NECESSITA</i> DESSES SERVIÇOS, PARA CUIDAR DA CASA ?</p> <p>0= NEHUMA</p> <p>1= POUCA AJUDA e.g. incentivada pelos técnicos</p> <p>2= ALGUMA AJUDA e.g. alguma ajuda nas tarefas domésticas</p> <p>3= MUITA AJUDA e.g.maioria das tarefas de casa realizadas pelos técnicos</p> <p>9= DESCONHECIDA</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>A PESSOA RECEBE A FORMA CERTA DE AJUDA PARA CUIDAR ADEQUADAMENTE DA CASA ?</p> <p>(0= NÃO , 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA CUIDAR DA CASA?</p> <p>(0=NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)</p>	<input type="checkbox"/>

4. AUTOCUIDADO

AVALIAÇÃO
utente técnicos

<p>A PESSOA TEM DIFICULDADES EM CUIDAR DE SI PRÓPRIA?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><i>Tem dificuldades em manter os cuidados adequados de higiene ? Já alguma vez, alguém lhe chamou a atenção para se cuidar melhor ? Quem ?</i></p>	
<p>0= SEM PROBLEMA e.g. a aparência pode ser excêntrica ou desarrumada, mas limpa 1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. supervisão nos cuidados pessoais DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA 3= PROBLEMA GRAVE e.g. ausência ou insuficiente higiene pessoal 9= DESCONHECIDO</p>	
<p>SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 5</p>	
<p>QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>0= NENHUMA 1= POUCA AJUDA e.g. incentivo ocasional para mudar de roupa 2= ALGUMA AJUDA e.g. insistir na prática regular de duche / banho 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão diária dos diversos cuidados pessoais 9= DESCONHECIDA</p>	
<p>QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES SERVIÇOS , RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>0= NENHUMA 1= POUCA AJUDA e.g. incentivo ocasional 2= ALGUMA AJUDA e.g. supervisão semanal da lavagem pessoal 3=MUITA AJUDA e.g. supervisão dos vários aspectos dos cuidados pessoais , programa de aquisição de autocuidados 9=DESCONHECIDA</p>	
<p>A PESSOA RECEBE A FORMA ADEQUADA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS ? (0= NÃO , 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>EM TERMOS GLOBAIS A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AOS AUTOCUIDADOS ? (0=NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)</p>	<input type="checkbox"/>

5. ACTIVIDADES DIÁRIAS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE COM AS ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

Como ocupa o seu dia ?

Tem actividades suficientes para se ocupar ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. emprego a tempo completo ou suficientemente ocupado com actividades domésticas /sociais
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. frequência de um centro de dia DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. sem nenhum tipo de emprego e sem ocupação suficiente com actividades domésticas /sociais
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 6

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA ENCONTRAR OU MANTER ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA e.g. aconselhamento ocasional acerca das actividades diárias
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. arranjou actividades diárias tais como educação de adultos ou frequência de centros de dia
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão regular nas actividades diárias , visitas diárias
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC), PARA PROCURAR OU MANTER ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA ENCONTRAR OU MANTER ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. Treino profissional / educação de adultos
- 2=ALGUMA AJUDA e.g. Trabalho protegido diário. Frequência de centro de dia 2-4 dias por semana
- 3= MUITA AJUDA e.g. Frequência diária de centro de dia ou hospital de dia
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE ÀS ACTIVIDADES DIÁRIAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE ÀS ACTIVIDADES DIÁRIAS ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

6. SAÚDE FÍSICA

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUMA INCAPACIDADE OU ALGUMA DOENÇA FÍSICA ?

Como se sente em termos de saúde física ?
Efectua algum tratamento para problemas físicos, instituído pelo seu médico ?

0= SEM PROBLEMA	e.g. fisicamente bem
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTINUA	e.g.doença física, como HTA, recebendo tratamento adequado
2= PROBLEMA GRAVE	e.g.doença física, não tratada, também inclui os efeitos acessórios
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 7

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ?

0= NENHUMA
1=POUCA AJUDA eg. sugerindo a ida ao médico
2= ALGUMA AJUDA e.g. acompanhar na ida ao médico
3= MUITA AJUDA e.g.ajuda diária na ida à casa de banho, alimentação ou mobilização
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *RECEBE* DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *NECESSITA* DE RECEBER DESSES SERVIÇOS EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ?

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g.fornecer dieta , aconselhar a família
2=ALGUMA AJUDA e.g. prescrever medicação ou consulta regular com o médico de família / enfermeira
3= MUITA AJUDA ex.consultas hospitalares frequentes, alterações na casa
9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS FÍSICOS ?
(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS FÍSICOS ?
(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

7.SINTOMAS PSICÓTICOS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUNS SINTOMAS PSICÓTICOS, COMO IDEIAS DELIRANTES, ALUCINAÇÕES, DISTÚRBIOS FORMAIS DO PENSAMENTO OU EXPERIÊNCIAS DE PASSIVIDADE ? *

Alguma vez teve experiências difíceis de explicar, tais como ouvir vozes, ideias de perseguição, etc ?
Está a efectuar alguma medicação ou injeções ? Para que servem ?

0= SEM PROBLEMA	e.g. sem sintomas positivos ou em remissão e sem estar a efectuar medicação
1= SEM / ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	e.g. recebe medicação ou outra ajuda
2= PROBLEMA GRAVE	e.g. presentemente com sintomas ou em risco de os desenvolver
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 8

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

0= NENHUMA	
1=POUCA AJUDA	e.g. alguma compreensão e suporte
2= ALGUMA AJUDA	e.g. prestadores informais de cuidados envolvidos na ajuda com estratégias de <i>coping</i> ou adesão à medicação
3= MUITA AJUDA	e.g. supervisão constante da medicação e ajuda com estratégias de <i>coping</i>
9= DESCONHECIDA	

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *RECEBE* DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS) FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *NECESSITA* DE RECEBER DESSES SERVIÇOS FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g.revisão trimestral (ou mais espaçada) da medicação e grupos de apoio
2=ALGUMA AJUDA	eg. revisão da medicação com frequência maior que trimestral , terapia psicológica estruturada
3= MUITA AJUDA	e.g. cuidados hospitalares durante 24 horas e medicação ou intervenção domiciliar na crise
9= DESCONHECIDA	

À PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

* Explorar este item adequadamente sob o ponto de vista Psicopatológico

8. INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA
E TRATAMENTO

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA RECEBEU INFORMAÇÃO ESCRITA OU VERBAL CLARA SOBRE A DOENÇA E RESPECTIVO TRATAMENTO ?

*Tem recebido informação clara sobre a medicação ou outro tratamento ?
Considera útil e suficiente a informação que recebeu ?*

0= SEM PROBLEMA eg.. recebeu e entendeu informação adequada
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. não recebeu ou não entendeu toda a informação
2= PROBLEMA GRAVE e.g. não recebeu nenhuma informação
9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 9

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ?

0= NENHUMA
1=POUCA AJUDA e.g. algum aconselhamento de familiares ou amigos
2= ALGUMA AJUDA e.g. familiares ou amigos fornecem informações ou põe a pessoa em contacto com grupos de auto ajuda
3= MUITA AJUDA e.g. contacto regular com médicos ou grupos como resultado da preocupação de amigos ou familiares
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ?

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. informação verbal breve sobre a doença / problema
2=ALGUMA AJUDA e.g. informação específica sobre grupos de autoajuda, sessões com informação verbal mais longa sobre fármacos e alternativas ao tratamento
3= MUITA AJUDA e.g. informação escrita detalhada fornecida ou recebeu educação específica sobre este assunto
9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

9. SOFRIMENTO PSICOLÓGICO

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA ESTÁ EM “SOFRIMENTO PSICOLÓGICO” ?

Tem se sentido recentemente muito triste ou em “baixo” ?

Tem sentido ansiedade ou medo excessivo?

0= SEM PROBLEMA e.g. ligeiro ou ocasional sofrimento psicológico

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe aconselhamento regular DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. sofrimento psicológico afecta significativamente a vida, como impedir que a pessoa saia à rua

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 10

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES FACE AO SEU “SOFRIMENTO PSICOLÓGICO” ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. alguma compreensão ou apoio

2= ALGUMA AJUDA e.g. tem oportunidade (pelo menos semanal) de falar acerca do sofrimento psicológico com amigos ou familiares

3= MUITA AJUDA e.g. supervisão e apoio constante

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. avaliação do estado mental ou suporte ocasional

2= ALGUMA AJUDA e.g. tratamento psicológico ou social específico para a ansiedade. Aconselhamento pelos técnicos (pelo menos semanalmente).

3= MUITA AJUDA e.g. cuidados hospitalares 24 horas ou intervenção na crise

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA DE AJUDA CORRECTA RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE A ESSE SOFRIMENTO ?

(0 NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

10. RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA ENVOLVE-SE EM SITUAÇÕES DE RISCO PARA ELA PRÓPRIA ?

Já alguma vez teve pensamentos de fazer mal a si mesmo ou efectuou mesmo autoagressão /tentativa de suicídio ?

0= SEM PROBLEMA e.g. sem ideias suicidas

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. risco de suicídio acompanhado pelos DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA técnicos ou aconselhamento

2= PROBLEMA GRAVE eg.. expressou ideias de suicídio durante o último mês ou expos-se a situações de risco

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 11

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. capaz de contactar amigos ou familiares se se sentir em risco ou em perigo

2= ALGUMA AJUDA e.g. amigos ou familiares com contacto regular e interessados em saber se a pessoa está em risco

3= MUITA AJUDA e.g.amigos ou familiares com contacto regular e muito interessados em saber e em prestar ajuda, se a pessoa estiver em risco

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS, PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g.alguém para contactar quando se sente em perigo

2=ALGUMA AJUDA e.g.técnicos efectuem avaliação no mínimo semanal, aconselhamento e apoio regular

3= MUITA AJUDA e.g.supervisão diária ou no internamento

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA REDUZIR ESSE RISCO ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

11.RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA É OU REPRESENTA UM RISCO POTENCIAL PARA A SEGURANÇA DOS OUTROS. ?

Em determinadas circunstâncias pensa que pode chegar a ser perigoso para as outras pessoas ? Já alguma vez perdeu o controle e agrediu alguém ?

0= SEM PROBLEMA	e.g. sem história de violência ou comportamento ameaçador
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	eg. supervisão regular devido a risco potencial
2= PROBLEMA GRAVE	e.g. violência recente ou episódio violento recente ou ameaça
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 12

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS ?

0= NENHUMA	
1=POUCA AJUDA	e.g. ajuda (pelo menos semanal) em relação a comportamentos ou ameaças
2= ALGUMA AJUDA	e.g. ajuda em relação a comportamentos ou ameaças, com uma frequência maior que semanal
3= MUITA AJUDA	e.g. praticamente ajuda constante em relação a comportamentos ou ameaças persistente
9= DESCONHECIDA	

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS, (SNS, SERV.SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC),PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA COM OS OUTROS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA COM OS OUTROS ?

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g. supervisão do comportamento (pelo menos semanal)
2=ALGUMA AJUDA	e.g. supervisão diária
3= MUITA AJUDA	e.g. supervisão constante, programa específico de coping
9= DESCONHECIDA	

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS ?
(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS?
(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

12. ALCOOL

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA BEBE EXCESSIVAMENTE OU TEM PROBLEMA EM CONTROLAR A INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ?

*O consumo de bebidas alcoólicas causa-lhe algum problema ?
Gostaria de reduzir o seu consumo de bebidas alcoólicas ?*

0= SEM PROBLEMA	e.g. sem problemas para controlar a ingestão alcoólica
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	e.g. em risco de dependência alcoólica ou a receber ajuda
2= PROBLEMA GRAVE	e.g. actualmente tem consumos alcoólicos nocivos e incontroláveis
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 13

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL ?

0= NENHUMA	
1=POUCA AJUDA	ex. aconselhada a reduzir o consumo
2= ALGUMA AJUDA	ex. aconselhada a ir aos Alcoólicos Anónimos
3= MUITA AJUDA	ex.monitorização diária em relação ao consumo de bebidas alcoólicas
9= DESCONHECIDA	

—

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL ?

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g. informação acerca dos riscos
2=ALGUMA AJUDA	e.g.informação detalhada sobre locais de Autoajuda ou de tratamento
3= MUITA AJUDA	e.g.presença nos Alcoólicos Anónimos ou numa clínica de alcoologia, programa terapêutico para a desintoxicação
9= DESCONHECIDA	

—

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA EM RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AO CONSUMO ALCOOL?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

13. DROGAS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUM PROBLEMA DE TOXICODEPENDÊNCIA ?

Toma algumas drogas ou medicamentos que não tenham sido prescritos ?

Tem dificuldade em parar de consumir alguma droga ou medicamento ?

0= SEM PROBLEMA	ex.sem dependência nem abuso de drogas
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	ex. recebe ajuda para o abuso ou dependência de drogas
2= PROBLEMA GRAVE	ex.dependência ou abuso de drogas lícitas ou ilícitas, prescritas ou não
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 14

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE DROGAS ?

0= NENHUMA	
1=POUCA AJUDA	e.g. aconselhamento ocasional e apoio
2=ALGUMA AJUDA	e.g. aconselhamento regular e contacto com serviços de informação e apoio
3= MUITA AJUDA	e.g.supervisão e ligação a outros serviços
9= DESCONHECIDA	

—

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *RECEBE* DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *NECESSITA* DE RECEBER DESSES SERVIÇOS EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g.aconselhamento pelo médico de família
2=ALGUMA AJUDA	e.g. Clínica / Centro de Toxicodependência
3= MUITA AJUDA	e.g.assistência na privação e cuidados no internamento
9= DESCONHECIDA	

—

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

14. CONTACTOS SOCIAIS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA NECESSITA DE AJUDA NOS CONTACTOS SOCIAIS ?

Sente que passa muito tempo sozinho ?
Gostaria de ter mais contactos com os outros ?

0= SEM PROBLEMA	e.g. capaz de estabelecer contactos sociais e ter amigos suficientes
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	e.g. frequência de centros de dia, grupos religiosos, etc
2= PROBLEMA GRAVE	e.g. sentir-se com frequência só e isolado
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 15

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES FACE AOS OS CONTACTOS SOCIAIS ?

0= NENHUMA
1=POUCA AJUDA e.g. contacto social com frequência menor que semanal
2= ALGUMA AJUDA e.g. contacto social semanal ou mais frequente
3= MUITA AJUDA e.g. contacto social pelo menos quatro vezes por semana
9= DESCONHECIDA

—

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV.SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) NO DESENVOLVIMENTO DE CONTACTOS SOCIAIS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA DESENVOLVER CONTACTOS SOCIAIS?

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. aconselhamento sobre centros / “clubes” sociais
2=ALGUMA AJUDA e.g. frequência semanal de centro de dia ou outro grupo na comunidade
3= MUITA AJUDA e.g. presença diária em centro de dia
9= DESCONHECIDA

—

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA ESTABELECEER CONTACTOS SOCIAIS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA ESTABELECEER CONTACTOS SOCIAIS?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

15.RELAÇÕES ÍNTIMAS

AValiação
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM ENCONTRAR UM
COMPANHEIRO/A OU EM MANTER UM RELAÇÃO ÍNTIMA ?
Você tem um namorado / a ?
Tem problemas no seu namoro / casamento ?

0= SEM PROBLEMA e.g. tem relação satisfatória ou sem problemas por não ter companheiro/a

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe terapia conjugal DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g.violência doméstica ; pretende ter namorado/a

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 16

QUAL A AJUDA QUE RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES
PARA DESENVOLVER E MANTER UMA RELAÇÃO ÍNTIMA ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. algum suporte emocional

2= ALGUMA AJUDA e.g. várias conversas de apoio

3= MUITA AJUDA e.g.conversas de apoio mais intensas e sobre como lidar com os sentimentos

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS
(SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA DESENVOLVER
E MANTER RELAÇÕES ÍNTIMAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
DESSES SERVIÇOS PARA DESENVOLVER E MANTER
RELAÇÕES ÍNTIMAS? ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g.algumas conversas de apoio

2=ALGUMA AJUDA eg..várias conversas de apoio

3= MUITA AJUDA e.g.terapia conjugal, treino de aptidões sociais

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA
DESENVOLVER E MANTER RELAÇÕES ÍNTIMAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE PARA DESENVOLVER E MANTER
RELAÇÕES ÍNTIMAS ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1 = SATISFEITA)

16. RELACIONAMENTO SEXUAL

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM PROBLEMAS COM A SUA VIDA SEXUAL ?

Está satisfeito com a sua vida sexual ?

Sente alguma dificuldade a esse nível ?

0= SEM PROBLEMA e.g. satisfeito com a vida sexual

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe terapia sexual
DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. dificuldade sexual grave

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 17

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS E
FAMILIARES COM OS PROBLEMAS NA SUA VIDA SEXUAL ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. algum aconselhamento

2= ALGUMA AJUDA e.g. várias conversas, material informativo, fornecer
contraceptivos, etc

3= MUITA AJUDA e.g. estabelecer contacto com centros de aconselhamento
e possível acompanhamento na ida a esse centro.
Accessibilidade para conversar sobre este problema

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV.SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) FACE
AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES
SERVIÇOS FACE AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. informação sobre contraceção, sobre sexo
seguro e sobre impotência induzida por drogas ou fármacos

2=ALGUMA AJUDA e.g. conversas regulares sobre sexo

3= MUITA AJUDA e.g. terapia sexual

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA FACE
AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA
QUE RECEBE FACE AOS PROBLEMAS DA VIDA SEXUAL ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

17. CUIDAR DOS FILHOS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM TOMAR
CONTA DOS SEUS FILHOS ?

Tem algum filho com menos de 18 anos ?

Tem alguma dificuldade em tomar conta dos seus filhos?

0= SEM PROBLEMA e.g. sem filhos com menos de 18 anos ou sem
problemas para cuidar dos filhos

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe ajuda nas tarefas parentais ou
DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA nos cuidados com as crianças

2= PROBLEMA GRAVE e.g. tem sérias dificuldades em tomar
conta dos seus filhos

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 18

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU
FAMILIARES PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. "baby-sitting" ocasional, menos do que
uma vez por semana

2= ALGUMA AJUDA e.g. recebe ajuda a maioria dos dias

3= MUITA AJUDA e.g. as crianças vivem com amigos ou familiares

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA
CUIDAR DOS FILHOS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
DESSES SERVIÇOS PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. frequência de infantário

2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda nas tarefas parentais

3= MUITA AJUDA e.g. crianças adoptadas ou em família de acolhimento

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA
CUIDAR DOS FILHOS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

18. EDUCAÇÃO BÁSICA

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA NÃO TEM PERÍCIAS BÁSICAS EM TERMOS DE LITERACIA E ACTIVIDADES DE CÁLCULO ?

*Tem dificuldade em compreender, ler ou escrever Português ?
Tem dificuldade em confirmar o troco que recebe numa loja ?*

0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de compreender, ler ou escrever português

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe ajuda de familiares DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. dificuldade com actividades básicas de leitura e cálculo, ausência de fluência na língua portuguesa

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 19

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA LER E FAZER CONTAS ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. ajuda ocasional para ler e escrever frases

2= ALGUMA AJUDA e.g. pôs a pessoa em contacto com escolas

3= MUITA AJUDA e.g. ensina a pessoa a ler

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *RECEBE* DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *NECESSITA* DE RECEBER DESSES SERVIÇOS COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. auxílio no preenchimento de formulários

2=ALGUMA AJUDA eg. dar informações e conselhos sobre escolas

3= MUITA AJUDA e.g. frequência de aulas de educação para adultos

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A

AJUDA QUE RECEBE COM A ARITMÉTICA E COM A LITERACIA ?
(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

19.UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM TER ACESSO OU
EM UTILIZAR O TELEFONE ?

Sabe como utilizar um telefone ?

É fácil para si ter acesso ao telefone ?

0= SEM PROBLEMA e.g.telefone a funcionar em casa ou fácil acesso a
telefone pago
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g.tem acesso a telefone quando
DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA o requisita
2= PROBLEMA GRAVE e.g.sem acesso a telefone ou incapaz de o utilizar
9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 20

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU
FAMILIARES PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

0= NENHUMA
1=POUCA AJUDA e.g. ajuda a efectuar telefonemas (menos do que uma
vez por mês ou em situações de emergência)
2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda mensal a diária
3= MUITA AJUDA e.g. ajuda disponível sempre que pretendida
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA
EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
DOS SERVIÇOS LOCAIS, PARA EFECTUAR TELEFONEMAS ?

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. acesso ao telefone quando pretendido
2=ALGUMA AJUDA e.g. fornecimento de cartão telefónico
3= MUITA AJUDA e.g.contribuir para a instalação de um telefone em casa
9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA
EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE PARA EFECTUAR TELEFONEMAS ?

A PESSOA TEM ALGUMA DIFICULDADE NA
UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES PÚBLICOS?

(0 = NÃO SATISFEITA, 1 = SATISFEITA)

Recebe um passe de acesso / metro gratuito?

- 0= SEM PROBLEMA - eg. passe de acesso / transportes ou passe
metro / metro
- 1= SEM ALGUM PROBLEMA - eg. ticket ou outra ajuda com os
transportes
- 2= PROBLEMA GRAVE - eg. não pagar ou sem possibilidade de utilizar
os transportes públicos
- 9= DESCONHECIDA

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 21

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE FAMILIARES
OU AMIGOS COM OS TRANSPORTES?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA - eg. não ajuda para utilizar transportes
- 2= ALGUMA AJUDA - eg. sempre ajuda com frequência nos transportes
- 3= MUITA AJUDA - eg. fornece transporte sempre que necessário
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (ONGS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC.) COM
OS TRANSPORTES?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
Desses serviços com os transportes?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA - eg. não ajuda para usar transportes públicos
- 2= ALGUMA AJUDA - eg. ajuda para usar
- 3= MUITA AJUDA - eg. transporte público disponível em qualquer hora
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM
OS TRANSPORTES?

(0 = NÃO, 1 = SIM, 9 = DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE COM OS TRANSPORTES?

(0 = NÃO SATISFEITA, 1 = SATISFEITA)

AJUDA QUE RECEBE COM A ARITMÉTICA E COM A LITERACIA ?
(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

19.UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM TER ACESSO OU
EM UTILIZAR O TELEFONE ?

Sabe como utilizar um telefone ?

É fácil para si ter acesso ao telefone ?

0= SEM PROBLEMA e.g.telefone a funcionar em casa ou fácil acesso a
telefone pago
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g.tem acesso a telefone quando
DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA o requisita
2= PROBLEMA GRAVE e.g.sem acesso a telefone ou incapaz de o utilizar
9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 20

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU
FAMILIARES PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

0= NENHUMA
1=POUCA AJUDA e.g. ajuda a efectuar telefonemas (menos do que uma
vez por mês ou em situações de emergência)
2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda mensal a diária
3= MUITA AJUDA e.g. ajuda disponível sempre que pretendida
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *RECEBE* DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA
EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *NECESSITA* DE RECEBER
DOS SERVIÇOS LOCAIS, PARA EFECTUAR TELEFONEMAS ?

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. acesso ao telefone quando pretendido
2=ALGUMA AJUDA e.g. fornecimento de cartão telefónico
3= MUITA AJUDA e.g.contribuir para a instalação de um telefone em casa
9= DESCONHECIDA

À PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA
EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE PARA EFECTUAR TELEFONEMAS ?

A PESSOA TEM ALGUMA DIFICULDADE NA
UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES PÚBLICOS?

(0 = NÃO SATISFEITA, 1 = SATISFEITA)

Recebe um passe de acesso / metro gratuito?

- 0- SEM PROBLEMA - eg. passe de acesso / transportes no metrô, acesso a metrô
- 1- SEM ALGUM PROBLEMA - eg. passe ou outra ajuda com os serviços de intervenção contínua / transportes
- 2- PROBLEMA GRAVE - eg. acesso ou sem possibilidade de utilizar os transportes públicos
- 9- DESCONHECIDA

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 21

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE FAMILIARES
OU AMIGOS COM OS TRANSPORTES?

- 0- NENHUMA
- 1- POUCA AJUDA - eg. orientação para utilizar transportes
- 2- ALGUMA AJUDA - eg. sempre ajuda com frequência nos transportes
- 3- MUITA AJUDA - eg. fornece transporte sempre que necessário
- 9- DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (ONGS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC.) COM
OS TRANSPORTES?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
DESSES SERVIÇOS COM OS TRANSPORTES?

- 0- NENHUMA
- 1- POUCA AJUDA - eg. orientação para usar transportes públicos
- 2- ALGUMA AJUDA - eg. dispense para uso
- 3- MUITA AJUDA - eg. transporte público disponível em qualquer hora
- 9- DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM
OS TRANSPORTES?

(0 = NÃO, 1 = SIM, 9 = DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE COM OS TRANSPORTES?

(0 = NÃO SATISFEITA, 1 = SATISFEITA)

20.UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUMA DIFICULDADE NA UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES PÚBLICOS ?

*Tem dificuldade em utilizar o autocarro, metro ou comboio ?
Recebe um passe de autocarro / metro gratuito ?*

- 0= SEM PROBLEMA e.g.capaz de utilizar transportes ou tem acesso a carro
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g.passe ou outra ajuda com os transportes
- 2= PROBLEMA GRAVE eg..incapaz ou sem possibilidade de utilizar os transportes públicos
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 21

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE FAMILIARES OU AMIGOS COM OS TRANSPORTES ?

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA eg.. encorajamento para utilizar transportes
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. acompanhado com frequência nos transportes
- 3= MUITA AJUDA e.g. fornece transporte sempre que necessário
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) COM OS TRANSPORTES ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS COM OS TRANSPORTES ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA eg.. fornecem passe para transportes públicos
- 2=ALGUMA AJUDA eg.. despesas para taxi
- 3= MUITA AJUDA eg. transporte para as consultas em ambulância
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM OS TRANSPORTES?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE COM OS TRANSPORTES ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

21. DINHEIRO

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM GERIR
O SEU DINHEIRO ?

*Tem alguma dificuldade em gerir o seu dinheiro ?
Consegue pagar as suas contas / despesas ?*

- 0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de comprar bens essenciais e pagar as contas
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA eg..recebe algum tipo de ajuda para gerir o dinheiro
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. com frequência não tem dinheiro para bens essenciais ou para pagar as contas
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 22

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS
OU FAMILIARES PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA e.g.ajuda ocasional na selecção das despesas domésticas
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda no orçamento semanal
- 3= MUITA AJUDA ex.disposição formal tal como tutela atribuida por decisão judicial

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *RECEBE* DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC)PARA
GERIR O SEU DINHEIRO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *NECESSITA* DE RECEBER
DESSES SERVIÇOS PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g.ajuda ocasional com o orçamento
- 2=ALGUMA AJUDA e.g.supervisão no pagamento da renda e dinheiro fornecido para despesas semanais
- 3= MUITA AJUDA e.g. dinheiro para despesas fornecido diariamente
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA
GERIR O SEU DINHEIRO ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

22. SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA RECEBE TODOS OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

Tem a certeza de que recebe todos os subsídios a que tem direito ?

0= SEM PROBLEMA e.g. recebe todos os subsídios a que tem direito
 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. ajuda para obter alguns ou todos DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA os subsídios
 2= PROBLEMA GRAVE e.g. não sabe /não recebe os subsídios a que tem direito
 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 TERMINOU O INQUÉRITO

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA OBTER OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

0= NENHUMA
 1= POUCA AJUDA e.g. por vezes perguntam se a pessoa está a receber algum dinheiro
 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda no preenchimento dos formulários
 3= MUITA AJUDA e.g. informou sobre todos os subsídios a que tem direito
 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. LOCAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA OBTER TODOS OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA OBTER OS SUBSÍDIOS ?

0= NENHUMA
 1= POUCA AJUDA e.g. aconselhamento ocasional sobre subsídios
 2= ALGUMA AJUDA e.g. auxílio no preenchimento de formulários
 3= MUITA AJUDA e.g. foi efectuada uma avaliação detalhada sobre todos os possíveis subsídios
 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA OBTER OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

Anexo 6: Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS-

Disability Assessment Schedule II

World Health Organization

Escala de Avaliação da Incapacidade

VERSÃO PORTUGUESA

2011

Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Equipa de Projecto para os Cuidados Continuados de Saúde Mental

Disability Assessment Schedule - WHODAS II

Escala de Avaliação da Incapacidade

SECÇÃO 1. Folha de rosto

OS ITENS F1-F9 DEVEM SER PREENCHIDOS PELOS ENTREVISTADORES ANTES DE INICIAR CADA ENTREVISTA

F1: IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

F2: CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

F3: IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR

F4: CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR

F5: Nº DE ENTREVISTA (1ª, 2ª ETC. REALIZADA A ESTA PESSOA)

F6: DATA DA ENTREVISTA

Dia	Mês	Ano

F7: LOCAL DA ENTREVISTA

F8: SITUAÇÃO DE VIDA NO MOMENTO DA ENTREVISTA (ASSINALAR APENAS 1)

Na comunidade, autónomo	<input type="checkbox"/>
Na comunidade, com apoio nas actividades diárias	<input type="checkbox"/>
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>

F9: AMOSTRA (ASSINALAR APENAS 1)

População em geral	<input type="checkbox"/>
Problemas relacionados com drogas	<input type="checkbox"/>
Problemas relacionados com álcool	<input type="checkbox"/>
Problemas de saúde mental	<input type="checkbox"/>
Problemas físicos	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO 3. PREÂMBULO

DIZER AO ENTREVISTADO:

"A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm devido ao seu estado de saúde (**MOSTRAR A FICHA 1 AO ENTREVISTADO**). Por problemas de saúde estou a referir-me a doenças, de duração curta ou prolongada, lesões ou traumatismos físicos, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool ou drogas."

Deve ter presentes todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando pergunto sobre as suas dificuldades para realizar alguma actividade da vida diária, refiro-me a (**MOSTRAR FICHA 1**):

- Aumento do esforço
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alteração na forma como faz a actividade

(**MOSTRAR FICHA 1**) Ao responder, gostaria que pensasse nos últimos 30 dias. Tendo em consideração tanto os dias bons como os maus, pense no grau de dificuldade teve para realizar a actividade tal como a costumava fazer.

(**DAR FICHA 2 AO ENTREVISTADO**) Use esta escala para responder. (**LER A ESCALA EM VOZ ALTA**):

- Nenhuma
- Leve
- Moderada
- Grave
- Extrema, ou não consegue fazer a actividade

(**FICHAS 1 E 2 DEVEM MANTER-SE VISÍVEIS PARA O ENTREVISTADO DURANTE TODA A ENTREVISTA**).

SECÇÃO 4. DOMÍNIOS

DOMÍNIO 1. Compreensão e comunicação

Vou-lhe fazer algumas perguntas sobre compreensão e comunicação

MOSTRAR FICHAS 1 E 2

PARA RESPOSTAS MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTAR: "Durante quantos dias teve essa dificuldade"

REGISTE O NÚMERO DE DIAS (0-30)

Nos últimos 30 dias, que dificuldade teve para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue	Nº de dias
D1.1 <u>Concentrar-se</u> para realizar uma tarefa durante <u>10 minutos</u> ?	1	2	3	4	5	
D1.2 <u>Lembrar-se de coisas importantes</u> que tinha para fazer?	1	2	3	4	5	
D1.3 <u>Analisar e encontrar soluções para problemas</u> da sua vida diária?	1	2	3	4	5	
D1.4 Aprender uma <u>nova tarefa</u> , como por ex. aprender um novo caminho para chegar a um lugar?	1	2	3	4	5	
D1.5 Compreender <u>em geral</u> o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5	
D1.6 <u>Iniciar e manter uma conversa</u> ?	1	2	3	4	5	

Clarificação:

SE ALGUMA DAS QUESTÕES ANTERIORES FOR RESPONDIDA COM VALORES ACIMA DE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
P1.1 Até que ponto essas dificuldades <u>interferiram</u> com a sua vida?	1	2	3	4	5

SECÇÃO 2. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE ÂMBITO GERAL

INTRODUÇÃO

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para compreender melhor as dificuldades que as pessoas podem ter devido ao seu estado de saúde.

As informações que fornecer nesta entrevista são confidenciais e serão utilizadas apenas para investigação.

PARA OS ENTREVISTADOS DA POPULAÇÃO EM GERAL (NÃO DA POPULAÇÃO CLÍNICA) REFIRA: "mesmo que seja saudável e não tenha qualquer dificuldade, é necessário que eu faça todas as perguntas para poder obter a informação mais completa possível".

Vou começar com algumas questões de âmbito geral

A1: GÉNERO

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

A2: Que idade tem?

A3: Quantos anos, no total, estuda ou estudou, desde a escola primária?

A4: Estado civil actual (SELECIONE APENAS UMA OPÇÃO)

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>

A5: Como descreve a sua situação profissional, actualmente (ESCOLHER A MELHOR OPÇÃO)?

Trabalho por conta de outrem	<input type="checkbox"/>
Trabalho por conta própria	<input type="checkbox"/>
Trabalho não remunerado (ex. voluntário)	<input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>
Empregado(a) doméstico(a)	<input type="checkbox"/>
Reformado(a)	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a) (por razões de saúde)	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a) (outras razões)	<input type="checkbox"/>
Outra situação (especificar)	<input type="checkbox"/>

DOMÍNIO 2. Mobilidade

Vou agora fazer algumas perguntas sobre dificuldades na mobilidade e deslocação

MOSTRAR FICHAS 1 E 2

PARA RESPOSTAS MAIOR QUE NENHUMA (1). PERGUNTAR: "Durante quantos dias teve essa dificuldade?"

REGISTE O NÚMERO DE DIAS (0-30)

Nos últimos 30 dias, que dificuldade teve para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue	Nº de dias
D2.1 <u>Permanecer de pé longos períodos</u> , tal como 30 minutos?	1	2	3	4	5	
D2.2 <u>Levantar-se</u> quando está sentado?	1	2	3	4	5	
D2.3 <u>Deslocar-se dentro de casa</u> ?	1	2	3	4	5	
D2.4 <u>Sair de casa</u> ?	1	2	3	4	5	
D2.5 <u>Andar uma distância longa</u> , como por ex. 1Km?	1	2	3	4	5	

Clarificação:

SE ALGUMA DAS QUESTÕES ANTERIORES FOR RESPONDIDA COM VALORES ACIMA DE NENHUMA (1), PERGUNTAR:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
P2.1 Até que ponto essas dificuldades <u>interferiram</u> com a sua vida?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 3. Auto-cuidado

Vou agora fazer algumas perguntas sobre dificuldades em cuidar de si próprio

MOSTRAR FICHAS 1 E 2

PARA RESPOSTAS MAIOR QUE NENHUMA (1). PERGUNTAR: “Durante quantos dias teve essa dificuldade?”

REGISTE O NÚMERO DE DIAS (0-30)

Nos últimos 30 dias, que dificuldade teve para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue	Nº de dias
D3.1 <u>Lavar todo o corpo?</u>	1	2	3	4	5	
D3.2 <u>Vestir-se?</u>	1	2	3	4	5	
D3.3 <u>Alimentar-se?</u>	1	2	3	4	5	
D3.4 <u>Cuidar de si, sem ajuda, durante alguns dias?</u>	1	2	3	4	5	

Clarificação:

SE ALGUMA DAS QUESTÕES ANTERIORES FOR RESPONDIDA COM VALORES ACIMA DE NENHUMA (1), PERGUNTAR:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
P3.1 <u>Até que ponto essas dificuldades interferiram com a sua vida?</u>	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 4. Relacionamento com outras pessoas

Vou agora fazer algumas perguntas sobre dificuldades no relacionamento com outras pessoas. Por favor recorde que deve ter apenas em consideração as dificuldades que foram provocadas pelo seu problema de saúde. Por problemas de saúde estou a referir-me a doenças, de duração curta ou prolongada, lesões ou traumatismos físicos, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool ou drogas.

MOSTRAR FICHAS 1 E 2

PARA RESPOSTAS MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTAR: "Durante quantos dias teve essa dificuldade?"

REGISTE O NÚMERO DE DIAS (0-30)

Nos últimos 30 dias, que dificuldade teve para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue	Nº de dias
D4.1 <u>Lidar com pessoas que não conhece?</u>	1	2	3	4	5	
D4.2 <u>Manter uma amizade?</u>	1	2	3	4	5	
D4.3 <u>Relacionar-se com pessoas próximas de si?</u>	1	2	3	4	5	
D4.4 <u>Fazer novos amigos?</u>	1	2	3	4	5	
D4.5 <u>Ter relações sexuais?</u>	1	2	3	4	5	

Clarificação:

SE ALGUMA DAS QUESTÕES ANTERIORES FOR RESPONDIDA COM VALORES ACIMA DE NENHUMA (1), PERGUNTAR:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
P4.1 <u>Até que ponto essas dificuldades interferiram com a sua vida?</u>	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 5. Actividades de vida

Actividades domésticas

As questões seguintes são sobre actividades relacionadas com a manutenção da sua casa, e em cuidar das pessoas com quem vive ou próximas de si. Estas actividades incluem cozinhar, limpeza, compras, cuidar dos seus pertences e cuidar de outras pessoas.

D5.1 Quantas horas gasta nestas actividades numa semana normal REGISTAR O NÚMERO DE HORAS ___/___

MOSTRAR FICHAS 1 E 2

PARA RESPOSTAS MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTAR: "Durante quantos dias teve essa dificuldade?"

REGISTE O NÚMERO DE DIAS (0-30)

Por causa do seu estado de saúde, nos últimos 30 dias, que dificuldade teve para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue	Nº de dias
D5.2 Fazer as suas <u>tarefas domésticas</u> ?	1	2	3	4	5	
D5.3 <u>Fazer bem</u> as tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5	
D5.4 Conseguir fazer todas as tarefas domésticas de <u>que necessitava</u> ?	1	2	3	4	5	
D5.5 Fazer as tarefas domésticas tão <u>rapidamente</u> quanto necessário?	1	2	3	4	5	

SE ALGUMA DAS QUESTÕES ANTERIORES FOR RESPONDIDA COM VALORES ACIMA DE NENHUMA (1), PERGUNTAR:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
P5.1 Até que ponto essas dificuldades <u>interferiram</u> com a sua vida?	1	2	3	4	5
D5.6 Nos últimos 30 dias, quantos dias diminuiu ou não fez as <u>tarefas domésticas</u> devido ao seu problema de saúde	REGISTAR O NÚMERO DE DIAS ___/___				

SE O ENTREVISTADO TRABALHA (TRABALHO POR CONTA DE OUTREM, TRABALHO POR CONTA PRÓPRIA, TRABALHO NÃO REMUNERADO) OU É ESTUDANTE, COMPLETAR AS QUESTÕES D5.7 A D5.13. CASO CONTRÁRIO, PASSAR DIRECTAMENTE PARA A QUESTÃO D6.1, NA PÁGINA SEGUINTE.

Vou agora fazer-lhe algumas perguntas sobre o trabalho ou a escola

D5.7 Quantas horas passa no trabalho ou escola durante a semana? REGISTAR O NÚMERO DE HORAS ___/___

MOSTRAR FICHAS 1 E 2

PARA RESPOSTAS MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTAR: "Durante quantos dias teve essa dificuldade?"

REGISTE O NÚMERO DE DIAS (0-30)

Por causa do seu estado de saúde, nos últimos 30 dias, que dificuldade teve em:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue	Nº de dias
D5.8 Realizar o seu dia-a-dia de trabalho?	1	2	3	4	5	
D5.9 <u>Fazer bem</u> as suas tarefas mais importantes?	1	2	3	4	5	
D5.10 Fazer todo o trabalho <u>tal</u> como era suposto fazer?	1	2	3	4	5	
D5.11 Fazer o seu trabalho <u>tão rápido</u> como era necessário?	1	2	3	4	5	
D5.12 Trabalhou a um <u>nível mais baixo</u> devido ao seu estado de saúde?					Sim	1
					Não	2
D5.13 <u>Ganhou menos dinheiro</u> devido ao seu estado de saúde?					Sim	1
					Não	2

SE ALGUMA DAS QUESTÕES D5.8 A D5.11 FOR RESPONDIDA COM VALORES ACIMA DE NENHUMA (1), PERGUNTAR:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
P5.2 Até que ponto essas dificuldades <u>interferiram</u> com a sua vida?	1	2	3	4	5
D5.14 Nos últimos 30 dias, quantos dias <u>faltou ao emprego/escola por meio dia ou mais</u> devido ao seu estado de saúde?	REGISTAR O NÚMERO DE DIAS ___/___				

DOMÍNIO 6. Participação na sociedade

Agora, vou colocar-lhe algumas questões sobre sua participação na sociedade e o impacto dos seus problemas de saúde para si e para a sua família. Algumas dessas questões podem envolver problemas que vão além dos últimos 30 dias, no entanto, ao responder, tenha em consideração apenas os últimos 30 dias. Quero novamente lembrá-lo para responder a estas questões, pensando em problemas de saúde: física, mental ou emocional, álcool ou drogas.

MOSTRAR FICHAS 1 E 2

NESTE DOMÍNIO, NÃO É NECESSÁRIO INDICAR O Nº DE DIAS PARA CADA QUESTÃO.

Nos últimos 30 dias:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
D6.1 Que dificuldade teve para <u>participar em actividades da comunidade</u> (por exemplo: festas, actividades religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa seria capaz?	1	2	3	4	5
D6.2 Que dificuldade teve para fazer o que gostaria devido a <u>barreiras ou obstáculos</u> que existem em seu redor?	1	2	3	4	5
D6.3 Que dificuldade teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e acções das outras pessoas?	1	2	3	4	5
D6.4 Quanto <u>tempo gastou</u> com o seu estado de saúde ou com as consequências do mesmo?	1	2	3	4	5
D6.5 Até que ponto foi <u>afectado emocionalmente</u> pelo seu estado de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6 Até que ponto o seu estado de saúde causou <u>gastos em recursos financeiros</u> seus ou da sua família?	1	2	3	4	5
D6.7 Até que ponto a sua <u>família</u> teve problemas por causa dos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8 Até que ponto teve dificuldade para realizar actividades que lhe permitissem <u>relaxar ou ter prazer</u> ?	1	2	3	4	5

Clarificação:

SE ALGUMA DAS QUESTÕES D6.1 A D6.8 FOR RESPONDIDA COM VALORES ACIMA DE NENHUMA (1), PERGUNTAR:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema / não consegue
P6.1 Até que ponto essas dificuldades interferiram com a sua vida?	1	2	3	4	5
P6.2 Nos últimos 30 dias, quantos dias sentiu essas dificuldades?	REGISTAR O NÚMERO DE DIAS ___/___				

H3 Globalmente, nos últimos 30 dias, quantos dias experimentou qualquer uma das dificuldades que abordamos durante esta entrevista?	REGISTAR O NÚMERO DE DIAS ___/___
---	-----------------------------------

Fim da entrevista

Anexo 7: Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e/ou escrever		
0-4º anos		
5º-6º anos		
0-9º anos		
10º- 2º anos		
Estudos Universitários		
Formação pós-graduada		

A5 Proissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil		
Solteiro(a)		
Casado(a)		
União de facto		
Separado(a)		
Divorciado(a)		
Viúvo(a)		

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado

2. Assistido pelo entrevistador

3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?		2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 2 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?		2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?		2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?		2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?		2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?		2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?		2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?		2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?		2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?		2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?		2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?		2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?		2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?		2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?		2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?		2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?		2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?		2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?		2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?		2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?		2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?		2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?		2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?		2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?		2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?		2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **requência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?		2	3	4	5

Anexo 8: Escala de Verona para a Avaliação da Satisfação com os Serviços (VSSS)

Escala de Verona para Avaliação da Satisfação com os Serviços de Psiquiatria

NESTE QUESTIONÁRIO PRETENDE-SE CONHECER A SUA EXPERIÊNCIA
DURANTE O ÚLTIMO ANO COM O SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DE :

.....

É muito importante que a sua resposta seja sincera; exprima livremente a sua opinião, seja ela qual for.

Estamos particularmente interessados em conhecer as suas críticas e os aspectos negativos que encontrou no seu contacto com o Serviço.

Todas as suas respostas serão tratadas com a máxima confidencialidade.
Ninguém, incluindo técnicos do Serviço ou os seus familiares, virá a ter conhecimento das opiniões expressas nas suas respostas.

Por favor, peça ajuda ao entrevistador caso qualquer questão não esteja clara ou caso tenha dificuldade em preencher o questionário.

Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.

Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !

Versão Portuguesa: Miguel Xavier, 1997

Departamento de Saúde Mental – Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

A reprodução e utilização deste questionário está dependente da autorização do autor da versão portuguesa (FCM-UNL, Depart. de Saúde Mental, Campo Mártires da Pátria, 130, 1169-056, Lisboa)

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

NAS PRÓXIMAS PÁGINAS SERÃO DESTACADOS VÁRIOS
ASPECTOS DA SUA EXPERIÊNCIA COM O SERVIÇO
PSIQUIÁTRICO DE
DURANTE O ÚLTIMO ANO.

Deverá indicar qual a sua impressão global sobre os vários aspectos,
assinalando com um X a resposta que melhor descreve a sua experiência
com o Serviço Psiquiátrico em questão, no último ano.

As respostas possíveis são as seguintes:

1. Péssima
2. Predominantemente insatisfatória
3. Razoável
4. Predominantemente satisfatória
5. Ótima

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de no último ano

Qual a sua impressão global sobre

1. A eficácia do serviço em ajudá-lo(a) a enfrentar os seus problemas

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

2. O comportamento e disponibilidade do pessoal auxiliar (ex. secretária, atendimento telefónico)

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

3. A competência e profissionalismo dos psiquiatras e psicólogos

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

4. O aspecto, disposição e funcionalidade das instalações (ex. sala de espera, gabinetes médicos)

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

5. A capacidade dos psiquiatras e psicólogos para escutarem e compreenderem os seus problemas

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

6. O comportamento e disponibilidade dos psiquiatras e psicólogos

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

7. O respeito pelas marcações e pontualidade dos técnicos nas consultas que lhe eram marcadas

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

Qual a sua impressão global sobre

8. As despesas do tratamento que ficam a seu cargo (ex. medicamentos, consultas, exames, etc.)

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

9. A eficácia do Serviço em ajudá-lo(a) a estar bem e a prevenir a doença

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

10. A confidencialidade (segredo profissional) e o respeito pelos seus direitos

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

11. A quantidade de ajuda que tem recebido

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

12. A explicação fornecida acerca dos métodos de tratamento e das técnicas utilizadas

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

13. A eficácia do Serviço em melhorar os seus sintomas

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

14. A resposta do Serviço de Urgência em situações que ocorrem durante o dia (dias úteis)

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

15. A resposta do Serviço de Urgência em situações que ocorrem de noite ou em feriados

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.

Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

Qual a sua impressão global sobre

16. Os cuidados e a clareza na comunicação dos psiquiatras e psicólogos

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

17. A capacidade dos psiquiatra e psicólogos colaborarem com o seu médico de família ou com outro médico especialista, se necessário

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

18. A capacidade dos técnicos de colaborarem entre si (caso tenha contactado com mais de um grupo de técnicos, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.)

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

19. A informação que lhe foi fornecida sobre os programas e tratamentos prestados pelo Serviço

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

20. O tipo de serviços e cuidados oferecidos

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

21. Os serviços e cuidados que recebeu, na generalidade

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

22. A competência e profissionalismo dos enfermeiros e assistentes sociais

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.

Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

Qual a sua impressão global sobre

23. Os conselhos dados aos seus familiares mais próximos sobre a maneira de o(a) ajudar

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Óptima

24. A eficácia do Serviço em ajudá-lo a conhecer e compreender melhor os seus problemas

5. Óptima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

25. O comportamento e disponibilidade dos enfermeiros e assistentes sociais

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Óptima

26. A eficácia do Serviço em melhorar a relação entre si e os seus familiares mais próximos

5. Óptima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

27. A eficácia do Serviço em ajudar os seus familiares mais próximos a conhecer e compreender melhor os problemas que você tem

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Óptima

28. O conhecimento por parte dos enfermeiros acerca dos seus problemas actuais e passados

5. Óptima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Muito má

29. A informação que lhe foi fornecida sobre o diagnóstico e possível evolução dos seus problemas

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Óptima

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de no último ano

Qual a sua impressão global sobre

30. A capacidade dos psiquiatras e psicólogos de escutarem e compreenderem as preocupações dos seus familiares mais próximos relativamente a si

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

31. A eficácia do Serviço em melhorar a relação entre si e os seus conhecidos (ex. amigos, vizinhos, colegas de trabalho)

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

32. A informação fornecida aos seus familiares mais próximos sobre o diagnóstico e possível evolução do seu problema

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

33. A clareza das indicações recebidas no Serviço sobre o que fazer entre uma consulta e outra

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

34. A eficácia do Serviço em ajudá-lo a cuidar melhor de si próprio (ex. higiene, alimentação)

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

35. Os cuidados e a clareza na comunicação dos enfermeiros e assistentes sociais

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

36. A eficácia do Serviço em ajudar os seus familiares mais próximos a lidar melhor com os problemas que você tem

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

Qual a sua impressão global sobre

37. A capacidade dos enfermeiros e assistentes sociais de escutarem e compreenderem os seus problemas

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

38. A eficácia do Serviço em ajudá-lo a melhorar a sua capacidade de trabalho

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

39. A ajuda recebida para diminuir os efeitos secundários e indesejáveis dos medicamentos

1. Péssima 2. Predominantemente insatisfatória 3. Razoável 4. Predominantemente satisfatória 5. Ótima

40. A continuidade com que tem sido seguido pelo mesmo técnico (médico/psicólogo)

5. Ótima 4. Predominantemente satisfatória 3. Razoável 2. Predominantemente insatisfatória 1. Péssima

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

41. Neste último ano, foram-lhe receitados medicamentos neste Serviço ?

- SIM** (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre os medicamentos que lhe foram receitados ?
5. Óptima
 4. Predominantemente satisfatória
 3. Razoável
 2. Predominantemente insatisfatória
 1. Péssima
- NÃO** (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado que lhe tivessem sido receitados medicamentos ?
6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

42. Neste último ano, tem sido ajudado pelos vários técnicos do Serviço a adquirir e a melhorar algumas capacidades úteis para a sua vida social e de trabalho (ex. conseguir ir a repartições públicas, fazer as tarefas domésticas, sentir-se bem e à vontade na companhia de familiares e de conhecidos) ?

- SIM** (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre a ajuda que recebeu para aprender a fazer essas coisas ?
5. Óptima
 4. Predominantemente satisfatória
 3. Razoável
 2. Predominantemente insatisfatória
 1. Péssima
- NÃO** (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado receber esse tipo de ajuda ?
6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
 Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

43. Neste último ano, tem tido sessões individuais com o seu terapeuta (com o objectivo de melhorar a compreensão que você tem do seu problema e/ou mudar algum aspecto do seu comportamento) ?

SIM (se a resposta foi SIM, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre as sessões individuais que tem tido ?

1. Péssima
2. Predominantemente insatisfatória
3. Razoável
4. Predominantemente satisfatória
5. Ótima

NÃO (se a resposta foi NÃO, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado essas sessões individuais ?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

44. Neste último ano, esteve internado obrigatoriamente no Serviço de Psiquiatria (isto é, contra sua vontade) ?

SIM (se a resposta foi SIM, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre o internamento obrigatório que teve ?

5. Ótima
4. Predominantemente satisfatória
3. Razoável
2. Predominantemente insatisfatória
1. Péssima

NÃO (se a resposta foi NÃO, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado ser internado obrigatoriamente no Serviço de Psiquiatria ?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
 Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

45. Neste último ano, tem tido sessões com o seu terapeuta em conjunto com os seus familiares
(com o objectivo de melhorar e/ou mudar o tipo de relacionamento no seio da família) ?

SIM (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
- Qual a sua impressão global sobre este tipo de sessões ?

1. Péssima
2. Predominantemente insatisfatória
3. Razoável
4. Predominantemente satisfatória
5. Ótima

NÃO (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
- Teria desejado efectuar sessões deste tipo ?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

46. Neste último ano, tem estado alojado numa residência protegida, com pessoal de assistência ?

SIM (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
- Qual a sua impressão global sobre a hospitalidade recebida nessa residência ?

5. Ótima
4. Predominantemente satisfatória
3. Razoável
2. Predominantemente insatisfatória
1. Péssima

NÃO (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
- Teria desejado estar alojado numa residência protegida ?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

47. Neste último ano, tem participado em actividades recreativas organizadas pelo Serviço?

- SIM** (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre as actividades recreativas em que participou ?
1. Péssima
 2. Predominantemente insatisfatória
 3. Razoável
 4. Predominantemente satisfatória
 5. Óptima
- NÃO** (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado participar em actividades recreativas organizadas pelo Serviço ?
6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

48. Neste último ano, participou em sessões de psicoterapia de grupo (isto é, sessões de um grupo de pacientes com um ou mais terapeutas, com o objectivo de melhorar a compreensão que os pacientes têm dos seus próprios problemas, e/ou de obter alguma mudança nos seus comportamentos) ?

- SIM** (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre as sessões de grupo em que participou ?
5. Óptima
 4. Predominantemente satisfatória
 3. Razoável
 2. Predominantemente insatisfatória
 1. Péssima
- NÃO** (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado efectuar sessões de psicoterapia de grupo ?
6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
 Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

49. Neste último ano, tem estado integrado num trabalho protegido (isto é, num ambiente de trabalho tolerante para com os seus problemas, e desse modo facilitando a sua integração) ?

SIM (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre esse trabalho protegido ?

1. Péssima
2. Predominantemente insatisfatória
3. Razoável
4. Predominantemente satisfatória
5. Ótima

NÃO (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado estar integrado num trabalho protegido ?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

50. Neste último ano, esteve internado voluntariamente no Serviço de Psiquiatria ?

SIM (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre o internamento voluntário que teve ?

5. Ótima
4. Predominantemente satisfatória
3. Razoável
2. Predominantemente insatisfatória
1. Péssima

NÃO (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado ser internado voluntariamente no Serviço de Psiquiatria ?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
 Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

51. Neste último ano, recebeu ajuda em sua própria casa por parte de algum técnico(a) do Serviço (isto é, para companhia, ajuda nas tarefas domésticas, etc.) ?

SIM (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre a ajuda em casa que recebeu ?

1. Péssima
2. Predominantemente insatisfatória
3. Razoável
4. Predominantemente satisfatória
5. Ótima

NÃO (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado receber ajuda em sua casa por um técnico ?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

52. Neste último ano, recebeu ajuda de algum técnico do Serviço (ex.assistente social) para obter um subsídio económico ou uma pensão ?

SIM (se a resposta foi **SIM**, responda à seguinte pergunta):
 - Qual a sua impressão global sobre a ajuda recebida para obter um subsídio económico ou uma pensão ?

5. Ótima
4. Predominantemente satisfatória
3. Razoável
2. Predominantemente insatisfatória
1. Péssima

NÃO (se a resposta foi **NÃO**, responda à seguinte pergunta):
 - Teria desejado receber ajuda para obter um subsídio económico ou uma pensão?

6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
 Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes frases e indique a resposta que melhor descreve a sua experiência com o Serviço de **no último ano**

53. Neste último ano, recebeu ajuda do Serviço para encontrar trabalho (um emprego não-protetido no mercado livre de trabalho) ?

- SIM** (se a resposta foi SIM, responda à seguinte pergunta):
- Qual a sua impressão global sobre a ajuda que recebeu para encontrar trabalho ?
1. Péssima
 2. Predominantemente insatisfatória
 3. Razoável
 4. Predominantemente satisfatória
 5. Ótima
- NÃO** (se a resposta foi NÃO, responda à seguinte pergunta):
- Teria desejado receber ajuda do Serviço para encontrar trabalho ?
6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

54. Neste último ano, recebeu ajuda de algum técnico do Serviço para se integrar em actividades recreativas exteriores ao Serviço de Psiquiatria (ex. actividades desportivas, culturais, etc.) ?

- SIM** (se a resposta foi SIM, responda à seguinte pergunta):
- Qual a sua impressão global sobre a ajuda recebida para se integrar em actividades recreativas exteriores ao Serviço de Psiquiatria ?
5. Ótima
 4. Predominantemente satisfatória
 3. Razoável
 2. Predominantemente insatisfatória
 1. Péssima
- NÃO** (se a resposta foi NÃO, responda à seguinte pergunta):
- Teria desejado receber ajuda para se integrar em actividades recreativas exteriores ao Serviço de Psiquiatria?
6. NÃO 7. NÃO SEI 8. SIM

*Leia atentamente todas as perguntas e demore o que for necessário antes de responder.
Lembre-se que para nós é muito importante que a sua resposta represente a sua verdadeira opinião !*

Verona Service Satisfaction Scale, 1994

POR FAVOR, ESCREVA OS SEUS COMENTÁRIOS

55. Os aspectos que mais me agradaram no contacto com este Serviço foram :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

56. Os aspectos que menos me agradaram no contacto com este Serviço foram :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO