

CARLOS EDUARDO LEAL VIDAL

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE E
COMPORTAMENTO SOCIAL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
DESOSPITALIZADOS

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública (área
de concentração em Epidemiologia)

Orientadora: Eliane Dias Gontijo
Co-orientadora: Marina Bandeira

Belo Horizonte
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

V649a Vidal, Carlos Eduardo Leal
Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados / Carlos Eduardo Leal Vidal. Belo Horizonte, 2007.
110 p.
Dissertação (mestrado). Saúde Pública.
1. Desinstitucionalização 2. Comportamento social 3. Autonomia pessoal 4. Reforma psiquiátrica 5. Moradia assistida I. Título

NLM: WM 29

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora

Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Elisabeth França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Maria Fernando Furtado Lima-Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes

Cristiane Amorim Andrade

Aline Dayrell Ferreira



UFMG

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031)3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



ATA DA CENTÉSIMA VIGÉSIMA QUARTA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **CARLOS EDUARDO LEAL VIDAL**, nº de registro 2005222938. Às quatorze horas do dia dois do mês de março de 2007, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE E COMPORTAMENTO SOCIAL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DESOSPITALIZADOS"** requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado definitivo. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo/orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Marina Bittencourt Bandeira/co-orientadora	Instituição: UFSJ	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Maria Tavares Cavalcanti	Instituição: UFRJ	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Soraya Almeida Belisário	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações, o candidato foi considerado Aprovado.
O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela presidente da comissão. Nada mais havendo a tratar a presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da comissão examinadora. Belo Horizonte, 02 de março de 2007.

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo/orientadora Eliane Dias Gontijo

Profa. Marina Bittencourt Bandeira/co-orientadora Marina Bandeira

Profa. Maria Tavares Cavalcanti Maria Tavares Cavalcanti

Profa. Soraya Almeida Belisário Soraya Almeida Belisário

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/Coordenador Mark Drew Crosland Guimarães

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador. Prof. Mark Drew C. Guimarães
Coord. PG. Saúde Pública
Fac. Medicina UFMG

DEDICATÓRIA

Para Leandra, minha adorável mulher

Para Lígia, Thales, Eduardo e Guilherme, meus queridos filhos

ARTIGO 1

Título -Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos – A Experiência de Barbacena, MG.

RESUMO

Objetivo: Apresentar os principais aspectos históricos sobre a reforma psiquiátrica ocorrida em diversos países e no Brasil, assim como os aspectos da atualidade sobre a reinserção social dos pacientes psiquiátricos. Serão destacados também os procedimentos da desospitalização ocorridos em Barbacena, MG, com ênfase nas residências terapêuticas e nas intervenções de reabilitação psicossocial.

Método: Pesquisa bibliográfica, não sistemática, realizada na fonte eletrônica Medline (1990 a 2006), com as seguintes palavras-chave: deinstitutionalization, psychiatric reform, community-based treatment, psychosocial rehabilitation.

Resultados: Foram selecionados trabalhos de revisão sobre reforma psiquiátrica e de seguimento de pacientes desospitalizados na comunidade. A maioria dos trabalhos indicou que os pacientes desospitalizados apresentam melhora no grau de autonomia, na interação social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida. No entanto, a saída dos pacientes do hospital demanda a existência de serviços comunitários com diversos níveis de atenção e complexidade. Requer também a presença de profissionais qualificados e programas de reabilitação efetivos como auxílio para lidar com as exigências da vida comunitária.

Discussão: Apesar das dificuldades na sua implantação, os tratamentos de base comunitária, junto com as intervenções de reabilitação psicossocial, se tornaram o modelo dominante de cuidados psiquiátricos na atualidade. Para os pacientes desospitalizados, as residências terapêuticas têm importante papel no processo de reinserção social.

Palavras-chave: psiquiatria, desinstitucionalização, reforma psiquiátrica, residência terapêutica.

Title - Psychiatric reform and the residential services – the experience of Barbacena, MG.

ABSTRACT

Objective: The aim of this article is to show the more relevant aspects of psychiatric reform and the community insert of psychiatric patients around the world and in Brazil. It will be detached the procedures of discharge occurred in the city of Barbacena, emphasizing the residential services and the psychosocial approaches.

Methods: A non-systematic search in Medline database was made between 1990 and 2006 using keywords deinstitutionalization, psychiatric reform, community-based treatment, psychosocial rehabilitation.

Results: Review and follow-up studies were selected. The most of the studies indicate that the patients have better autonomy, social interaction, global behavior and life quality when they live in community settings. Nevertheless, the authors emphasize the importance of community support, professional staff and rehabilitation programs as a condition for good outcomes.

Discussion: In despite of difficulties in the psychiatric reform process, the community-based treatment and psychosocial rehabilitation approach are the principal models of psychiatric care presently, and the residential services play an important role in this process.

Key-words: psychiatry, deinstitutionalization, psichiatric reform, residential service.

ARTIGO 2

Titulo - Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o comportamento social e as habilidades de vida independente de um grupo de pacientes psiquiátricos antes de sua saída do hospital e dois anos após a sua transferência para as residências terapêuticas.

Método: Estudo de corte transversal, realizado em duas etapas distintas, antes e depois, utilizando-se, como instrumentos, as escalas Independent Living Skills Survey (ILSS) e Social Behavior Scale (SBS).

Resultados: A maioria dos pacientes era do sexo masculino (58,7%), com médias de idade e tempo de internação iguais a $57,5 \pm 11,8$ anos e $29,8 \pm 10,2$ anos; 54,6% tinham diagnóstico de esquizofrenia; 25,3%, de deficiência mental; o restante, de categorias várias. Houve melhora significativa no comportamento social e no grau de autonomia dos pacientes ($p < 0,05$), ao se comparar os escores dos pacientes nas escalas, nas fases 1 e 2. As variáveis que mais se associaram com o escore de evolução foram a idade, o tempo de internação e o nível inicial de funcionamento dos pacientes.

Discussão: As limitações no funcionamento social e no grau de autonomia dos pacientes na primeira fase do estudo não foram incompatíveis com a convivência na comunidade. Os pacientes apresentaram evolução satisfatória no comportamento social e nas habilidades cotidianas ao longo de dois anos, de acordo com os escores de evolução medidos pelas duas escalas.

Palavras-chave: desinstitucionalização, comportamento social, autonomia, habilidades de vida independente.

Title - Evaluation of the Independent Living Skills and Social Behaviour of patients discharged from psychiatric hospitals.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to assess the Social Behaviour and Independent Living Skills in a sample of psychiatric patients before their discharge from a mental hospital and after two years living in the community facilities.

Methods: Cross-sectional study carry out in two stages using the Independent Living Skills Survey (ILSS) and the Social Behaviour Scale (SBS).

Results: The most of patients was male(58,7%). The means of age and time of hospitalization are $57,5 \pm 11,8$ e $29,8 \pm 10,2$ years respectively. 54,6% were schizophrenic, 25,3% had mental retardation and the remainder were of other diagnosis. There were a significant improvement in the social behavior and in the level of autonomy ($p < 0,05$), as evidenced by their scores in the two stages. The more consistent association with the evolution scores were the time of hospitalization, age and the baseline score.

Conclusion: The patient's impairments in the social role functioning and in the autonomy levels before their discharge from a mental health hospital were not incompatible with living in society. The patients showed a great improvement in the social behavior and in the level of autonomy after two years.

Key-words: deinstitutionalization, social behaviour, independent living skills, autonomy.

SUMÁRIO

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS-----	9
1.1 – ASPECTOS HISTÓRICOS-----	9
1.2 – BREVE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL-----	13
1.3 – AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS-----	15
1.4 – O PROJETO DE PESQUISA-----	17
2 – OBJETIVOS-----	19
3 – ARTIGO 1-----	20
3.1 – INTRODUÇÃO-----	21
3.2 – MÉTODO-----	22
3.3 – RESULTADOS-----	22
3.3.1 – A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA-----	22
3.3.2 – A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA ATUALIDADE-----	25
3.3.3 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL-----	29
3.3.4 – HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA EM BARBACENA-----	31
3.3.5 – AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS-----	32
3.3.6 – INTERVENÇÕES E PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO-----	34
3.4 – DISCUSSÃO-----	36
3.5 – CONCLUSÃO-----	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	39
4 – ARTIGO 2-----	45
4.1 – INTRODUÇÃO-----	46
4.2 – MÉTODO -----	47
4.2.1 – TIPO DE ESTUDO-----	47
4.2.2 – LOCAL DO ESTUDO-----	48
4.2.3 – AMOSTRA-----	48
4.2.4 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO-----	49
4.2.5 – PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES-----	50

4.2.6 – ANÁLISE DOS DADOS-----	50
4.2.7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS-----	51
4.3 – RESULTADOS-----	51
4.3.1 – PERFIL DOS PACIENTES PARTICIPANTES-----	51
4.3.2 – COMPORTAMENTO SOCIAL-----	52
4.3.3– HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE-----	54
4.4 – DISCUSSÃO-----	57
4.5 – CONCLUSÃO-----	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	64
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	68
APÊNDICES-----	73
APÊNDICE A – Projeto de Pesquisa-----	74
APÊNDICE B – Escala SBS-----	91
APÊNDICE C – Escala ILSS-----	100
ANEXOS-----	106
ANEXO A – Folha de Aprovação do Projeto pelo Departamento-----	107
ANEXO B – Folha de Aprovação do Comitê de Ética – FHEMIG-----	108
ANEXO C – Folha de Aprovação do Comitê de Ética – UFMG-----	109
ANEXO D – Certificado de Qualificação-----	110

1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 - ASPECTOS HISTÓRICOS

O fenômeno loucura remonta aos primórdios da humanidade, envolvendo todas as civilizações e adquirindo vários significados e interpretações ao longo dos tempos. Até a Idade Média, a loucura era carregada de conteúdo místico e, em alguns casos, tratada através do sacrifício ou do exorcismo. Situava-se no limite entre o campo natural e o sobrenatural¹.

Naquela época, e até o século XIX, era responsabilidade da família tratar os seus doentes. Em geral, a população das vilas e das pequenas cidades manifestava uma intolerância autoritária em relação ao comportamento que não obedecesse às normas sociais estabelecidas. Aqueles que sofriam de alguma perturbação mental e, em função disso, se desviavam das regras, eram tratados brutalmente. Geralmente eram trancafiados em pequenos cômodos ou viviam acorrentados.

Se expulsos das suas casas e da comunidade, o seu destino era engrossar a longa fila de mendigos e andarilhos que vagueavam pelos países europeus. Nas grandes cidades, porém, existiam instituições que os alojavam. Durante esse período a loucura não era sistematicamente internada. Quando necessário, os abrigos dos hospitais da Idade Média procediam ao internamento dos loucos, constituindo-se nos primeiros espaços destinados à loucura².

Assim, no século XVII, foram criadas várias casas de internamento, que abrigavam não só os considerados insanos, mas os desempregados, os mendigos, as prostitutas, os epiléticos, entre tantos pertencentes à população excluída. O objetivo era retirar da sociedade todos aqueles inaptos para o trabalho.

¹GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?**. 2001. 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

²FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 6ª edição. Ed. Perspectiva, São Paulo, 2000 (edição original em 1972).

Essas casas eram instituições que desempenhavam o papel misto de assistência, de exclusão e de conversão espiritual, onde não havia ainda a intervenção da medicina. Seu principal objetivo era o acolhimento e a guarda dos doentes, sem qualquer finalidade terapêutica em sua rotina.

Somente no final do século XVIII, depois da Revolução Francesa e na concepção positivista do Iluminismo, que a loucura começou a ser vista como doença mental. Torna-se, então, passível de tratamento. O surgimento da Era Moderna trouxe novas concepções nas formas de organização econômica e social. Toda aquela população de indivíduos excluídos passou a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente e nas novas concepções de cidadania, liberdade e igualdade.

Segundo Foucault³, a loucura era percebida menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal. Era entendida como uma alteração da maneira de agir, de tomar decisões e de ser livre, implicando o pressuposto da perda da Razão.

No contexto da revolução surge o alienismo, como uma possível solução para a condição dos alienados. Eles não poderiam gozar dos mesmos direitos civis e políticos dos demais cidadãos, mas também não poderiam ser simplesmente excluídos, pois tal atitude contradizia o lema revolucionário de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”⁴.

Nesse momento, nasce a psiquiatria, quando se percebeu que o manicômio poderia ter uma função terapêutica⁵. Ao mesmo tempo, foi dada ao médico a incumbência de cuidar daqueles indivíduos desprovidos da razão e incapacitados para o trabalho em função da sua doença. A loucura passou a ser um objeto observável e tratável, compreendida não mais como algo sobrenatural e sim como limitação humana.

E nesse contexto, o nome de Philippe Pinel deve ser lembrado. Ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, Pinel libertou os loucos das correntes e separou-os daquela

³FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 6ª edição. Ed. Perspectiva, São Paulo, 2000 (edição original em 1972)

⁴AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-94,1995.

⁵SHORTER, E. **Uma História da Psiquiatria: Da Era do Manicômio à Idade do Prozac**. 1ª edição, Climepsi Editores, Lisboa, 2001.

população excluída. Iniciou o que passou a ser denominado de tratamento moral, que compreendia a classificação do espaço institucional, a classificação dos pacientes, e o estabelecimento de uma relação específica de autoridade entre o médico e o doente⁶

Dessa forma, o isolamento do mundo exterior era necessário para a recuperação e socialização do doente. O controle dos espaços e do tempo era a única forma de torná-los sociáveis e capacitados para o trabalho. Além disso, o alienado deveria submeter sua liberdade à educação e aos bons costumes, deixando para trás suas paixões e desejos, que estariam lado a lado com a irresponsabilidade.

Contudo, ao final do século 19, inicia-se um processo de enfraquecimento do alienismo e crescente niilismo terapêutico, conseqüente às denúncias sobre a ineficiência da prática do enclausuramento, e do hospital enquanto espaço terapêutico. Na base desse enfraquecimento, o aumento excessivo do número de internações⁷.

Atribui-se que boa parte desse aumento resultou da redistribuição dos doentes, ou seja, as pessoas com doenças graves foram cada vez mais deslocadas da família, das prisões ou do asilo, para o manicômio. Além dessa migração, alguns tipos de doenças psiquiátricas, como a neurosífilis e as psicoses alcoólicas, aumentaram de frequência⁸.

Nesse período, começam a surgir novas concepções sobre a doença mental, que passa a ser observada sob uma nova óptica, entendida como de origem neurológica. O desenvolvimento da anatomia patológica influenciou fortemente o pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que os médicos buscassem causas orgânicas das doenças mentais. A partir daí, novos procedimentos terapêuticos foram desenvolvidos.

⁶GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?**. 2001. 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

⁷DALGALARRONDO, P. **Civilização e Loucura: Uma Introdução à História da Etnopsiquiatria**. São Paulo: Lemos Editorial, 1995

⁸SHORTER, E. **Uma História da Psiquiatria: Da Era do Manicômio à Idade do Prozac**. 1ª edição, Climepsi Editores, Lisboa, 2001.

Os neurologistas agrupavam sintomas e constituíam síndromes e doenças. Os neuropatologistas procuravam por lesões para explicar esses fenômenos clínicos. A psiquiatria toma emprestado essas descobertas e as aplica ao comportamento humano e às doenças mentais. Os sintomas apresentados pelos doentes poderiam, então, ser relacionados aos achados neuroanatômicos e melhor categorizados.

Nessa perspectiva, o louco é visto como um organismo doente e que funciona mal. A loucura já não é mais passível de tratamento moral e deveria ser tratada dentro do modelo médico tradicional.

Assim, na primeira metade do século XX, surgem novas modalidades de tratamento psiquiátrico, de caráter biológico (insulina e malarioterapia, cardiazol, eletroconvulsoterapia e lobotomia), o que representou um grande avanço no arsenal terapêutico da psiquiatria. Também de fundamental importância nesse período, destacam-se os trabalhos de Kraepelin na classificação das doenças mentais, e o nascimento da psicanálise, com Freud.

Do ponto de vista institucional, as críticas ao modelo fechado e autoritário fizeram surgir a proposta, na virada do século, da criação de colônias de alienados como resposta a esses questionamentos e para neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional.

Essas mudanças, porém, não foram suficientes para transformar a prática psiquiátrica vigente, o que só veio ocorrer depois da Segunda Guerra Mundial. Junto à reconstrução dos países europeus no pós-guerra, os hospícios passaram a sofrer críticas por seus atos violentos e excludentes no tratamento dos pacientes⁹.

Os mais representativos desses movimentos, que buscavam a transformação efetiva do modelo vigente, surgiram na Inglaterra, na França nos Estados Unidos e na Itália. Desde essa época, iniciou-se, de forma progressiva, o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, mais evidente nos países desenvolvidos. Esse movimento propunha a diminuição das internações psiquiátricas, transferindo o tratamento dos pacientes para serviços de saúde na comunidade.

⁹AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p.491-494,1995.

1.2 - BREVE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Durante o período colonial brasileiro o louco era trancafiado em casa ou perambulava pelas ruas, entregue à própria sorte e se misturando à grande massa de desempregados, mendigos, criminosos e escravos alforriados. Não havia nenhum tipo de assistência ao alienado, salvo nos casos de grande agitação. Nesses casos, era então recolhido nas cadeias¹⁰.

Mais adiante, no século XVIII, os doentes começaram a ser encaminhados aos anexos para loucos existentes nas Santas Casas de Misericórdia. Foram essas as primeiras instituições de saúde a assumir os cuidados de atenção aos alienados.

A inauguração do Hospício Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, marca o início da assistência psiquiátrica brasileira, ainda desprovida de qualquer intervenção médica. Nesse cenário os médicos estavam excluídos do poder administrativo do hospital, que ficava a cargo da Santa Casa. No seu trabalho, os médicos eram tolhidos pela presença das irmãs de caridade que faziam o serviço nas enfermarias¹¹.

Foi a partir da proclamação da República que a assistência entra em uma nova fase, com o regime republicano dando aos médicos a autonomia para o diagnóstico da doença mental e sustentação científica para o seu tratamento.

Com o passar dos anos, outros hospitais são criados na maioria dos estados brasileiros, e em grande parte, dentro do modelo das colônias agrícolas. Naquela época predominavam os hospitais públicos, responsáveis por mais de 80% dos leitos psiquiátricos do país¹².

As décadas de 40 e 50 caracterizaram-se pelo crescimento dos hospitais psiquiátricos. Em 1941 o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados. Estes últimos, embora em maior número, representavam cerca de 20% dos leitos psiquiátricos existentes, enquanto os públicos detinham o restante¹³.

¹⁰TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde . Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002.

¹¹MAGRO FILHO, JB. **A tradição da Loucura**. Coopmed, Belo Horizonte, 1992.

¹²RESENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil**: uma visão histórica. In Tundis AS, Costa NR (org), **Cidadania e Loucura**, Ed. Vozes, petrópolis, RJ, 2001.

¹³PAULIN, LF, TURATI ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 241-258, maio-ago. 2004.

No início da década de 60 começa a haver uma inversão na proporção de leitos públicos e privados. Nesse período ocorreu aumento substancial do número de leitos privados, que passam a ser responsáveis por mais de 70% dos leitos hospitalares disponíveis¹⁴.

Além disso, as instituições públicas apresentavam superlotação, não tinham pessoal suficiente e se mostravam ineficazes para tratar os pacientes. O processo de privatização da psiquiatria apontava para a existência de uma verdadeira “indústria da loucura” no país¹⁵.

Na década de 70, os resultados alcançados pelas propostas da psiquiatria comunitária européia e americana começaram a influenciar alguns setores da sociedade brasileira. O modelo adotado em outros países torna-se referência para a assistência em saúde mental no Brasil, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico vigente.

Seguindo essa tendência, o Ministério da Saúde, através da recém criada Divisão Nacional de Saúde Mental, efetua uma análise da situação dos hospitais e começa a discutir a assistência psiquiátrica brasileira. Apesar de algumas mudanças no período, os anos 70 continuaram como referência do modelo manicomial.

A internação em hospitais psiquiátricos e a conseqüente exclusão do convívio social dos pacientes começam a ser questionadas pelos profissionais da área da saúde mental e pelos familiares dos doentes. Posteriormente, outros segmentos da sociedade, como a imprensa, os meios intelectuais e as universidades integram esse movimento, reivindicando reformas na assistência psiquiátrica brasileira.

Nas duas décadas seguintes, esse movimento se amplia e ganha força, especialmente a partir dos princípios estabelecidos pela Constituição de 1988 e pela regulamentação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1990. A publicação das portarias ministeriais 189 e 224, em 1992, possibilitou o financiamento, até então inexistente, de recursos assistenciais instalados na comunidade (como os hospitais-dia e os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial), e

¹⁴PAULIN, LF, TURATI ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 241-258, maio-ago. 2004.

¹⁵CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social**. Problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984. Apud Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis AS, Costa NR (org), *Cidadania e Loucura*, Ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 2001.

estabeleceram os critérios para o funcionamento dos hospitais¹⁶.

Essas e outras medidas promoveram a inversão do modelo centrado na internação e culminaram na redução expressiva do número de leitos psiquiátricos existentes. Paralelamente a essa diminuição, foram criadas unidades psiquiátricas em hospitais gerais e multiplicado o número de CAPS no território nacional.

Em 1991, havia no Brasil 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos. Muitos pacientes estavam internados há vários anos e grande parte já tinha perdido seus vínculos sociais e familiares. Atualmente, existem cerca de 45 mil leitos psiquiátricos no país, muitos dos quais ocupados por pacientes crônicos que poderiam viver na comunidade¹⁷.

1.3 - AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Para atender essa população de doentes crônicos, no contexto da reforma psiquiátrica, novos dispositivos foram criados. Nesse cenário, destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (ou simplesmente, Residência Terapêutica), que têm por objetivo promover a reinserção social de pacientes egressos de longas internações psiquiátricas.

No Brasil, a proposta das residências terapêuticas surgiu no início dos anos 90, em resposta à indagação sobre o que fazer com as pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza. A resposta surgiu durante 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, onde se ressaltou a importância estratégica da implantação dos chamados “lares abrigados”.

No entanto, a sua regulamentação ocorreu em 2000, com a publicação, pelo Ministério da Saúde, das portarias 106 e 1220¹⁸.

¹⁶BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5ª ed. ampliada – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

¹⁷FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

¹⁸Ibidem

As residências terapêuticas constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, com a finalidade principal de facilitar a reabilitação dos pacientes. Durante os anos de hospitalização, a subjetividade dos pacientes é construída nos moldes estabelecidos pela instituição. Com a mudança para a residência terapêutica eles são confrontados com uma outra realidade e precisam reelaborar todo o seu universo de significados, assim como precisam reaprender as atividades cotidianas e sociais.

Para alcançar esses objetivos é necessário instituir programas específicos que visam garantir a reinserção social dos pacientes. O propósito desses programas é o de desenvolver habilidades domésticas e sociais que resultem em maior grau de autonomia em diversas áreas da vida cotidiana, para que ocorra reinserção social satisfatória e conseqüente melhora na qualidade de vida dos pacientes desospitalizados.

Estudos que avaliam esses parâmetros são escassos no contexto brasileiro. Como existe uma tendência crescente de abertura de novas residências terapêuticas, torna-se necessário a realização de pesquisas para avaliar esses projetos, tanto em termos da satisfação dos usuários e dos profissionais envolvidos, quanto do impacto dessas ações na comunidade.

A utilização de instrumentos padronizados facilita a avaliação das áreas deficitárias e das necessidades dos pacientes, e auxilia o planejamento das intervenções. Favorece ainda o monitoramento dos efeitos desses programas na vida dos pacientes e permite acompanhar sua evolução na comunidade.

As escalas de avaliação utilizadas neste trabalho, a Independent Living Skills Survey (ILSS), e a Social Behaviour Scale (SBS), as duas em suas versões brasileiras, representam importantes instrumentos para o planejamento de programas relacionados à reinserção social de pacientes psiquiátricos desospitalizados^{19,20}.

¹⁹LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 143-158, 2003.

²⁰GONÇALVES, S. et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, 2001.

As duas escalas se constituem como instrumentos adequados para se avaliar o tipo de moradia e do suporte social necessário para os egressos de longa hospitalização. Auxiliam ainda, ao fornecer informações sobre quais intervenções e atividades de reabilitação devem ser desenvolvidas para a sua reintegração social.

Foram selecionadas por serem instrumentos amplamente utilizados em outros países, e por terem sido traduzidas e validadas para o contexto brasileiro.

1.4 - O PROJETO DE PESQUISA

Este projeto originou-se depois do descredenciamento de um hospital psiquiátrico no município de Barbacena, MG. Especificamente, teve início com a preocupação sobre o destino dos internos. A primeira alternativa era a sua transferência para outros hospitais psiquiátricos, o que, à época, parecia ser a melhor opção. E realmente, cerca da metade teve esse destino. Os demais iriam residir na comunidade, com suas famílias, ou nas recém criadas residências terapêuticas.

Por ser uma proposta nova, cogitou-se a possibilidade de fracasso, conforme observou-se em alguns países, no começo do processo de desinstitucionalização. Como psiquiatra-assistente do hospital e por conhecer os pacientes internados, preocupei-me com a possibilidade de pacientes com vários anos de hospitalização e com perda dos vínculos sociais, não terem condição de voltar a conviver na comunidade.

A procura por resposta a essa indagação direcionou-me para a literatura sobre o tema, principalmente a internacional. Vários trabalhos pesquisados indicavam a possibilidade de tratamento dos egressos de longa internação na comunidade. E ainda, existiam instrumentos de avaliação para acompanhar e mensurar a evolução dos pacientes fora do hospital.

A partir dessas informações o projeto de pesquisa começou a ser desenvolvido. Num primeiro momento, envolveu apenas o referido hospital. Posteriormente, pacientes internados em hospital público estadual, sediado na cidade, começaram a ser desospitalizados e foram incluídos no projeto. Nesse hospital, o processo de desospitalização

iniciou-se para adequação à legislação vigente e em decorrência de incentivos do Ministério da Saúde para a criação de residências terapêuticas no município.

O presente estudo iniciou-se depois da sua aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FHEMIG, parecer 212/2004), e avaliou os pacientes ainda hospitalizados. A segunda etapa, autorizada pelo COEP-UFMG (ETIC 267/05), avaliou os moradores das residências terapêuticas.

Os resultados do estudo estão descritos em dois artigos. No primeiro, apresentam-se os aspectos mais relevantes da reforma psiquiátrica ocorrida em diversos países e no Brasil. A revisão da literatura focaliza modelos atuais de tratamento e estratégias de intervenção a respeito da reinserção social dos pacientes. Por último, destacam-se os procedimentos da desospitalização ocorridos na cidade de Barbacena, incluindo-se as residências terapêuticas implantadas e suas intervenções de reabilitação psicossocial.

No segundo artigo, avalia-se um grupo de pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados e inseridos na comunidade, moradores em residências terapêuticas. Em particular, visou-se avaliar o comportamento social e as habilidades de vida independente apresentados atualmente por esses pacientes, comparando com os resultados de levantamento prévio, realizado antes da saída do hospital. Avaliações posteriores desses pacientes, com os mesmos instrumentos, servirão para monitorar sua evolução quanto ao funcionamento cotidiano e ao comportamento social.

2 - OBJETIVOS

O propósito do primeiro artigo é realizar uma revisão da literatura enfocando os principais aspectos da reforma psiquiátrica e as intervenções de reabilitação empregadas com pacientes desospitalizados, salientando o processo da reforma que ocorreu na cidade de Barbacena. Esse artigo objetiva, também, apresentar o processo de implantação das Residências Terapêuticas no município e os programas de reabilitação empregados com os pacientes.

O segundo artigo tem como objetivo avaliar um grupo de pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados e inseridos na comunidade, morando em residências terapêuticas. Em particular, visou-se avaliar o comportamento social e as habilidades de vida independente apresentados atualmente por esses pacientes e comparar estes resultados com um levantamento prévio destas mesmas habilidades realizado antes de sua saída do hospital.

3 – ARTIGO 1

REFORMA PSIQUIÁTRICA E SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS – A
EXPERIÊNCIA DE BARBACENA, MG.

3.1 - INTRODUÇÃO

As propostas contemporâneas de reforma na assistência psiquiátrica surgiram em meados da década de cinquenta nos Estados Unidos e Europa, no período posterior à Segunda Guerra Mundial. As denúncias de atos violentos, abandono, isolamento e cronificação dos doentes, cada vez mais freqüentes nos asilos, deixaram clara a limitação das instituições hospitalares para alcançar a finalidade de tratamento a que se propunham (Amarante,1995). Ao mesmo tempo, a pressão por reformas sociais e sanitárias e os movimentos pelos direitos civis e humanos impuseram a redefinição dos modelos de assistência à saúde (Silva Jr.,1998). Por todos esses aspectos, a sociedade começou a exigir novas formas de tratamento para os portadores de transtornos mentais.

Deu-se início então, em vários países, aos movimentos de desinstitucionalização, que propunham a transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para os serviços baseados na comunidade. De fundamental importância nesse processo foi a descoberta dos neurolépticos em 1950, possibilitando a reinserção social e familiar de grande parte dos pacientes hospitalizados (Bandeira, Lesage e Morissete, 1994; Bandeira, Gelinas e Lesage, 1998; Gonçalves et al, 2001; Lima, Bandeira e Gonçalves, 2003).

Nos últimos quarenta anos, o paradigma dominante para o entendimento dos transtornos mentais graves tem evoluído do modelo psicossocial, que abordava fatores como influências parentais e conflitos intrapsíquicos, para o atual modelo biopsicossocial, que enfatiza o interrelacionamento entre fatores biológicos e psicossociais. Paralelamente, o enfoque terapêutico também vem apresentando mudanças.

Assim, nos anos 1960 e 1970, o foco do tratamento residia no controle dos sintomas, e o objetivo era auxiliar as pessoas a se manterem assintomáticas e fora do hospital. Na década de oitenta, a atenção se volta para a reabilitação, com o propósito de auxiliar o paciente a se inserir na sociedade, ter emprego, estudar, ser pai ou cônjuge. E desde os anos 1990, a ideologia dos cuidados comunitários tem mantido o tema da reabilitação, incluindo o objetivo de trazer, ao reinserido social independência, capacidade de autogerenciamento e melhor qualidade de vida (Drake et al, 2003).

Este artigo introduz, inicialmente, os principais aspectos históricos da reforma psiquiátrica ocorrida em diversos países e focaliza, em seguida, a reforma brasileira, abordando os aspectos da atualidade que dizem respeito à reinserção social dos pacientes psiquiátricos. Terão destaque, logo depois, os procedimentos da desospitalização ocorridos no município de Barbacena, em Minas Gerais, descrevendo as residências terapêuticas implantadas e as intervenções de reabilitação psicossocial.

3.2 - MÉTODO

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas MEDLINE e LILACS, considerando artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, compreendidos no período de janeiro de 1990 a outubro de 2006. Os termos de busca utilizados foram: *deinstitutionalization*, *psychiatric reform*, *community-based treatment*, *psychosocial rehabilitation*. Inicialmente, todos os resumos dos 135 artigos localizados foram lidos. Em seguida foram selecionados artigos de revisão sobre o tema em questão e artigos originais de seguimento de pacientes desospitalizados vivendo na comunidade por mais de um ano. De forma complementar, as referências dos artigos selecionados foram pesquisadas para buscar outros artigos, dissertações, teses e capítulos de livros não encontrados por meio da busca inicial. A descrição das Residências Terapêuticas (RTs) fundamentou-se em documentos oficiais do município e na observação e participação direta do autor principal no processo de desospitalização.

3.3 - RESULTADOS

3.3.1 - A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Segundo Thornicroft e Tansella (2002), a história recente dos serviços de saúde mental pode ser dividida em três períodos: o primeiro: a ascensão do asilo, ocorrida aproximadamente entre 1880 e 1950; o segundo: o declínio do asilo, ocorrido, na maioria dos países desenvolvidos, a datar da década de 50; o terceiro: iniciado nos anos 1980, denominado originalmente de “*balancing mental health care*”, caracterizado pela ênfase nos cuidados comunitários e pelo equilíbrio entre as intervenções de promoção e de assistência em saúde

mental. Essas intervenções são consideradas como partes complementares e necessárias para se alcançar bons resultados na saúde mental da população.

O que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica corresponde ao segundo período, movimento denominado desinstitucionalização. Esse modelo é definido com base em três componentes essenciais: a diminuição das admissões hospitalares pela provisão de serviços comunitários; a desospitalização, após preparação, de pacientes internados por longos períodos; a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender esses pacientes (Bandeira et al, 1998; Thornicroft e Tansella, 2002; Tansella et al, 2006).

Os modelos mais significativos surgiram na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos. A convergência de uma série de fatores sociais e econômicos, já mencionados, contribuiu para preparar o terreno e desencadear o processo de mudança e de construção de nova política de saúde mental (Bandeira, 1991). Com esses, o advento dos psicofármacos, em 1952, possibilitou o controle dos sintomas psicóticos e permitiu o tratamento, fora do hospital, de grande número de pacientes.

Embora seguissem diferentes orientações, as novas propostas tinham, em comum, o objetivo de reorganizar a assistência à saúde mental naqueles países (Bandeira et al, 1998). Sumariamente, a nova proposta inglesa consistiu na criação das Comunidades Terapêuticas, baseando-se na concepção de que a responsabilidade pelo tratamento estaria não somente a cargo dos profissionais de saúde, mas também dos próprios pacientes e de seus familiares. Tinha como meta resgatar a função terapêutica do hospital, reconhecendo seu papel na evolução clínica dos pacientes. Dispositivos alternativos, como hospitais-dia, também foram criados com o objetivo de poder tratar o paciente em serviços locais (Amarante, 1994; Gondim, 2001; Desviat, 2002).

Na França, seguindo princípios semelhantes, a Psiquiatria de Setor insere novas instituições intermediárias na rede de cuidados com a saúde mental, como ambulatórios, serviços de urgência e hospitais para internações breves. A idéia primordial era oferecer um conjunto completo de serviços que amparasse o doente desde a prevenção até a reabilitação, com o objetivo de resgatar o caráter terapêutico da Psiquiatria, ao mesmo tempo em que contestava o asilo como espaço de cura.

Ainda na França, outro movimento, com grande influência da Psicanálise e denominado Psicoterapia Institucional, questionava o hospital psiquiátrico como lugar de exclusão e de verticalidade da relação médico-paciente. Sua meta era tratar as características doentias da Instituição. Esse modelo aproxima-se, em parte, da proposta inglesa das Comunidades Terapêuticas (Amarante, 1994; Desviat, 2002).

O outro modelo, que merece ser destacado, é o da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária dos Estados Unidos. Seus pressupostos básicos repousavam na crença de que seria possível prevenir todas as doenças mentais, uma vez que poderiam ser detectadas precocemente. Para tanto, foram construídos centros de saúde mental comunitários que ofereciam atendimento de emergência, hospitalização parcial e integral, ambulatório e educação para a comunidade. Esse conjunto de práticas assemelha-se àquelas adotadas pela Psiquiatria de Setor francesa (Amarante, 1994; Gondim, 2001; Desviat, 2002).

Esses movimentos representaram importantes mudanças no modelo psiquiátrico. Contudo, em meados da década de sessenta, a reforma da Psiquiatria Democrática Italiana tomou caminho mais radical, propondo a desconstrução institucional no interior do próprio hospital. A questão central não era a doença mental, mas, sim, o controle e a repressão exercida pelo hospital sobre os doentes, contribuindo para o processo de exclusão dos pacientes (Daker, 1987; Amarante, 1994; Desviat, 2002). Para sustentar essa mudança, implantou-se uma rede de serviços constituída por centros de saúde mental, ambulatórios, enfermarias para curta permanência, hospitais-dia e hospitais-noite.

Em síntese, da década de cinquenta até os dias atuais, o foco principal da assistência aos portadores de transtornos mentais graves tem sido deslocado, de forma progressiva, dos cuidados hospitalares para o âmbito comunitário. Ao longo dos anos vários hospitais psiquiátricos foram fechados ou tiveram expressiva redução no número de leitos.

Em vários países do Primeiro Mundo, a desinstitucionalização trouxe resultados positivos e a possibilidade de recuperação e ressocialização dos pacientes. Mesmo assim, muitos não se beneficiaram desse processo em razão de dificuldades, carência de recursos e equívocos na implantação e no desenvolvimento dos serviços comunitários, assim como à falta de um acompanhamento intensivo dos pacientes (Bandeira et al, 1994; Morgado e Lima, 1994; Talbott, 2006).

3.3.2 - A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA ATUALIDADE

O processo de reforma psiquiátrica, em nível global, não segue um padrão homogêneo. Os modelos assistenciais exibem tanto variações locais como diferenças entre os diversos países. Essa variabilidade relaciona-se com peculiaridades na extensão territorial, na população, na cultura, na estrutura política e econômica e nos sistemas de saúde e assistência social de cada país.

Apesar das diferenças, a filosofia da reforma psiquiátrica tem sido baseada nos princípios básicos dos cuidados na comunidade: desinstitucionalização e diminuição dos leitos hospitalares, desenvolvimento de programas e serviços alternativos, integração com serviços comunitários e demais serviços de saúde e acesso à medicação (OMS, 2001; Becker e Vasquez-Barquero, 2001).

Trabalhos realizados em vários países têm indicado que os pacientes desospitalizados podem ser mantidos na comunidade (Kamis-Gould et al, 1999; Rothbard et al, 1999; Ryu et al, 2006), demonstrando melhora nas habilidades de vida diária e na interação social (Bandeira et al, 1994; Trieman, Leff e Glover, 1999; Leff e Trieman, 2000; Leff et al, 2000), no nível global de funcionamento (Trieman et al, 1999; Barbato et al, 2004; Ryu et al, 2006) e na qualidade de vida (Okin et al, 1995; Rothbard et al, 1999; Trieman et al, 1999; Leff e Trieman, 2000; Leff et al, 2000; Trauer et al, 2001; Priebe et al, 2002; Hobbs et al, 2002; Barbato et al, 2004; Picardi et al, 2006; Ryu et al, 2006; Wong et al, 2006).

Em tratamentos de base comunitária, a autonomia e o desempenho geral dos pacientes podem ser melhorados, facilitando a integração social. Constata-se, em diversas pesquisas, que os pacientes desospitalizados se encontram mais satisfeitos quando residem na comunidade do que em hospitais. A maioria prefere regimes de atenção pouco restritivos, onde possam viver de forma mais independente (Okin e Pearsall, 1993; Okin et al, 1995; Trauer et al, 2001; Fakhoury et al, 2002; Hobbs et al, 2002; Thornicroft, Bebbington e Leff, 2005; Whiteford e Buckingham, 2005). Em alguns estudos, a população também demonstrou atitudes positivas em relação à proposta da psiquiatria comunitária (Wolff et al, 1996; Leff et al, 2000; Lauber et al, 2006).

Depois da saída do hospital, os pacientes podem permanecer com sintomas psiquiátricos inalterados (Trieman et al, 1999; Leff et al, 2000; Leff e Trieman, 2000; Barbato et al, 2004) ou apresentar melhora nos escores avaliados antes da desospitalização (Hobbs et al, 2000; Ryu et al, 2006). Em menor percentual, alguns pacientes apresentam exacerbação da sintomatologia e precisam ser rehospitalizados (Hobbs et al, 2000; Hobbs et al, 2002; Ryu et al, 2006). De acordo com Leff e Trieman (2000), a presença de delírios e alucinações em alguns pacientes desospitalizados não prejudica a aquisição das habilidades necessárias para viver em comunidade.

A saída dos pacientes do hospital, de forma a garantir uma reinserção social bem sucedida, está condicionada à existência de vários serviços na comunidade, com diversos estados de atenção e complexidade, profissionais qualificados, residências terapêuticas bem estruturadas (Bandeira et al, 1994; Lima et al, 2003) e, mais importante, serviços inseridos no sistema de saúde como um todo (Morgado e Lima, 1994). Porém, o que se observou em vários países foi um grande intervalo entre o fechamento dos hospitais e a construção de serviços comunitários estruturados, capazes de atender às necessidades múltiplas e permanentes dos pacientes (Munk-Jorgensen, 1999).

A falta de intensivo acompanhamento dos pacientes, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção da medicação, o déficit de habilidades sociais e cotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados e a ausência de equipes capacitadas para intervenção em crise são fatores que podem prejudicar o processo de reinserção dos pacientes (Bandeira et al, 1998)

Como possíveis conseqüências dessas deficiências apontam-se o abuso de substâncias, a mendicância, o envolvimento em pequenos delitos e as reospitalizações freqüentes (Bandeira, 1991; Morgado e Lima, 1994). Além desses, alguns trabalhos mostram aumento nas taxas de suicídio (Munk-Jorgensen, 1999), maior quantidade de leitos ocupados em hospitais gerais e aumento do número de leitos forenses (Munk-Jorgensen, 1999; Priebe, 2004; Priebe et al, 2005;).

O tratamento do paciente crônico representa um dos maiores desafios para as reformas no setor de saúde mental, necessitando intervenção contínua para lidar com as deficiências muitas vezes persistentes dos pacientes (Bandeira et al, 1998; Lima et al, 2003; Lima, Legay,

Lovisi, 2004). A transferência de cuidados dos pacientes do hospital para ambientes menos restritivos requer métodos mais efetivos para ajudá-los a lidar com os sintomas psiquiátricos e manejar as exigências sociais e psicológicas da vida comunitária (Clark e Samnaliev, 2005).

O Programa de Acompanhamento Intensivo de pacientes na comunidade tem sido o modelo de atendimento mais pesquisado (Bandeira et al., 1998). Entre as propostas de acompanhamento comunitário, esta é talvez a que apresenta maior evidência de eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos graves e persistentes (Drake et al, 2003; Dixon e Goldman, 2004; Allred, Burns e Phillips, 2005; Clark e Samnaliev, 2005).

Este modelo de acompanhamento intensivo foi adotado nas reformas psiquiátricas americana e italiana, e se destacou como o mais eficaz no cenário internacional. Na Itália, essa abordagem foi enfatizada desde o início do processo de desinstitucionalização. Caracteriza-se pelo elevado número de profissionais envolvidos em relação ao número de pacientes atendidos, visitas domiciliares regulares, treino de habilidades cotidianas, intervenção precoce nas crises, verificação de adesão ao tratamento medicamentoso, detecção e resolução de conflitos interpessoais, aconselhamento e suporte para as famílias, reabilitação profissional e procura por emprego (Bandeira et al, 1998; Burti, 2001).

Nos Estados Unidos, três modelos de acompanhamento intensivo se destacaram: o Case Management, o Bridge e o Programa de Acompanhamento Intensivo conhecido como PACT (Program for Assertive Community Treatment). Estes modelos começaram a ser elaborados de forma gradual, desde os anos setenta, em resposta às dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização ocorrido no país. Tinham como objetivo aumentar a adesão do paciente aos serviços de saúde, reduzir as internações e melhorar o funcionamento social (Clark e Samnaliev, 2005).

O PACT, originalmente conhecido como TCL (Training in Community Living), foi elaborado como uma alternativa mais eficaz ao modelo de acompanhamento anterior, o Case Management, que se caracteriza por ter um responsável pela coordenação e integração dos diversos serviços prestados a cada paciente. Devido às limitações na oferta de serviços e às dificuldades do profissional em satisfazer as necessidades múltiplas e complexas dos pacientes, esse modelo mostrou-se insuficiente para promover a reintegração do indivíduo,

tornando necessária a construção de modelos mais abrangentes e multidisciplinares de acompanhamento, dando origem ao PACT (Bandeira et al, 1998).

O programa PACT se caracteriza pelo acompanhamento diretivo realizado por uma equipe composta de dez profissionais das áreas da saúde e educação (na proporção de uma equipe para cada grupo de cem pacientes). O trabalho consiste em elaboração de planos terapêuticos individualizados, treinamento de habilidades cotidianas e sociais, responsabilização do paciente por seus atos, visitas domiciliares, número reduzido de pacientes para cada responsável, procura ativa dos pacientes na comunidade, prevenção de crises e em ajudar o paciente na procura por moradia ou atividade ocupacional. Por outro lado, o programa Bridge, embora igualmente caracterizado por acompanhamento intensivo e assertivo, apresenta características muito particulares. Trata-se de um programa que se especializou na clientela de mais alto risco e com elevadas taxas de rehospitalizações. Diferencia-se ainda por utilizar uma equipe de generalistas para o acompanhamento do paciente e por enfatizar o engajamento pessoal dos membros da equipe. (Bandeira et al, 1998; Allred et al, 2005).

O PACT é o modelo mais proeminente entre os vários tratamentos psicossociais para pessoas com transtornos mentais graves (Clark e Samnaliev, 2005; King, 2006), sendo utilizado em vários países (Issakidis et al, 1999; Burns et al, 1999; Johnson, Zinkler e Priebe, 2001; Dekker et al, 2002; King, 2006). Consiste ainda no programa mais avaliado por pesquisas sistemáticas, tendo se mostrado o mais eficaz dos modelos de acompanhamento (Bandeira et al. 1994).

Além de acompanhamento intensivo, a mudança no local de tratamento requer mecanismos de controle e avaliação dos serviços comunitários, com o objetivo de examinar sua eficácia e efetividade. (Lima et al, 2003). Esses dados são essenciais para a determinação de prioridades no âmbito da saúde mental.

O planejamento dos serviços é um aspecto crítico dos cuidados em saúde mental. Serviços mal organizados e sem planejamento, quando de sua implantação, falham no momento em que deveriam corresponder às expectativas e necessidades dos pacientes. Em muitos países, nas primeiras décadas do processo de desospitalização (Talbot, 2006), a maioria dos doentes ficou desassistida em suas necessidades. Ao contrário, quando a desinstitucionalização é

cuidadosamente planejada e gerenciada, os resultados são favoráveis para a maioria dos pacientes.

3.3.3 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Os primeiros delineamentos da reforma psiquiátrica brasileira iniciaram-se na década de setenta, principalmente na segunda metade, com a emergência de críticas ao caráter privatizante da política de saúde governamental e à ineficiência da assistência pública em saúde. Surgiram, também, denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, de maior importância, as denúncias de abandono e maus-tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do País (Tenório, 2002).

Sob a influência dos movimentos reformistas que ocorriam na Europa e nos EUA, vários setores da sociedade civil brasileira foram mobilizados em favor da luta pelos direitos dos pacientes. A reflexão sobre a loucura passou a integrar o quadro de discussões das universidades, dos meios intelectuais e dos profissionais de instituições psiquiátricas, envolvendo posteriormente outros setores da sociedade (Gondim, 2001).

A 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizadas em 1987 e 1992 respectivamente, junto com a regulamentação do SUS, no início da década de 90, possibilitaram a construção e experimentação de novas modalidades assistenciais em saúde mental. O governo começou a propor alternativas de tratamento com a publicação de diversas portarias ministeriais (portarias 189/91 e 224/92, por exemplo) para reorganização da assistência e regulamentação do financiamento de serviços de natureza extra-hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Lares Abrigados (Ministério da Saúde, 2004).

Em 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional um polêmico projeto de lei que previa a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais. A demora na sua aprovação fez com que vários estados brasileiros, na década de noventa, regulamentassem a assistência psiquiátrica no limite dos seus territórios.

No âmbito continental, a Declaração de Caracas, de 1991, aprovada durante a Conferência para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, propôs que os serviços comunitários fossem o componente principal dos cuidados em saúde mental, reduzindo o papel dominante do hospital na prestação de serviços (Levav, Restrepo, Macedo, 1994). Todos esses fatores contribuíram e resultaram na promulgação da Lei Federal nº 10216, em 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2004).

A atual política nacional de saúde mental consiste na redução progressiva dos leitos psiquiátricos e na ampliação e fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos CAPS e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Outras propostas compreendem a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas, e o aumento da cobertura do programa “De Volta para Casa”, por meio do qual o egresso de longa internação passa a receber auxílio-reabilitação psicossocial.

Atualmente existem cerca de 800 CAPS e mais de 350 residências terapêuticas distribuídos em muitos municípios brasileiros. Com relação aos leitos hospitalares, houve redução de 56 mil para 44 mil no período de 2000 a 2005. Estima-se que, no Brasil, ainda existem cerca de 14 mil pacientes que podem ser desospitalizados e residir na comunidade (Furtado, 2006).

Esse processo vem sendo questionado por alguns setores da sociedade brasileira (Jorge e França, 2001; Gentil, 2001). Segundo Morgado e Lima (1994), a principal tônica da política da reforma psiquiátrica não tem sido as vantagens e as alternativas terapêuticas à hospitalização, e sim a condenação dos hospitais e dos profissionais que neles trabalham. Discutem-se também a carência de estudos de avaliação com base epidemiológica e o acompanhamento das políticas propostas, defendendo-se uma rede mais ampla, com estratégias efetivas de prevenção e garantindo assistência de qualidade, o que, de fato, poderia reduzir a demanda por leitos hospitalares (Teixeira, 2005).

3.3.4 - HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA EM BARBACENA

Até o início do século passado, o Estado de Minas Gerais contava apenas com três alternativas para o encaminhamento dos seus doentes mentais: os anexos para loucos, existentes nas Santas Casas de Misericórdia, as cadeias públicas e o Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, com o qual o governo de Minas mantinha vinte e cinco leitos contratados para internação.

O aumento do número de alienados no Estado, os gastos excessivos das Santas Casas com a manutenção dos doentes e a não-renovação do convênio com o Hospício Nacional culminaram na proposta de criação da Assistência a Alienados no Estado de Minas Gerais. Designou-se, então, em 1903, o município de Barbacena para a instalação de um hospital especializado em Psiquiatria (Magro Filho, 1992).

Durante os trinta anos que se seguiram à sua inauguração, o hospital funcionou bem, com forte vocação agrícola. Contudo, após esse período, tornou-se centro de referência para internação de pacientes provenientes de várias regiões do Estado. A cada dia, mais pacientes eram internados, e o hospital teve de passar por constantes reformas para aumentar sua capacidade, tentando proporcionar, em vão, tratamento adequado para os internos. Em alguns períodos de sua história, chegou a abrigar mais de quatro mil doentes (Magro Filho, 1992).

O número excessivo de pacientes tornou a cidade conhecida como “cidade dos loucos”. Paralelamente, e por isso mesmo, foram criados na cidade pequenos hospitais privados, absorvendo o excedente e acolhendo os pacientes particulares que eram atendidos pelo Hospital Colônia, hoje denominado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – CHPB.

As elevadas taxas de óbito na população internada apontavam para as péssimas condições a que os pacientes estavam submetidos: pavilhões em estado precário de conservação, excesso de pacientes, inexistência de tratamento, falta de medicamentos e escassez de alimentos. Em toda a história do hospital, foram mais de sessenta mil mortes, e as principais causas eram as infecções intestinais e pulmonares, a fome, além do frio a que os pacientes eram expostos (Esteves e Carvalho, 1999).

Até então, as denúncias e a discussão sobre as condições dos pacientes eram restritas ao meio médico, aos funcionários do hospital e a alguns segmentos da população. Nas décadas de sessenta e setenta, a imprensa começou a divulgar reportagens denunciando os maus-tratos aos internos e as condições em que viviam, mobilizando a opinião pública (Esteves e Carvalho, 1999).

Em 1980, em resposta às denúncias, o governo estadual implantou o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública, dando início ao processo de transformação dos hospitais públicos mineiros. No ano seguinte, foram criados vários serviços no hospital: uma unidade específica para atendimento a pacientes agudos, um ambulatório para atendimento de egressos e diversos módulos residenciais dentro da própria instituição. O tratamento dos pacientes foi humanizado, equipes multidisciplinares foram constituídas e a estrutura física das enfermarias foi remodelada. A rede hospitalar conveniada também absorveu os reflexos dessas mudanças e começou a se adaptar às novas exigências da legislação para a assistência hospitalar psiquiátrica (Fassheber, 2004).

No início do século XXI, no ano 2000, foi realizado um mapeamento dos pacientes internados, que indicou uma população asilar numerosa nos cinco hospitais existentes na cidade, e apontou a necessidade da construção de uma rede de serviços de natureza extra-hospitalar (Lobo et al, 2004). Como ponto de partida, foi criado, em 2002, o Centro de Atenção Psicossocial, que passou a atuar como porta de entrada reguladora do sistema e houve a reestruturação do Serviço de Atendimento ao Alcoolista, que passou a operar como hospital-dia. Atuando de forma integrada com essas duas estruturas, foram implantados três serviços: o Ambulatório de Saúde Mental, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Centro de Convivência, que oferece oficinas de atividades artesanais e ocupacionais aos usuários do sistema (Fassheber, 2004). Simultaneamente, deu-se início ao processo de desospitalização, com a transferência dos pacientes para os Serviços Residenciais Terapêuticos.

3.3.5 - AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), ou simplesmente Residências Terapêuticas (RTs), são moradias ou casas inseridas na comunidade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuem suporte social e laços familiares. Devem constituir características físico-funcionais de cada moradia

abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum. (Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000) (Ministério da Saúde, 2004).

Cada residência deve ter, pelo menos, um profissional de nível superior da área da saúde mental e dois profissionais de nível médio, com experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. Ao profissional de nível superior, cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de reabilitação dos moradores. Por sua vez, os profissionais de nível médio atuam como cuidadores e auxiliares diretos na reinserção social (Ministério da Saúde, 2004).

A primeira RT municipal de Barbacena foi criada em novembro de 2000 e foi ocupada por cinco pacientes do sexo feminino provenientes dos hospitais conveniados ao SUS. Naquele ano, havia cinco hospitais psiquiátricos na cidade – um público e quatro conveniados – abrigando cerca de 1500 pacientes (Fassheber, 2004). Esse processo foi realizado sem preparação prévia das pacientes, o que gerou problemas iniciais de adaptação, pois as moradoras não se conheciam, possuíam hábitos distintos e eram originárias de diferentes serviços hospitalares. Por ser a primeira, essa casa recebia maior atenção da equipe assistencial. Os atendimentos eram realizados na própria residência gerando cuidado excessivo e artificial (Vidal et al, 2006).

A segunda e terceira casas foram formadas, respectivamente, em agosto de 2001 e junho de 2003, em parceria entre o município e o CHPB. Nessas duas, procurou-se identificar previamente as características e o desejo do grupo que seria desospitalizado. Observou-se, também, a exequibilidade de atendimento dos pacientes em serviços ambulatoriais de psiquiatria ou mesmo na rede básica de saúde (Vidal et al, 2006).

De dezembro de 2003 até o presente, outras residências foram instaladas, impulsionadas pelo fechamento de um hospital psiquiátrico. Barbacena conta hoje com 24 RTs localizadas em diversos bairros do município e é Pólo de Capacitação Nacional nesses serviços (Furtado, 2006).

Na organização das RTs de Barbacena, para cada duas residências, há um técnico de referência. A maioria das casas conta com quatro cuidadores que se revezam a cada doze

horas, em regime de plantão. Devido ao desenvolvimento da autonomia e independência de seus moradores, algumas casas não necessitam mais de cuidador noturno. Segundo os modelos europeu e norte-americano, o ideal é que os serviços residenciais tenham como característica básica, um número reduzido de moradores por técnico de referência, na proporção de dez para um (Bandeira et al, 1994; Bandeira et al, 1998). Em Barbacena, esta proporção é de um técnico para cada grupo de 16 moradores e de um cuidador para cada dois moradores. Importante ressaltar que um dos critérios de seleção dos cuidadores era não ter experiência prévia de trabalho em hospital psiquiátrico, de modo a não trazer para as residências os hábitos institucionais adquiridos no trabalho hospitalar. Também fazendo parte do processo de reinserção social dos pacientes, foi criada a associação dos moradores das residências terapêuticas, entidade de natureza jurídica com o objetivo de atuar em defesa dos interesses e direitos dos moradores

3.3.6 - INTERVENÇÕES E PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

As abordagens conhecidas como Reabilitação Psicossocial são um importante componente da proposta de atendimento comunitário em saúde mental (Barton, 1999). Surgiram em virtude da observação de que os modelos existentes nos anos 1970 eram insuficientes para auxiliar o tratamento de pacientes que, em razão da própria doença e dos longos períodos de internação, perderam as habilidades necessárias para a vida na comunidade (Test e Stein, 2000).

Em linhas gerais, o termo refere-se ao conjunto de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas que são utilizadas para melhorar o desempenho dos pacientes e facilitar sua reinserção na sociedade (Saraceno,1997; Barton,1999; Stromwall e Hurdle, 2003; Lussi et al, 2006). Essas intervenções têm demonstrado sucesso na redução dos sintomas psiquiátricos, no ajustamento social, na prevenção de recaídas, na aderência ao tratamento e na diminuição do número de hospitalizações (Barton, 1999).

As atividades de reabilitação objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas às atividades comuns da vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer (Test e Stein, 2000; Drake et al, 2003). O treinamento deve ser feito “in vivo” na própria moradia ou nos locais onde

normalmente o comportamento é realizado (Saraceno, 1997; Bandeira et al, 1998; Test e Stein, 2000).

Nas RTs do município de Barbacena, são várias as intervenções de reabilitação adotadas. Dentro das casas, ocorrem reuniões semanais dos técnicos com os moradores, quando se aproveitam a ocasião e o espaço para treinamento da fala e da escuta e para a manifestação individual de desejos, dúvidas, angústias e curiosidades. Nessas reuniões, os moradores aprendem a negociar e resolver os conflitos, a elaborar as dificuldades e os medos diante das novas situações vividas. As tarefas de cada um, dentro da casa, são definidas e assuntos de interesse individual ou coletivo são discutidos. O trabalho da equipe visa a elaboração de projetos terapêuticos coletivos e individuais, estabelecendo as intervenções que serão efetuadas de acordo com as necessidades e limitações de cada um.

Especial atenção é dada ao aprendizado em relação ao dinheiro, já que muitos não conhecem o valor das notas e nem compreendem as trocas que elas permitem. Assim, conjuntamente, são elaboradas as listas de compras e definidas as prioridades de cada casa. Individualmente, eles aprendem a retirar dinheiro do caixa eletrônico (proveniente, em sua maioria, do Programa de Volta pra Casa) e a fazer compras, aprendendo quanto podem gastar e quanto devem economizar. Alguns moradores programam, inclusive, passeios a cidades próximas, quando são acompanhados pelos cuidadores e técnicos .

Fora das casas, os pacientes participam de oficinas terapêuticas, do centro de convivência e de sessões de hidroterapia e ginástica em academias da cidade. Alguns freqüentam a escola noturna, em nível de alfabetização. Outros setores organizados da sociedade, como pastorais, igrejas, associações de bairros, escolas e instituições públicas também colaboram no processo de reinserção dos pacientes, quando solicitados, oferecendo, por exemplo, diversos cursos profissionalizantes (Vidal et al, 2006).

O atendimento de eventuais alterações psiquiátricas é feito no CAPS e, havendo necessidade, o morador é hospitalizado por curto período. Neste sentido, cabe ressaltar que as intercorrências psiquiátricas são pouco freqüentes, de pequena gravidade e resolvidas na própria casa. Em cinco anos, apenas um paciente teve que retornar ao hospital. Agravos clínicos são atendidos pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), nas unidades de referência de cada bairro.

Semanalmente, a equipe técnica se reúne para avaliação das atividades, revisão de condutas, discussão de casos, estabelecimento de rotinas e normatizações. Com os cuidadores das RTs são realizadas reuniões quinzenais, com o objetivo de avaliar o processo de reabilitação e orientar sobre a estimulação constante dos moradores para atividades de vida diária (higiene, cuidados pessoais e alimentação) e de vida prática na comunidade (sair de casa, passear, fazer compras, ir ao médico, andar de ônibus). Em curso, existe um programa de capacitação permanente para os cuidadores. Nele, são discutidos temas relacionados ao desempenho das atividades, incluindo a abordagem de questões de natureza afetiva e emocional do grupo (Vidal et al, 2006).

Cada morador é acompanhado durante os dias da semana e os cuidadores lidam com a resolução de todas as situações que ocorrem no cotidiano das pessoas, desde sintomas clínicos e controle de medicação, até problemas de ordem prática que surgem em uma casa, tais como falta de água, pequenos acidentes domésticos e conflitos entre moradores. Trata-se de trabalho realizado dentro de perspectiva diretiva e assertiva, procurando envolver e manter o paciente nas atividades terapêuticas. A abordagem assertiva significa que o tratamento deve ser levado ao paciente, em vez de esperar que ele procure pelo cuidado. Ele deve ser motivado a participar (Test e Stein, 2000).

Além disso, nesta abordagem, o que se busca é a responsabilização do próprio morador por suas atitudes, dando-lhe condição de entender as regras sociais e de como elas funcionam, discutindo, com ele, alternativas e ajudando-o a estabelecer novas condutas (Bandeira et al, 1998; Test e Stein, 2000). É um ponto fundamental, visto que, dentro do hospital, o paciente cria vários recursos para se proteger e sobreviver, utilizando-se de condutas estereotipadas e institucionalizadas para garantir alguns direitos.

3.4 - DISCUSSÃO

Em todo o mundo, a experiência adquirida ao longo das últimas décadas tem mostrado a ocorrência de acertos e erros no processo da reformulação da assistência psiquiátrica. Do lado positivo, o tratamento na comunidade tem proporcionado maior satisfação dos pacientes e melhora na qualidade de vida.

Com relação aos seus aspectos negativos, postula-se que as principais causas associadas a um desfecho desfavorável seriam a falta de planejamento, a escassez de recursos financeiros, o despreparo e a alta rotatividade dos profissionais, a ausência de estruturas de suporte comunitário, a falta de acompanhamento intensivo por parte dos cuidadores, a falta de treinamento das habilidades de vida cotidiana dos pacientes na comunidade e a estigmatização dos pacientes (Bandeira, 1991;Bandeira et al., 1998; Desviat, 2002).

No caso de Barbacena, desde o início do processo de desospitalização, pode-se apontar uma grande diferença a favor dos seus aspectos positivos. Antes desse processo, o município dispunha de rede de serviços de atenção básica e consolidou uma estrutura extra-hospitalar de saúde mental, constituída pelo CAPS, Ambulatório, Centro de Convivência e Oficinas Terapêuticas, que facilita o acompanhamento contínuo dos pacientes.

Entre as dificuldades, percebeu-se uma resistência inicial da comunidade em razão da falta de informação sobre o que seriam as RTs e ao preconceito e medo em relação à doença mental. Até o momento, porém, não há relato de nenhum incidente com moradores de RTs, vizinhos ou a população em geral. Pelo contrário, segundo relatos informais dos responsáveis pelas residências, a vizinhança da maioria das casas interage bem com os moradores. De forma geral, a comunidade não costuma estar preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados. São necessários programas voltados para a modificação das crenças e dos preconceitos da população.

Em relação aos moradores, as dificuldades estão relacionadas ao fato de serem pacientes com graus variados de limitações decorrentes da sua condição psiquiátrica, requerendo trabalhos diferenciados com cada um. Além disso, quase todos passaram a maior parte da sua vida dentro das instituições e com pouco ou nenhum contato com a realidade extra-hospitalar, ocasionando mais limitações, decorrentes do isolamento social.

Um processo adequado de desospitalização implica a criação de serviços na comunidade, com diferentes níveis de atenção e complexidade e integrados ao sistema geral de saúde, fornecendo um acompanhamento intensivo e permanente que possa satisfazer todas as necessidades dos pacientes. Nas duas últimas décadas, a reabilitação psiquiátrica tem sido considerada o modelo dominante em cuidados comunitários e enfatiza a melhora no funcionamento social e no desempenho de papéis.

3.5 - CONCLUSÃO

A inversão do modelo centrado na internação e a conseqüente transferência do tratamento hospitalar para o atendimento na comunidade constitui hoje o paradigma dominante na assistência psiquiátrica. Em que pese as características diversas dos pacientes de outros serviços e localidades, e de diferentes metodologias utilizadas, os dados da literatura indicam que pacientes com longo período de internação podem viver em ambientes comunitários supervisionados, sendo beneficiados com a mudança do local de tratamento.

A proposta das RTs e dos programas de reabilitação, conforme salientado, é promover a reinserção social dos pacientes desospitalizados e proporcionar-lhes o desenvolvimento de autonomia. É um trabalho complexo e que requer abordagens diferenciadas para as diferentes necessidades dos pacientes. Requer também que esses programas sejam desenvolvidos de forma continuada e dinâmica, para manutenção dos ganhos e com ajustes freqüentes de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos pacientes.

Em Barbacena, as residências terapêuticas têm se constituído como modalidade apropriada de serviço comunitário para os pacientes egressos de longa hospitalização. Todos os pacientes participam dos programas de reabilitação propostos, que objetivam o desenvolvimento da autonomia, o treinamento de habilidades cotidianas e o comportamento social. Apesar das deficiências apresentadas por alguns pacientes, a transferência do local de tratamento, junto com as estratégias de reabilitação utilizadas, mostrou-se satisfatória para a maioria deles. Espera-se que mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo desses moradores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALLRED, C.; BURNS, B. J.; PHILLIPS, S. D. The assertive community treatment team as a complex dynamic system of care. **Administration and Policy in Mental Health**, New York, v. 32, n. 3, p. 211-220, 2005.
- 2 - AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- 3 - AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- 4 - BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, p. 355-360, 1991.
- 5 - BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISSETE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 4, n.12, p. 659-666, 1994.
- 6 - BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, n.12, p. 627-640, 1998.
- 7 - BARBATO, A. et al. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of psychiatric hospital in Italy. **Psychiatric Services**, Washington, v. 55, n. 1, p. 67-70, 2004.
- 8 - BARTELS, J. S. et al. Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 40, n. 1, p.75-89, 2004.
- 9 - BARTON, R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. **Psychiatric Services**, Washington, v. 50, n. 4, p. 525-532, 1999.
- 10 - BECKER, T.; VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L. The european perspective of psychiatric reform. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 104, suppl. 410, p. 8-14, 2001.
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 12 - BURNS, T. et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness trial. UK700 Group. **Lancet**, London, v. 353, p. 2185-2189, 1999.
- 13 - BURTI, L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v.104, suppl. 410, p. 41-46, 2001.

14 - CLARK, R. E.; SAMNALIEV, M. Psychosocial treatment in the 21st century. **International Journal of Law and Psychiatry**, Elmsford NY, v. 28, p. 532-544, 2005.

15 - DEKKER, J. et al. Assertive community treatment in Amsterdam. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 38, p. 425-434, 2002.

16 - DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

17 - DRAKE, R. E. et al The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 39, n. 5, p. 427-440, 2003.

18 - DAKER, M. V. Aspectos gerais das reformas sanitária e psiquiátrica italianas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 59-63, 1987.

19 - DIXON, L.; GOLDMAN, H. Forty years of progress in community mental health: the role of evidence-based practices. **Administration and Policy in Mental Health**, New York, v. 31, n. 5, p. 381-392, 2004.

20 - ESTEVES, B; CARVALHO, R.B. Bárbaras cenas. **Ciência Hoje**, São Paulo, v. 26, n. 156, p. 50-53, Dez. 1999

21 - FAKHOURY, W. K. H. et al. Research in supported housing. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, p. 301-315, 2002.

22 - FASSHEBER, V. **Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica**. 2004. 98 p. Trabalho de Conclusão de Curso - (Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

23 - FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

24 - Gentil V. Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor? Editorial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.1-2, 2001.

25 - GONÇALVES, S. et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, 2001.

26 - GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?**. 2001. 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

27 - HOBBS, C. et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 34, p. 476-483, 2000.

28 - HOBBS, C. et al. Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 36, p. 60–66, 2002.

29 - ISSAKIDIS, C. et al. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 99, p. 360-367, 1999.

30 - JOHNSON, S.; ZINKLER, M.; PRIEBE, S. Mental health service provision in England. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 104, suppl. 410, p. 47-55, 2001.

31 - JORGE MR, FRANÇA JMF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, n. 1, p. 3-6, 2001.

32 - KAMIS-GOULD, E. et al. The impact of closing a state psychiatric hospital on the county mental health system and its clients. **Psychiatric Services**, Washington, v. 50, n.10, p.1297–1302, 1999.

33 - KING, R. Intensive case management: a critical re-appraisal of the scientific evidence for effectiveness. **Administration and Policy in Mental Health**, New York, v.33, n.5, p. 529-535, 2006. Disponível em:

<<http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/1573-3289/>>
Acesso em: 22 set. 2006.

33 - LAUBER, C. et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 52, n. 3, p. 234-242, 2006.

34 - LEFF, J.; TRIEMAN, N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 176, p. 217-223, 2000.

35 - LEFF, J. et al. The TAPS project: a report on 13 years of research, 1985-1998. **Psychiatric Bulletin**, London, v. 24, p. 165-168, 2000.

36 - LEVAV, I.; RESTREPO, H.; MACEDO, C. G. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 63-69, 1994.

37 - LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 143-158, 2003.

38 - LIMA, L. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. O processo de reforma psiquiátrica brasileira na era da globalização: desafios e perspectivas. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 9-25, 2004.

39 - LOBO RLL, ALVARENGA LT, FASSHEBER VB. **Relatório de gestão em saúde mental do Município de Barbacena, período jan. 2001 a dez. 2004**: a construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da reforma psiquiátrica na cidade das rosas. Prefeitura Municipal de Barbacena, 2004.

40 - LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

41 - MAGRO FILHO, J. B. **A tradição da loucura**. Belo Horizonte: Coopmed, 1992.

42 - MORGADO, A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p.19-28, 1994.

43 - MUNK-JORGENSEN, P. Has deinstitutionalization gone too far? **European Archives Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Berlin, v. 249, p.136-143, 1999.

44 - OKIN, R. L.; PEARSALL, D. Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital. **Hospital and Community Psychiatry**, Washington, v. 44, p. 236-240, 1993.

45 - OKIN, R. L. et al. Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. **Psychiatric Services**, Washington, v. 46, p. 73-78, 1995.

46 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

47 - PATTERSON, T.L. et al. Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 48, n. 2/3, p. 351- 360, 2001.

48 - PICARDI, A. et al. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a national survey in Italy. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Berlin, v. 256, n. 6, p. 372-381, 2006.

49 - PLAUT, E. R. Assertive community treatment: organizational adaptation. **Administration and Policy in Mental Health**, New York, v. 24, n. 5, p. 435-441, 1997.

50 - PRIEBE, S. et al. Do long-term hospitalised patients benefit from discharged into the community? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, p. 387-392, 2002.

51 - PRIEBE, S. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. **British Medical Journal**, London, v. 330, p. 123-126, 2005.

52 - ROTHBARD, A. B. et al. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 156, p. 920-927, 1999.

53 - RYU, Y. et al. Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 40, n. 5, p. 462-470, 2006

54 - SARACENO, B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, [s.l.], v. 20, p. 10-15, 1997.

55 - SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 53-70.

56 - STROMWALL, L. K.; HURDLE, D. Psychiatric rehabilitation: an empowerment-based approach to mental health services. **Health and Social Work**, Washington, v. 28, n.3, p. 206-213, 2003.

57 - TALBOTT, J. A. The chronic psychiatric patient: problems, promises and perspectives, past, present and future. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 113, Suppl. 429, p. 101-108, 2006.

58 - TANSELLA, M. et al. Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 113, Suppl. 429, p. 90-94, 2006.

59 - TEIXEIRA, M. Entrevista com Valentim Gentil Filho. **Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra**, São Paulo, v. 35, n. 68/69, p. 103-126, 2005.

60 - TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

61 - TEST, M. A.; STEIN, L. I. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 36, n.1, p. 47-60, 2000.

62 - THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. **World Psychiatry**, [s.l.], v. 1, p. 84-90, 2002.

63 - THORNICROFT, G.; BEBBINGTON, P.; LEFF, J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. **Psychiatric Services**, Washington, v. 56, n.11, p. 1416-1422, 2005.

64 - TRAUER, T. et al. From long-stay psychiatric hospital to community care unit: evaluation at 1 year. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 36, p. 416-419, 2001.

65 - TRIEMAN, N.; LEFF, J.; GLOVER, G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. **British Medical Journal**, London, v. 319, p.13-16, 1999.

67 - VIDAL CEL, VIDAL LM, FASSHEBER V. Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. **Cadernos IPUB**, v. 12, n. 22, p.155-161, 2006.

66 - WHITEFORD, H. A; BUCKINGHAM, W. J. Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting it right? **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 182, n. 8, p. 396-400, 2005.

67 - WOLFF, G. et al. Community attitudes to mental illness. **British Journal of Psychiatry**, London, 168, n. 2, p. 183-190, feb. 1996.

68 - WONG, Y. L. I.; FILOROMO, M.; TENNILLE, J. From principles to practice: a study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. **Administration and Policy in Mental Health**, New York, published online: 6 June 2006, 16 p. Disponível em: <<http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/1573-3289/>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

4 – ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE E
COMPORTAMENTO SOCIAL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
DESOSPITALIZADOS

4.1 - INTRODUÇÃO

A implantação de novas modalidades assistenciais dentro do processo da reforma psiquiátrica brasileira, aponta para a necessidade da avaliação desses serviços e dos resultados obtidos, visando manter sua qualidade. O acompanhamento dos pacientes na comunidade representa um desafio para as políticas públicas de saúde mental, pois requer estruturas de suporte social e serviços de reabilitação permanentes, devido às suas dificuldades na realização das atividades cotidianas e nas relações sociais (Bandeira, Lesage, Morissete, 1994; Bandeira, Gelinas, Lesage, 1998; Bandeira, 1999; Dias et al 2002; Lima et al, 2003). Neste contexto, o objetivo do tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais graves considera não apenas a redução de sintomas, mas enfatiza principalmente a melhora no funcionamento social e no desempenho de papéis (Drake et al, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) tem recomendado uma avaliação permanente e periódica dos serviços e programas de saúde mental, de forma integrativa, incluindo, para isto, a perspectiva dos profissionais, dos familiares e dos pacientes (Bandeira, Pitta, Mercier, 1999). No que se refere aos efeitos sobre os pacientes, importa avaliar, principalmente, a satisfação com o serviço, a qualidade de vida, o grau de autonomia, o comportamento social e os sintomas psiquiátricos (OMS, 2002).

A maior parte das investigações sobre o impacto dos programas de reinserção social dos pacientes psiquiátricos e sobre os indicadores em saúde mental baseia-se em estudos internacionais e, apesar das similaridades entre problemas de saúde em diferentes países, existem dúvidas quanto à viabilidade da generalização dos resultados das pesquisas. Há, portanto, necessidade de se realizar, em contexto brasileiro, pesquisas que contribuam para o planejamento das ações necessárias à reinserção dos pacientes na comunidade.

Uma avaliação mais objetiva desses parâmetros pode ser efetuada com a utilização de instrumentos de medida padronizados e validados, que permitem maior confiabilidade dos dados e possibilitam a comparabilidade entre os estudos. No caso de pacientes desospitalizados, a avaliação auxilia tanto na identificação das limitações que devem ser objeto de intervenções de reabilitação, quanto no monitoramento dos efeitos dos programas de reinserção social em suas vidas (Bandeira et al, 1999, 2000).

No Brasil, já foram validadas as escalas da OMS de avaliação da satisfação dos usuários (Bandeira et al, 2000) e familiares (Bandeira, 2002) com os serviços de saúde mental e as escalas de avaliação da satisfação e da sobrecarga dos profissionais nos referidos serviços (Bandeira et al, 1999, 2000). Foram ainda validadas, para o contexto brasileiro, uma escala de sobrecarga dos familiares nos cuidados aos pacientes psiquiátricos (Bandeira, Calzavara, Varella, 2005), uma escala de avaliação do comportamento social (Lima et al, 2003), o inventário de habilidades de vida independente (Bandeira, Lima, Gonçalves, 2003; Lima, Bandeira, Gonçalves, 2003) e a escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (Cardoso et al, 2003).

Apesar do pequeno número de publicações encontradas em periódicos científicos brasileiros, alguns trabalhos já foram desenvolvidos sobre a qualidade de vida dos pacientes (Cardoso et al, 2003; Souza, Coutinho, 2006), seu nível de funcionamento cotidiano, seu grau de satisfação com os serviços (Jaegger et al, 2004) e as limitações observadas no seu comportamento social e nível de autonomia para as habilidades de vida independente (Gonçalves et al, 2001; Dias et al, 2002; Abelha et al, 2006). Esses estudos contribuem para o planejamento das ações necessárias à reinserção dos pacientes na comunidade (Gonçalves et al, 2001; Dias et al, 2002; Lima et al, 2003; Bandeira et al, 2003). No entanto, nenhum dos estudos citados comparou os dados obtidos antes e depois da desospitalização.

O propósito do presente estudo foi avaliar pacientes psiquiátricos que foram desinstitucionalizados e que estão, atualmente, inseridos na comunidade, morando em residências terapêuticas e comparar os resultados com aqueles obtidos em levantamento prévio, realizado antes da sua saída do hospital, com o objetivo de avaliar a evolução dos pacientes em relação aos níveis de comportamento social e das habilidades de vida independente.

4.2 - MÉTODO

4.2.1 - TIPO DE ESTUDO

Estudo de corte transversal, realizado em duas etapas distintas, antes e depois, quando se comparou o grau de habilidades de vida independente e o comportamento social de amostra

de pacientes psiquiátricos antes da saída do hospital, e dois anos depois da sua transferência para as residências terapêuticas.

4.2.2 - LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Barbacena, município localizado no estado de Minas Gerais, com população de 125 mil habitantes, conhecido durante muitos anos como “cidade dos loucos”, devido ao elevado número de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos existentes. No início do trabalho, havia quase 1000 pacientes internados nos cinco hospitais da cidade. Destes, cerca de 90% contavam com aproximadamente 30 anos de hospitalização.

A primeira etapa da pesquisa foi realizada com os pacientes ainda internados em dois hospitais psiquiátricos, um mês antes de sua alta e transferência para as residências terapêuticas. Um dos selecionados para o presente estudo foi o Sanatório Barbacena, com capacidade de 120 leitos para atendimento de ambos os sexos, que após o descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrido no final do ano de 2003, teve os pacientes transferidos para outros hospitais ou para as residências terapêuticas. O segundo hospital foi o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), hospital público estadual, com capacidade de 350 leitos, que iniciou o processo de desospitalização em atendimento à Portaria 52, de janeiro de 2004 (Ministério da Saúde, 2004). A segunda etapa do estudo foi realizada nas residências terapêuticas, que são casas inseridas na comunidade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência.

4.2.3 - AMOSTRA

A amostra incluiu 75 pacientes crônicos, sendo 30 (40%) do Sanatório Barbacena e 45 (60%) do CHPB, retirada de um universo de 150 pacientes que estavam em processo de desospitalização. Os critérios adotados na seleção dos pacientes que seriam desospitalizados foram estabelecidos por equipe de saúde mental externa à pesquisa, composta por profissionais dos dois hospitais e da Coordenação Municipal de Saúde Mental. O número de sujeitos entrevistados ficou limitado pelo ritmo da desospitalização, uma vez que a primeira avaliação precisava ser realizada antes da alta. Trata-se, portanto, de uma amostra de conveniência, na qual foram aproveitados os procedimentos e as circunstâncias da desospitalização.

As informações sobre as características da amostra referentes às variáveis sociodemográficas, diagnóstico psiquiátrico (CID 10) e a medicação utilizada nos dois períodos da pesquisa foram obtidas dos prontuários dos pacientes. A dose diária de cada antipsicótico foi convertida em dose equivalente padronizada de Clorpromazina (Foster, 1989; Wilkie, Preston, Wespy, 2001).

4.2.4 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Utilizaram-se dois instrumentos de medida validados para o Brasil:

Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS): Esta escala foi adaptada e validada para o Brasil por Lima, Bandeira e Gonçalves (2003) e Bandeira et al (2003), a partir da escala original *Independent Living Skills Survey*, elaborada por Wallace em 1986 (Wallace, 1986). Esta escala possui 86 itens que avaliam a autonomia de pacientes crônicos em nove áreas da vida cotidiana, em termos da frequência em que eles apresentam as habilidades básicas para funcionar de forma independente na comunidade. Estas áreas são: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento de alimentos, saúde, lazer, administração do dinheiro, transporte e emprego. Os escores variam de zero a quatro. A pontuação zero significa o grau mais baixo de autonomia, e a pontuação quatro, o mais elevado. O estudo de validação da versão brasileira apontou qualidades psicométricas de validade e de confiabilidade satisfatórias, no que se refere à consistência interna das suas subescalas, estabilidade temporal teste-reteste, assim como validade discriminante e validade de construto (Bandeira et al, 2003; Lima, Bandeira, Gonçalves, 2003).

Escala de Avaliação do Comportamento Social (SBS): Esta escala é a versão brasileira validada por Lima (Lima et al, 2003), a partir da escala original *Social Behavior Schedule*, elaborada por Wykes e Sturt (Wykes, Sturt, 1986). A SBS possui 21 itens que avaliam as limitações do comportamento social de pacientes de longa permanência, tanto em hospitais psiquiátricos quanto em serviços residenciais na comunidade, com escores variando de zero (ausência de problema) a quatro (problema severo).

Os itens da escala original foram agrupados, a partir de análise fatorial, em cinco subescalas por Wykes, Sturt e Creer (Wykes, Sturt, Creer, 1982; Gonçalves et al, 2001): afastamento social (itens 1,18,19), comportamento social embaraçoso (itens 2,3,4,9,11,16,20), depressão e ansiedade (itens 6,7,8,15), hostilidade e violência (itens 5,14) e comportamento social

inaceitável (itens 12,13,17,21). O item 10 não foi incluído em nenhuma categoria por ter alcançado valor abaixo do estabelecido pelos referidos autores na análise fatorial. A validação da versão brasileira foi realizada em 2003 e apresentou qualidades psicométricas de validade e confiabilidade satisfatórias no que se refere à consistência interna dos seus 21 itens (Lima et al, 2003).

4.2.5 - PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES

As escalas ILSS e SBS foram preenchidas com base nas informações obtidas de um membro da equipe de saúde mental que acompanhou bem o comportamento do paciente. Estas informações se referem ao comportamento dos pacientes no mês anterior à entrevista. Na primeira etapa da pesquisa, as escalas foram aplicadas por duas psicólogas em entrevistas com o auxiliar de enfermagem responsável pelo cuidado ao paciente. As entrevistadoras haviam sido previamente submetidas a um treinamento que consistiu de leitura e discussão dos artigos referentes às escalas de medida, assim como da aplicação supervisionada dos instrumentos. Primeiro, as avaliadoras assistiram à aplicação das escalas pelo autor do projeto e, em seguida, aplicaram as escalas, em um estudo-piloto, tendo sido observadas diretamente durante as entrevistas. Na segunda etapa da pesquisa, as duas escalas foram aplicadas pelo autor do projeto, em entrevistas realizadas com os cuidadores dos pacientes, nas residências terapêuticas.

A realização das entrevistas seguiu procedimento padrão, nas duas etapas da pesquisa. Todos os entrevistados foram submetidos aos mesmos procedimentos, buscando seguir os critérios de aplicação dos questionários utilizados nos estudos de validação (Lima et al, 2003).

4.2.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Foram computados os escores globais e os escores das subescalas para os dois instrumentos. Foi criada uma variável dependente, denominada “ *escore de evolução* ”, para avaliar a evolução dos pacientes com relação ao comportamento social e às habilidades da vida diária, resultante da diferença entre os escores iniciais e finais nas duas escalas, ou seja, antes e depois da desospitalização. Foi utilizado o Teste da Soma de Postos de Wilcoxon para comparação destes escores de evolução. Para avaliar a correlação entre os escores obtidos pelos pacientes nas duas escalas, ou seja, a relação entre sua evolução no grau de autonomia

e no funcionamento psicossocial, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Para analisar os dados de porcentagens de pacientes que apresentaram problemas de comportamentos antes e depois da desospitalização, foi utilizado o teste de McNemar.

Foram feitas análises univariadas e multivariadas para avaliar os fatores associados à evolução observada nos pacientes nos escores das escalas. Para as variáveis dicotômicas, como sexo e diagnóstico, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para analisar a influência das variáveis contínuas (idade, tempo de internação e medicação) nos escores de evolução, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. Para a análise multivariada, utilizou-se o modelo de regressão linear múltipla. O nível de confiança adotado foi de 95%. O software SPSS, versão 12.0, foi utilizado para armazenamento e processamento dos dados.

4.2.7 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais e da Universidade Federal de Minas Gerais.

4.3 - RESULTADOS

4.3.1 - PERFIL DOS PACIENTES PARTICIPANTES

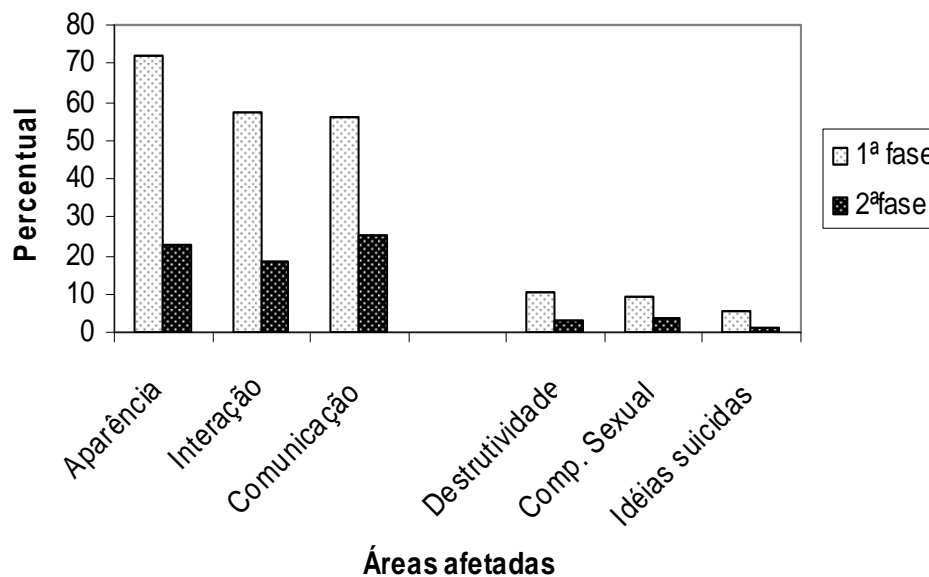
Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (58,7%), com a idade variando de 31 anos a 88 anos, média de 57,5 anos e desvio-padrão (DP) de 11,8. O tempo de internação variou de dois a 64 anos, com média de 29,8 anos (DP= 10,2).

Quanto ao diagnóstico, 54,6% tinham esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, 25,3% deficiência mental, 8% epilepsia, 5,3% transtorno bipolar e os 6,8% restantes apresentavam transtornos mentais não especificados. A dose diária equivalente de Clorpromazina utilizada pelos pacientes internados variou de 25mg/dia a 1.050mg/dia, com mediana de 75mg. Um paciente estava em uso de antipsicótico atípico, e 24 (32%) não faziam uso de antipsicóticos.

4.3.2 - COMPORTAMENTO SOCIAL

O gráfico 1 mostra o percentual de pacientes que apresentaram problemas no comportamento social, nos três itens que apresentaram maior frequência e nos três com menor frequência, entre os 21 itens avaliados pela SBS, nas duas fases do estudo. Observa-se redução no percentual de pacientes com problemas de comportamento social na segunda etapa em relação à primeira avaliação ($p < 0,05$).

Gráfico 1 – Percentual de pacientes que apresentaram problemas de comportamento nas áreas mais e menos afetadas avaliadas pela SBS, nas duas fases do estudo.



A tabela 1 mostra as medianas dos escores obtidos na escala SBS, nas duas etapas da pesquisa e as medianas da diferença entre esses escores, que consiste no escore de evolução, evidenciando melhora significativa no comportamento social dos pacientes.

Os resultados da análise univariada mostraram efeitos significativos do diagnóstico, idade e tempo de internação. A comparação dos escores de evolução do comportamento social, por diagnóstico, mostrou que os pacientes esquizofrênicos apresentaram melhor evolução no escore global e na subescala de *Afastamento social* em relação aos pacientes com outros diagnósticos. Não houve diferença entre os sexos.

Tabela 1: Mediana do escore global e das categorias da SBS na primeira e na segunda fase e mediana do escore de evolução.

Escores	Mediana 1ª fase ± desvio-padrão	Mediana 2ª fase ± desvio-padrão	Mediana do escore de evolução
Escore Global	1,04 ± 0,43	0,38 ± 0,30	0,57
Subescalas			
Afastamento social	1,33 ± 0,95	0,66 ± 0,63	0,33
Comportamento embaraçoso	1,00 ± 0,56	0,42 ± 0,39	0,57
Depressão e ansiedade	0,50 ± 0,63	0,00 ± 0,27	0,25
Hostilidade e violência	0,50 ± 0,92	0,00 ± 0,52	0,50
Comportamento social Inaceitável	1,25 ± 0,83	0,50 ± 0,43	0,75

p < 0,01 em todas as comparações

Para a análise dos escores de evolução em relação às variáveis contínuas, observou-se que quanto menor o tempo de internação maior o escore de evolução. Este resultado foi obtido tanto na escala global quanto em relação às subescalas *Comportamento embaraçoso*, *Depressão e ansiedade* e *Comportamento social inaceitável*.

O fator idade esteve igualmente correlacionado com o escore de evolução da escala global e das subescalas de *Depressão e ansiedade* e *Comportamento social inaceitável*. Para a variável uso de neurolépticos, não houve correlação significativa com os escores de evolução do comportamento social.

Os resultados da análise de regressão multivariada, apresentados na tabela 2, mostram as variáveis que foram retidas no modelo final dos escores de evolução do comportamento social. Observa-se que a evolução dos pacientes com relação ao comportamento social, antes e depois da desospitalização, foi função das variáveis tempo de internação, diagnóstico e sexo. A variável tempo de internação estava inversamente associada à melhora no escore global, e nas subescalas de *Depressão e ansiedade*, *Comportamento embaraçoso* e *Comportamento social inaceitável*.

Tabela 2. Variáveis do modelo final de regressão linear para os escores da escala SBS

Variáveis do modelo final para escala global e subescalas	Valor-p	R ² (%)	IC 95% para β
Escala global SBS			
Tempo de internação	0,01	14,3	[-0,38; -0,37]
Subescalas			
Afastamento social			
Esquizofrenia	0,02	6,7	[0,00; 0,52]
Comp. Embaraçoso			
Sexo (feminino)	0,03	12,8	[0,06; 0,45]
Tempo de internação	0,01		[-0,35; -0,34]
Depressão e ansiedade			
Tempo de internação	0,01	9,8	[-0,32; -0,30]
Comp. social inaceitável			
Tempo de internação	0,01	15,6	[-0,41; -0,38]

Os pacientes portadores de esquizofrenia apresentaram uma melhora significativamente superior na subescala *Afastamento social*, se comparados aos demais. O sexo feminino mostrou melhora significativamente mais elevada na subescala *Comportamento embaraçoso* e foi a única variável, junto com o tempo de internação, que permaneceu no modelo final para esta categoria.

A inclusão do escore inicial do comportamento social como variável explicativa, no modelo de regressão, aumentou significativamente o coeficiente R² na escala global e em todas as subescalas. Com esta inclusão, o coeficiente variou entre 53 e 83%, indicando melhor ajuste no modelo de regressão. Os pacientes que apresentaram maiores escores iniciais, ou seja, pior desempenho no comportamento social, foram os que tiveram maiores escores de evolução. Porém, esse escore foi uma variável tão significativa que impediu às outras variáveis permanecerem no modelo.

4.3.3 - HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE

Com relação ao grau de autonomia na 1ª fase da pesquisa, verificou-se importante limitação dos pacientes nas habilidades de vida cotidiana. Apenas na subescala relacionada à *Alimentação* e, em menor grau, na subescala de *Cuidados pessoais*, os pacientes apresentaram melhor desempenho. No escore global e nas demais subescalas os pacientes tiveram pontuação baixa (tabela 3). As subescalas referentes ao *Preparo de alimentos*, *Administração de dinheiro e Emprego* não foram avaliadas nessa fase, pois os pacientes não tiveram oportunidade de desempenhar tais atividades, enquanto hospitalizados.

Tabela 3 – Mediana do escore global e das subescalas da ILSS na primeira e na segunda fase e mediana do escore de evolução.

Escores	Mediana 1ª fase ± desvio-padrão	Mediana 2ª fase ± desvio-padrão	Mediana do escore de evolução
Escala Global*	1,70 ± 0,62	2,29 ± 0,87	0,55
Subescalas			
Alimentação*	3,28 ± 0,59	3,85 ± 0,39	0,43
Cuidados pessoais*	1,91 ± 0,85	3,23 ± 0,87	1,17
Atividade doméstica*	1,12 ± 1,15	3,00 ± 1,24	1,20
Cuidados c/ saúde	0,87 ± 0,49	1,37 ± 0,72	0,50
Transporte*	0,75 ± 0,84	2,16 ± 1,18	1,25
Lazer*	1,00 ± 0,81	1,75 ± 1,01	0,62

* p< 0,01

Na segunda fase, houve melhora significativa nos escores de quase todas as subescalas pesquisadas, conforme se pode observar pelos escores de evolução apresentados na tabela 3. As duas subescalas que foram avaliadas apenas nesta fase, referentes às habilidades de *Preparo de alimentos* e de *Administração de dinheiro*, obtiveram pontuação baixa (1,95 e 1,33, respectivamente). A subescala de habilidades referentes ao *Emprego* também não foi avaliada na segunda fase, devido à ausência de desempenho neste domínio.

A tabela 4 apresenta os resultados da análise multivariada. Pode-se observar que a introdução do escore inicial da ILSS como variável explicativa, aumentou significativamente o coeficiente R². Com exceção da subescala relacionada ao *Lazer*, o escore inicial associou-se, de forma inversa, com os escores de evolução nas demais subescalas. Ou seja, quanto menor o escore e, portanto, menor o grau de autonomia, na primeira fase, mais acentuada foi a melhora do paciente.

Tabela 4. Variáveis do modelo final de regressão linear para a escala ILSS, incluindo o escore da 1ª fase

Variáveis do modelo final para escala global e subescalas	Valor-P	R² (%)	IC 95% para β
Escala Global			
Idade	0,01	10,4	[-0,37; -0,33]
Tempo de Internação	0,01		[0,31; 0,35]
Sub-escalas			
Alimentação			
Escore na 1ª Fase	0,00		[-0,84; -0,64]
Tempo de internação	0,00	63,5	[0,16; 0,20]
Sexo Feminino	0,02		[0,02; 0,30]
Cuidados Pessoais			
Escore na 1ª fase	0,00	22,7	[-0,28; -0,64]
Tempo de internação	0,02		[0,22; 0,26]
Atividade Doméstica			
Escore 1ª fase	0,00		[-0,62;-0,26]
Esquizofrenia	0,01	27,5	[-0,73 ; 0,07]
Tempo de Internação	0,05		[0,20; 0,24]
Cuidados com Saúde			
Escore 1ª fase	0,00		[-0,78;-0,38]
Tempo de Internação	0,01	34,4	[0,28; 0,32]
Idade	0,04		[-0,26;-0,22]
Transporte			
Escore 1ª fase	0,01	17,5	[-0,52;-0,07]
Idade	0,01		[-0,31;-0,27]
Lazer			
Idade	0,03	6,2	[-0,27;-0,23]

A análise multivariada mostrou que o grau de evolução da autonomia dos pacientes, antes e depois da desospitalização, foi uma função do tempo de internação, do diagnóstico, da idade e do sexo. O tempo de internação esteve associado, de forma positiva, com os escores de evolução global e das subescalas referentes à *Alimentação*, *Cuidados pessoais*, *Atividade doméstica* e *Cuidados com a saúde*, indicando, portanto, maior evolução para os pacientes com maior tempo de internação. Pacientes portadores de esquizofrenia tiveram melhor desempenho nas *Atividades domésticas* do que os demais. O sexo feminino apresentou melhor evolução na subescala de *Alimentação*. A variável idade correlacionou-se de forma inversa com o escore de evolução na escala global e nas subescalas relacionadas à *Saúde*, *Transporte* e *Lazer*.

Outros resultados obtidos, não incluídos nas tabelas, estão descritos a seguir. Foram comparados os desempenhos de pacientes residentes em casas que contam ou não com

cuidador noturno e os resultados mostraram que as moradias sem cuidador foram aquelas onde se observou melhor evolução dos pacientes com relação ao escore global da ILSS.

Com relação à medicação dos pacientes, observou-se que, nas residências terapêuticas, a dose diária de Clorpromazina variou de 25mg a 750mg, com mediana de 75. Dois pacientes usavam antipsicóticos atípicos. O número de pacientes que não usava medicação permaneceu inalterado. Não foi observada associação entre uso de antipsicóticos e os escores da SBS e ILSS, considerando-se todos os pacientes e cada categoria diagnóstica. O coeficiente de correlação dos escores entre as escalas ILSS e SBS na primeira fase, foi de 0,44 ($p=0,01$); na segunda fase, de 0,62 ($p=0,01$).

4.4 - DISCUSSÃO

A comparação dos escores dos pacientes, na escala SBS, nas duas fases do trabalho, evidenciou uma melhora significativa no comportamento social dos pacientes, em todas as subescalas. Na fase hospitalar, as áreas mais afetadas foram observadas nos itens aparência pessoal e higiene, comunicação e interação social. Esses resultados encontram-se bem próximos aos obtidos em três estudos realizados em hospitais psiquiátricos brasileiros (Dias et al, 2002; Abelha et al, 2006; Fleck et al, 2007) e são esperados em pacientes com longo período de internação e sem vínculos sociais. Por outro lado, no presente estudo, observou-se baixa prevalência de incapacidades em áreas que poderiam resultar em problemas ou riscos para os pacientes ou para a sociedade, como comportamento sexual inadequado, violência ou pensamentos suicidas. Baixos escores nessas áreas podem favorecer o processo de desospitalização (Abelha et al, 2006).

Com relação aos escores obtidos pelo ILSS, a maioria dos pacientes apresentou limitação considerável na primeira avaliação, antes da desospitalização. As questões dessa escala, nas quais se incluem habilidades tanto domésticas quanto sociais, cobrem atividades que os pacientes tiveram pouca ou nenhuma oportunidade de realizar no hospital. A baixa pontuação observada nas subescalas de *Cuidados com a saúde* e de *Atividades domésticas*, por exemplo, pode estar relacionada ao fato de essas atividades, na maioria dos hospitais, serem executadas ou supervisionadas, de forma sistemática, pelos funcionários, prejudicando o desenvolvimento da autonomia dos pacientes. No entanto, algumas habilidades, referentes

às subescalas de *Alimentação e Cuidados pessoais*, são estimuladas continuamente, visando-se a independência do paciente nessas áreas.

Depois de dois anos vivendo na comunidade, os pacientes apresentaram melhora significativa na pontuação de quase todas as subescalas da ILSS, que foram avaliadas nesta fase. Mesmo assim, em algumas áreas, o desempenho ainda é baixo, requerendo treinamento continuado, por exemplo, na subescala de *Cuidados com a saúde*. Além disso, as habilidades referentes ao preparo de alimentos e à administração do dinheiro, que não foram avaliadas na fase inicial, tiveram pontuação baixa na segunda fase, o que indica necessidade de maior treinamento e monitoramento permanente.

Apesar de cobrirem diferentes aspectos da vida dos pacientes, as duas escalas utilizadas neste trabalho apresentaram correlação significativa entre si, com relação aos escores obtidos na primeira e na segunda fase. Este resultado indica haver uma associação entre melhora no comportamento social e desenvolvimento de autonomia dos pacientes, sugerindo que se trata de duas classes associadas de comportamentos e não de classes independentes no repertório dos indivíduos.

Não houve associação significativa entre as variáveis sexo, diagnóstico psiquiátrico e medicação e a evolução dos escores globais obtidos nas escalas SBS e ILSS. Apenas o fator tempo de internação se mostrou associado ao escore de evolução nas duas escalas. Essa associação, entretanto, ocorreu de forma diferente para os dados das duas escalas. No caso do comportamento social, a melhor evolução foi obtida pelos pacientes com menor tempo de hospitalização e que apresentavam problemas de comportamento, conforme indicado pelo maior escore inicial. Para as habilidades de vida independente ocorreu o contrário. Os pacientes com maior tempo de internação apresentaram melhor evolução. Porém, apenas os que tinham baixos escores iniciais, ou seja, menor autonomia, apresentaram melhora nessas habilidades. Estes resultados indicam, portanto, que independentemente do tempo de internação, as melhoras mais acentuadas estavam associadas aos piores desempenhos iniciais nas duas escalas.

No projeto TAPS (Leff et al, 2000; Leff, Trieman, 2000), os problemas no comportamento social de 670 pacientes desospitalizados, avaliados pela SBS, não sofreram mudanças significativas ao longo do tempo, nem no escore total, nem no sub-escore relacionado aos

sintomas negativos. Em contraste com a SBS, ocorreram mudanças significativas nas habilidades da vida diária. Os pacientes adquiriram habilidades no uso dos serviços comunitários, nas atividades domésticas e aumentaram a proporção de contatos sociais. As variáveis idade e escore inicial foram as mais fortemente associadas com as mudanças observadas. Os pacientes idosos apresentaram maior redução nos sintomas psiquiátricos, mas pior desempenho na aquisição de habilidades domésticas e sociais. Um grupo de pacientes mais grave, com problemas prévios de agressão ou com desinibição da sexualidade, obteve ganho nas habilidades da vida diária e reduziu em 50% os problemas comportamentais depois de quatro anos de seguimento (Trieman, Leff, 2002).

No presente trabalho, a variável idade associou-se inversamente aos melhores escores globais de evolução da ILSS. É possível que os pacientes mais jovens retenham melhor as habilidades sociais essenciais para uma vida independente e para estabelecer contatos na comunidade, além de manter a capacidade cognitiva para se ajustar às mudanças ambientais. Estas variáveis podem ser consideradas como fatores intervenientes que atuam para potencializar o efeito da desospitalização e da vivência nas residências comunitárias, as quais possibilitaram o treinamento de habilidades de vida e do comportamento social, através do envolvimento dos profissionais nas atividades cotidianas.

Priebe et al (2002) compararam dois grupos com cerca de 60 pacientes cada, sendo o grupo desospitalizado composto por pacientes mais jovens e com menor tempo de hospitalização. Depois de um ano, o grupo que vivia na comunidade apresentou mudança significativa com relação à sua qualidade de vida e menor número de necessidades, quando comparado ao grupo hospitalizado.

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico, os pacientes portadores de esquizofrenia, no presente trabalho, apresentaram melhora nas subescalas de afastamento social da SBS e de atividades domésticas da ILSS, com tendência de melhora no escore global dessa última escala. Recentes evidências sugerem que pacientes idosos com esquizofrenia podem manter grau elevado de independência (Palmer et al, 2002). O treinamento da competência social tem sido eficaz para ajudar esses pacientes a adquirir e manter as habilidades necessárias à sua reinserção social (Bandeira, 1999).

A presença de deficiências no funcionamento social é característica de pacientes esquizofrênicos. Esses déficits incluem dificuldades nos relacionamentos, no trabalho, no autocuidado e na participação em atividades recreativas e comunitárias. Os principais fatores associados a esse comprometimento são a presença de sintomas negativos e déficits cognitivos (Green, 1996; Dickerson et al, 1999), e no caso de pacientes desospitalizados, o isolamento imposto pelo longo período de hospitalização (Trauer, 2001). Devido à cronicidade do quadro, as mudanças no comportamento e a aquisição de habilidades pelos pacientes nem sempre são expressivas (Donnelly et al, 1996; Trauer et al, 2001).

Observou-se redução na dose média de neurolépticos entre as duas etapas. Contudo, não houve associação entre uso ou dose de antipsicóticos e a variação nos escores finais das duas escalas. Estes resultados estão em acordo com os obtidos por Ryu e colaboradores (Ryu et al, 2006). Depois de dois anos de seguimento de pacientes desospitalizados, estes pesquisadores não observaram alteração na dosagem total dos neurolépticos prescritos, sugerindo que a melhora observada na sintomatologia psiquiátrica poderia ser resultado da mudança do local do tratamento e efeito das intervenções realizadas.

Szmidla e Leff (2006) também não observaram relação entre estas variáveis, depois de acompanhar um grupo de pacientes esquizofrênicos por dois anos e avaliar os efeitos da medicação e das intervenções psicossociais sobre os sintomas psiquiátricos. Os autores observaram que a introdução de antipsicóticos atípicos associou-se, de forma significativa, com a melhora dos sintomas delirantes, mas não teve efeito sobre alucinações e sintomas negativos, que responderam melhor às intervenções psicossociais. Além de discriminar os efeitos das duas intervenções, concluíram que a melhora observada não poderia ser simplesmente decorrente da passagem do tempo, mas efeito das intervenções. A interpretação dos resultados do trabalho citado é complexa, à medida que é difícil determinar os componentes das intervenções que são responsáveis pelos efeitos. Fatores ligados aos pacientes, como a severidade dos sintomas e tempo de doença, e fatores ligados aos profissionais, como treinamento e interesse, podem interferir nos resultados.

A transferência dos cuidados do hospital para a comunidade, por si só, não garante modificação no desempenho dos pacientes. A organização do serviço, o treinamento da equipe e as intervenções de reabilitação realizadas representam importantes fatores diretamente relacionados com as mudanças observadas nos pacientes, independente do grau

de limitação psicossocial prévio dos moradores(Fakhoury et al, 2002). Ambientes menos restritivos e com mais privacidade proporcionam melhores oportunidades para um ritmo normal de vida e facilitam o processo de reinserção social (Bandeira et al, 1994).

Uma outra característica importante, para garantir o sucesso da reinserção dos pacientes, é o acesso a um ambiente comunitário que estimule sua participação em atividades cotidianas e na organização dos trabalhos da casa, segundo um plano individualizado de habilidades a serem desenvolvidas (Bandeira et al, 1998). Pacientes que têm mais acesso a serviços comunitários apresentam mais possibilidades de realizar interações sociais e de aprender o que é prático (Wong, Filoromo, Tennille, 2006). Em moradias onde não ocorre esse tipo de estimulação, os pacientes são mais passivos e inativos, conseqüentemente não desenvolvem habilidades básicas para a vida comunitária (Bandeira et al, 1994).

No presente trabalho, a idade média elevada e o longo tempo de internação dos pacientes não foram incompatíveis com a desospitalização e a convivência nas RTs. No que se refere ao comportamento social, mesmo exibindo limitações, a maioria dos pacientes estudados apresentou poucos problemas, mostrando-se em condições de residir na comunidade. Quanto ao grau de habilidades cotidianas, os pacientes tiveram desempenho geral razoável, mas com necessidade de acompanhamento, treinamento e reabilitação em algumas atividades cotidianas determinadas. Para os que apresentaram menor evolução, é necessário estabelecer programas mais específicos. A melhora alcançada pela desospitalização pode ser comprovada, em parte, pelo fato de que, depois de aproximadamente dois anos vivendo na comunidade, 30 pacientes estão residindo em sete moradias que não contam mais com a presença de cuidador noturno. Esses moradores vivem, atualmente, em condições satisfatórias de independência e autonomia.

Algumas limitações deste estudo merecem ser salientadas. Em primeiro lugar, destaca-se o número de participantes e o fato de se utilizar uma amostra de conveniência e não-probabilística, limitando a generalização dos resultados. Outra limitação diz respeito às escalas terem sido aplicadas por diferentes avaliadores nas duas etapas do estudo. Porém, foram tomados todos os cuidados no treinamento e na supervisão das entrevistadoras, visando garantir a padronização na aplicação dos questionários. Pode-se acrescentar o fato de ter havido diferentes informantes nas duas etapas do projeto, que poderiam ter

expectativas diversas quanto à desospitalização. Essa variação pode ter contribuído para as diferenças observadas.

Apesar destas limitações, espera-se que os resultados obtidos possam ser usados como passo inicial de um processo contínuo de pesquisa nessa área, dada à relevância do tema no contexto atual da assistência psiquiátrica brasileira. Outros trabalhos, com maior número de pacientes, em diversas localidades e com diferentes delineamentos, precisam ser desenvolvidos, a fim de investigar o impacto da desospitalização na reinserção social dos pacientes psiquiátricos.

4.5 - CONCLUSÃO

A contribuição particular deste estudo consistiu em avaliar o desempenho de pacientes psiquiátricos, antes e depois de sua desospitalização e transferência para residências terapêuticas, através de escalas de medida validadas. A melhora significativa observada nos pacientes, na maioria dos itens das escalas, atesta a viabilidade da desospitalização e a importância das residências terapêuticas em possibilitar a reinserção social dos pacientes. Os resultados obtidos corroboram os de outros estudos, apesar das diferenças de amostragem, metodologias e localidades diversas, confirmando que pacientes com longo período de internação podem viver em ambientes comunitários supervisionados, e são beneficiados com a desospitalização.

A observação direta dos pacientes, nas residências terapêuticas, durante a realização da pesquisa, permitiu ainda o acesso a informações adicionais valiosas a respeito da melhora dos pacientes, que complementam os dados obtidos pelas escalas. Constatou-se que os pacientes apresentaram uma ampla gama de desempenhos, desenvolvidos nesses dois anos de convivência na comunidade. Os pacientes namoram, fazem cursos profissionalizantes, exercitam-se em academias de hidroginástica, viajam e aprendem a usar caixa eletrônico de bancos.

Os resultados sugerem, portanto, que as residências terapêuticas constituem modalidade apropriada de serviço comunitário para os pacientes egressos de longa hospitalização. Apesar das deficiências apresentadas por alguns pacientes, a transferência do local de tratamento, junto com programas de reabilitação empregados, se mostrou satisfatória para a

maioria deles. Espera-se que mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo desses moradores. Entretanto, é importante lembrar que a residência terapêutica não é precisamente um serviço de saúde, mas acima de tudo uma moradia, um lar que estimula a convivência social, a liberdade e a construção de novas possibilidades, diferenciando-se assim dos demais serviços substitutivos (Vidal, Vidal, Fassheber, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – ABELHA, L. et al. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 10-17, 2006.
- 2 – BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISSETE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 4, n.12, p. 659-666, 1994.
- 3 – BANDEIRA, M.; PITTA, A. M.; MERCIER, C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 233-244, 1999.
- 4 – _____ Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (satis-br) e da sobrecarga (impacto-br) da equipe de profissionais em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.
- 5 – _____ Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: satis-br. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.49, n.8, p. 293-300, 2000.
- 6 – BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, n.12, p. 627-640, 1998.
- 7 – BANDEIRA, M. Competência social de psicóticos: parâmetros do treinamento para programas de reabilitação psicossocial – parte I. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 95-99, 1999.
- 8 – BANDEIRA, M. et al. Escala de avaliação da satisfação dos familiares em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 153-166, 2002.
- 9 – BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; VARELLA, A. A. B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.
- 10 – BANDEIRA, M.; LIMA, L. A.; GONÇALVES, S. Qualidades psicométricas da escala de habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR): fidedignidade teste-reteste. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 121-125, 2003.
- 11 – BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 12 – CARDOSO, C. S. et al. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p.211-222, 2003.

- 13 – DIAS, M. T. G. et al. Seguimento e avaliação da reforma psiquiátrica no hospital São Pedro. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S.M.S (Eds.). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.
- 14 – DICKERSON, F. et al. Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 37, p.13–20, 1999.
- 15 – DONNELLY, M. et al. Leaving hospital: one and two-year outcomes of long-stay psychiatric patients discharged to the community. **Journal of Mental Health Administration**, Thousand Oaks Ca, v. 5, p. 245–255, 1996.
- 16 – DRAKE, R. E. et al. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 39, n. 5, p. 427-440, 2003.
- 17 – FAKHOURY, W. K. H. et al. Research in supported housing. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, p. 301-315, 2002.
- 18 – Fleck MPA, Wagner L, Wagner M, Dias M. Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.1, p.124-130, 2007.
- 19 – FOSTER, P. Neuroleptic equivalence. **Pharmaceutical Journal**, London, v. 290, p. 431-432, 1989.
- 20 – GONÇALVES, S. et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, 2001.
- 21 GREEN, M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 153, n. 3, p. 321-330, 1996.
- 22 – JAEGGER, R. C. et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-39, 2004.
- 23 – LEFF, J. et al. The TAPS project: a report on 13 years of research, 1985-1998. **Psychiatric Bulletin**, London, v. 24, p. 165-168, 2000.
- 24 – LEFF, J.; TRIEMAN, N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 176, p. 217-223, 2000.
- 25 – LIMA, L. A. et al. Validação transcultural da escala de avaliação de limitações no comportamento social: SBS-BR. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 126-138, 2003.
- 26 – LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 143-158, 2003.

- 27 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Geneva: OMS, 2001.
- 28 – PRIEBE, S. et al. Do long-term hospitalised patients benefit from discharged into the community? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, p. 387-392, 2002.
- 29 – PALMER B.W. et al. Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation, and driving. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 55, n. 3, p. 205–215, 2002.
- 30 – RYU, Y. et al. Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 40, n. 5, p. 462-470, 2006.
- 31 – SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.
- 32 – SZMIDLA, A. LEFF, J. Differentiating the effects of pharmacological and psychosocial interventions in an intensive rehabilitation programme. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 41, p. 734-737, 2006.
- 33 – TRAUER, T. Symptom severity and personal functioning among patients with schizophrenia discharged from long-term hospital care into the community. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 37, n. 2, p. 145-155, 2001.
- 34 – TRAUER, T. et al. From long-stay psychiatric hospital to Community Care Unit: evaluation at 1 year. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 36, p. 416-419, 2001.
- 35 – TRIEMAN N, LEFF J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 181, p. 428-432, 2002.
- 36 – VIDAL C.E.L.; VIDAL L.M.; FASSHEBER V. Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. **Cadernos IPUB, Rio de Janeiro**, v. 12, n. 22, p.155-161, 2006.
- 37 – WALLACE C.J. Functional assessment in rehabilitation. **Schizophrenia Bulletin**, Rockville, v. 12, p. 604-630, 1986.
- 38 – WILKIE, A.; PRESTON, N.; WESPY, R. High dose neuroleptics: who gives them and why? **Psychiatric Bulletin**, London, v. 25, p. 179-183, 2001.
- 39 – WONG, Y. L. I.; FILOROMO, M.; TENNILLE, J. From principles to practice: a study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. **Administration and Policy in Mental Health**, New York, published online: 6 June 2006, 16 p. Disponível em:

<<http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/1573-3289/>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

40 – WYKES T.; STURT E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, p. 1-11, 1986.

41 – WYKES T.; STURT E.; CREER C. Practices of day and residential units in relation to the social behaviour of attenders. **Psychological Medicine**, Monograph Supplement 2. Edited by Wing J.K., Cambridge University Press, Cambridge, 1982.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro artigo, procurou-se fazer uma abordagem geral do processo de desinstitucionalização por meio de uma revisão da literatura. O fato de não ter seguido a metodologia recomendada para a revisão sistemática, no sentido de não ter tabulado as características de cada estudo, avaliando sua qualidade metodológica e, também não ter aplicado critérios de elegibilidade, poderia limitar a capacidade de interpretação e generalização dos dados apresentados no presente estudo. O modelo de revisão tradicional implica a possibilidade de vieses no processo de busca e seleção dos artigos, na avaliação da sua relevância e validade, e na interpretação dos dados oriundos das pesquisas.

Para evitar o viés de seleção na escolha de artigos, foram utilizados descritores amplos - *deinstitutionalization*, *psychiatric reform*, *community-based treatment*, *psychosocial rehabilitation*, capazes de identificar mais de uma centena de artigos de vários países, incluindo Europa, América do Norte, Ásia e Oceania. A busca somente não localizou estudos desenvolvidos no continente africano.

Procurou-se, também, proceder a leitura crítica de todos os artigos, preparando um resumo da revisão, descrevendo objetivos, metodologias e resultados dos trabalhos, identificando a comparabilidade dos achados e a consistência dos vários estudos.

Com relação ao segundo artigo, destaca-se a quantidade relativamente pequena de participantes, e o fato de ter sido utilizada uma amostra de conveniência e não-probabilística. Esses aspectos impedem a generalização dos resultados para a população-alvo da qual foi retirada a amostra estudada. Por outro lado, o fato de não ter limitado o trabalho a pacientes portadores de esquizofrenia, conforme a maioria dos artigos publicados na literatura, torna a amostra estudada mais representativa dos moradores em Residência Terapêutica.

Os pacientes que seriam desospitalizados foram selecionados por uma equipe externa à pesquisa. Devido ao fator tempo, nem todos puderam ser pesquisados, pois a avaliação deveria ter sido feita com os pacientes internados.

Ainda com relação aos participantes, a amostra foi retirada de uma população de pacientes que apresentava quadro clínico menos severo e certo grau de autonomia. Isso pode representar

escores mais elevados nos questionários e pequena diferença na pontuação nos dois períodos estudados. Contudo, são exatamente esses pacientes, com maior independência, que mais podem beneficiar do programa de desospitalização.

Um grupo de comparação, constituído por pacientes que permaneceram internados, poderia demonstrar de modo mais preciso os resultados obtidos com a desospitalização. Entretanto, por razões éticas, não seria admissível manter um grupo hospitalizado com pacientes que estariam aptos para deixar o hospital, com o objetivo de controlar essa variável.

Outra limitação diz respeito às escalas terem sido aplicadas por diferentes avaliadores nas duas etapas do estudo, podendo gerar vários tipos de viés de aferição. A confiabilidade interavaliadores não foi pesquisada, também devido às limitações de tempo para sua realização. Porém, foram tomados todos os cuidados no treinamento e na supervisão das entrevistadoras, feita pelo pesquisador durante a coleta de dados, visando garantir a padronização na aplicação dos questionários.

Também em relação às entrevistas, há limitação referente ao fato de ter havido diferentes informantes nas duas etapas do projeto. Eles poderiam ter expectativas diversas quanto à desospitalização. A variação na percepção dos informantes pode ter contribuído para as diferenças observadas. No entanto, um teste de confiabilidade entre os informantes das duas etapas seria impossível, considerando as características deste estudo.

Acrescentando, temos a variável tempo, envolvendo todos aqueles processos biológicos e psicológicos que ocorrem naturalmente, independentemente de eventos externos específicos, e que podem interferir nos resultados melhorando os indicadores. Esta é uma variável interferente e inerente ao delineamento utilizado neste trabalho.

Mesmo com essas limitações, espera-se que os resultados obtidos possam ser usados como passo inicial de um processo contínuo de pesquisa nessa área, dada a relevância do tema no contexto atual da assistência psiquiátrica brasileira. Outros trabalhos, com maior número de pacientes, em diferentes centros e com diferentes delineamentos, precisam ser desenvolvidos.

Um dos propósitos de outros estudos seria a verificação do que os custos relativos destes programas representam, tanto em termos de finanças quanto em termos de sobrecarga, para os

profissionais neles envolvidos. Além desses, é necessário o desenvolvimento de pesquisas que avaliem o impacto da desospitalização na comunidade, a qualidade de vida dos moradores e o grau de satisfação dos usuários com a mudança, temas esses, que serão objeto de estudos posteriores.

A experiência adquirida ao longo das últimas décadas tem mostrado a ocorrência de acertos e erros no processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Do lado positivo, o tratamento na comunidade proporciona maior satisfação dos pacientes e melhora na qualidade de vida. Do lado negativo encontram-se a falta de planejamento, a escassez de recursos e de estruturas de suporte social, o despreparo dos profissionais e a estigmatização sofrida pelos pacientes.

Um processo adequado de desospitalização implica criação de serviços na comunidade, com diversos níveis de atenção e complexidade e integrados ao sistema geral de saúde, fornecendo um acompanhamento intensivo e permanente que possa satisfazer todas as necessidades dos pacientes. As deficiências encontradas podem prejudicar o processo de reinserção dos pacientes na sociedade e predispor-los à mendicância, ao delito e às rehospitalizações.

Além dos aspectos logísticos, o processo de reabilitação psicossocial deve incluir um planejamento terapêutico individualizado, de acordo com o grau de autonomia e de funcionamento social de cada paciente. A abordagem básica das intervenções consiste em ajudar o cliente a construir as habilidades necessárias para administrar a vida de forma adequada e o mais independentemente possível.

Nas duas últimas décadas, a reabilitação psiquiátrica tem sido considerada o modelo dominante em cuidados comunitários. O desfecho esperado no tratamento de portadores de transtornos mentais graves e persistentes enfatiza principalmente a melhora no funcionamento social e no desempenho de papéis. Atualmente, a redução dos sintomas psicopatológicos não é mais o único e relevante objetivo do tratamento.

Em Barbacena, observa-se grande diferença a favor dos aspectos positivos desde o início da desospitalização e da implantação das residências terapêuticas. Antes desse processo, o município dispunha de rede de serviços de atenção básica e consolidou uma estrutura extra-hospitalar de saúde mental, constituída pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS),

Ambulatório, Centro de Convivência e Oficinas Terapêuticas. Essa rede facilita o acompanhamento contínuo dos pacientes.

Entre as dificuldades, existiu uma resistência inicial da comunidade em virtude da falta de informação e do preconceito acerca da doença mental. Do lado dos moradores, os obstáculos estão relacionados com o fato de serem pacientes com graus variados de limitação decorrente de sua condição psiquiátrica, o que requer trabalho diferenciado com cada um. Além disso, quase todos passaram a maior parte de suas vidas dentro das instituições, com pouco ou nenhum contato com a realidade extra-hospitalar. Esse isolamento social ocasionou mais limitações. A utilização de escalas de avaliação permite um juízo mais objetivo dessas limitações, e contribui na definição das intervenções necessárias e na determinação da eficácia das intervenções em momentos posteriores.

Neste trabalho, observou-se que, a idade média elevada, o longo tempo de internação e as limitações apresentadas por muitos pacientes não foram incompatíveis com a desospitalização e com a convivência nas RTs. A faixa etária elevada de muitos moradores, por exemplo, não foi obstáculo à desospitalização. Pelo contrário, constituiu-se em importante fator a ser considerado no cronograma da desinstitucionalização, pois há de se garantir tempo suficiente para que os pacientes possam usufruir dos benefícios existentes na comunidade.

No comportamento social, mesmo exibindo limitações, a maioria dos pacientes estudados apresentou poucos problemas e, com o tempo, mostraram melhora significativa no funcionamento social. No que se refere ao grau de habilidades cotidianas, os pacientes apresentaram desempenho geral razoável, mas com necessidade de acompanhamento, treinamento e reabilitação em algumas atividades cotidianas específicas. No período observado de dois anos, eles apresentaram uma melhora significativa também neste aspecto.

Mesmo que positiva, a melhora observada nos escores de evolução, nas duas escalas, não reflete a considerável mudança experimentada por muitos pacientes, constatada pela observação do comportamento de alguns pacientes na sua realidade cotidiana. A convivência com os pacientes durante a pesquisa e por contatos informais, propiciou a verificação dessas mudanças. Pacientes se casaram, namoram, fazem cursos profissionalizantes, exercitam-se em academias de hidroginástica, viajam e retiram dinheiro em caixa eletrônico.

Os resultados obtidos e as observações informais sugerem que as residências terapêuticas se constituem como modalidade apropriada de serviço comunitário para os pacientes egressos de longa hospitalização. Apesar das limitações, a transferência do local de tratamento, junto com programas de reabilitação empregados, se mostrou satisfatória para a maioria dos pacientes avaliados. Espera-se que mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo desses moradores.

Esse estudo mostrou que mais pacientes deveriam ser desospitalados. A experiência adquirida com esse processo e os resultados dessa pesquisa indicam essa possibilidade, sugerindo a implantação de mais residências terapêuticas e maior investimento do poder público nessa área.

Finalizando, é preciso enfatizar que uma residência terapêutica não é precisamente um serviço de saúde, mas, acima de tudo, uma moradia, um lar que estimula a convivência social, a liberdade e a construção de novas possibilidades, diferenciando-se assim dos demais serviços substitutivos existentes. Enfim, é um espaço em que os moradores podem fazer aquilo de que foram privados por um longo período de suas vidas.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR-066066	
Projeto de Pesquisa Avaliação das Habilidades de Vida Independente e Comportamento Social em Pacientes Psiquiátricos Desinstitucionalizados.					
Área de Conhecimento 4.01 - Medicina				Grupo Grupo III	Nível Epidemiológico
Área(s) Temática(s) Especial(s):				Fase Não se Aplica	
Unitermos Desinstitucionalização, Desospitalização, Psiquiatria, Saúde Mental, Residência Terapêutica					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 75	Total Brasil 75	Nº de Sujeitos Total 75	Grupos Especiais (Deficientes Mentais)		
Placebo NÃO	HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Eliane Costa Dias Macedo Gontijo			CPF 195.373.106-63	Identidade CRMMG 7128	
Área de Especialização Medicina Tropical			Maior Titulação Doutorado	Nacionalidade brasileira	
Endereço Av. Alfredo Balena 190			Bairro Santa Efigênia	Cidade Belo Horizonte - MG	
Código Postal 30130-100	Telefone 31-32489608 /		Fax	Email egontijo@medicina.ufmg.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 12 / 09 / 2005			Assinatura <i>Eliane Costa Dias Gontijo</i>		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Universidade Federal de Minas Gerais			CNPJ 17.217.985/0046-06	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Faculdade de Medicina			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. Presidente Antônio Carlos, 6.627			Bairro Pampulha	Cidade Belo Horizonte - MG	
Código Postal 31270-	Telefone (0xx31)3499-4592		Fax	Email coep@proq.ufmg.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura <i>[Assinatura]</i>		
Data: _____			Vice-Reitor da Faculdade de Medicina - UFMG Inscrição: 059927		
Patrocinador					
Nome NÃO SE APLICA			CNPJ		
Endereço			Bairro	Cidade	
Código Postal	Telefone		Fax	Email	
Responsável			Cargo / Função		

PROTOCOLO DE PESQUISA

PROT0C2.DOC OU ETICPROT.897(3)

I.1. TÍTULO DO PROJETO:

Avaliação de habilidades de vida independente e comportamento social em pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados

I.2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL*

Nome: Carlos Eduardo Leal Vidal
Identidade: M-750131 CPF: 28322290691
Endereço: Rua Professor Vasconcelos – 467. Barbacena / Minas Gerais
Correspondência: Rua Professor Vasconcelos 467. Barbacena/MG- CEP: 36205238
Telefone: 32-33314106 Correio eletrônico: celv@uol.com.br

Orientadora: Eliane Costa Dias Macedo Gontijo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina da UFMG – Fone: 31-32489808
Av. Alfredo Balena – 190/10003 – Correio eletrônico: egontijo@medicina.ufmg.br

I.3. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:

Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais

I.4. PROJETO APROVADO EM

Diretor da Unidade

Chefe do Departamento

Recebido na Comissão de Ética da
UFMG em

Para o relator em

Parecer avaliado em reunião de
19/10/2005

Aprovado

II. TÍTULO DO PROJETO

Avaliação das Habilidades de Vida Independente e Comportamento Social em Pacientes Psiquiátricos Desinstitucionalizados.

II. SUMÁRIO DO PROJETO (NÃO EXCEDA O ESPAÇO ABAIXO)

A transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para serviços baseados na comunidade provocou uma mudança no conceito dos tratamentos psiquiátricos, ampliando o enfoque anterior que era limitado apenas em reduzir a sintomatologia apresentada pelos pacientes. Atualmente tal conceito engloba também o repertório de habilidades, capacidades e comportamento social na vida cotidiana. A avaliação de tais dimensões é necessária tanto para o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial como para monitorar os efeitos dessas intervenções na vida dos pacientes. Nesse trabalho pretende-se avaliar, através do uso de instrumentos de medida válidos e fidedignos, o nível de habilidades em diversas áreas da vida cotidiana, e as limitações no comportamento social de 75 pacientes psiquiátricos desospitalizados de dois hospitais psiquiátricos do município de Barbacena, MG, no ano de 2004.

Palavras-chave (8 palavras, no máximo):

Desinstitucionalização, residência terapêutica, comportamento social, habilidades de vida independente, psiquiatria, saúde mental

Data prevista para o início do projeto: Após aprovação pelo COEP/UFMG
Data prevista para o encerramento: 1 ano após aprovação pelo COEP

Declaração de apoio institucional

Eu confirmo ter lido este protocolo e, se a proposta for financiada, o trabalho será realizado e administrado pelo Departamento/Instituição, de acordo com as condições gerais do edital e das normas do Conselho Nacional de Saúde. Eu também confirmo que o Pesquisador Principal é funcionário desta instituição.

Nome:

Data:

Cargo:

II. DESCRIÇÃO DA PESQUISA

- II.1. Objetivos da pesquisa / Hipóteses a testar
- II.2. Antecedentes científicos, relevância e justificativa da pesquisa (explicitando as referências bibliográficas)
- II.3. Descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística)
- II.4. Plano de coleta e análise dos dados
- II.5. Análise crítica dos possíveis riscos e benefícios
- II.6. Plano de divulgação dos resultados
- II.7. Explicitação dos critérios para interromper ou suspender a pesquisa

II.1. Objetivos da pesquisa/Hipóteses a testar

Objetivos

Gerais: Avaliar o projeto das residências terapêuticas com relação ao comportamento social e o desenvolvimento de habilidades de vida independente de 75 pacientes psiquiátricos desospitalizados.

Específicos:

- 1 - Determinar o comportamento social e habilidades de vida independente dos pacientes nas residências terapêuticas.
- 2 - Comparar esses resultados com os obtidos antes da desospitalização.
- 3 - Determinar a relevância do programa de desospitalização de acordo a evolução dos pacientes.

Hipótese a testar:

A desospitalização e a transferência para as residências terapêuticas produz uma melhora no funcionamento psicossocial e na autonomia dos pacientes.

II.2. Antecedentes científicos, relevância e justificativa da pesquisa (explicitando as referências bibliográficas)

Revisão da literatura

A transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para serviços baseados na comunidade iniciou-se a partir dos anos 50, em vários países, com o movimento de desinstitucionalização e a integração da saúde mental ao sistema geral de saúde (Bandeira 1991, Bandeira 1998, Gonçalves 2001, OMS 2001, Lima 2003, Priebe 2005).

As principais razões que favoreceram estas mudanças foram as condições precárias dos hospitais e o seu potencial cronificador, os movimentos no pós-guerra por reformas sociais e sanitárias, os movimentos pelos direitos civis e pelos direitos humanos e o surgimento dos neurólépticos(Gonçalves 2001, Lima 2003).

No Brasil, este processo tem início efetivo na década de 80 a partir do processo geral da reforma sanitária, do surgimento de legislação específica e de movimentos organizados dos profissionais da área, dando um novo ordenamento na atenção à saúde mental.

Tal processo vem se consolidando a partir de iniciativas concretas de ordem técnica e política e devido a uma consciência social da necessidade da mudança , já se observando alterações substanciais no modelo de assistência oferecido à população.

Trabalhos realizados em outros países têm indicado que os pacientes desospitalizados podem ser mantidos na comunidade, demonstrando melhora nas habilidades de vida diária, na interação social, no nível geral de funcionamento e na qualidade de vida.(Okin 1995, Rothbard 1999, Trieman 1999, Leff 2000, OMS 2001, Barbato 2004,).

No entanto, a saída dos pacientes do hospital demanda a existência de vários serviços na comunidade, como residências terapêuticas e centros de convivência , além dos Centros de Atenção Psico-social (CAPS), com diversos níveis de atenção e complexidade e profissionais qualificados, que são definitivos para sua reinserção social.(Bandeira 1998, Bandeira 1999a, Bandeira 1999b, Lima 2003)

Além de requerer uma estrutura suportiva para garantia dos avanços obtidos (reintegração, qualidade de vida e cidadania), a mudança no local de tratamento requer também mecanismos de controle e avaliação de tais serviços.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estimulado a prática da avaliação contínua dos serviços de saúde mental com o objetivo de promover uma melhor qualidade desses serviços, examinar a eficácia e a efetividade dos mesmos, e obter informações para o desenvolvimento de outros programas no futuro. (OMS 2001,Lima 2003). Estes dados são essenciais para a determinação de prioridades no âmbito da saúde mental bem como para projetar e avaliar intervenções em saúde pública. O planejamento dos serviços é um aspecto crítico dos cuidados em saúde mental. Serviços mal organizados e sem evidência científica para sua implantação falham em corresponder às expectativas e necessidades das pessoas portadoras de transtornos mentais e envolve gastos sem considerar os benefícios.

A maior parte das investigações sobre indicadores em saúde mental foram geradas em nações industrializadas e, apesar das similaridades entre os problemas de saúde em diferentes países, existem dúvidas quanto à viabilidade da generalização dos resultados das pesquisas. Há, por isso, necessidade de se realizar pesquisas para propor e sustentar novas intervenções e avaliar a efetividade e custo/efetividade das ações de natureza individual e coletiva. No Brasil, alguns trabalhos foram desenvolvidos para se obter informações básicas sobre o nível de funcionamento cotidiano dos pacientes e planejar os recursos necessários para sua reinserção na comunidade(Gonçalves 2001, Lima 2003, Bandeira 2003).

Um dos objetivos dos programas de reinserção social e reabilitação psicossocial dos pacientes é desenvolver habilidades que resultem em maior grau de autonomia em diversas áreas da vida cotidiana. Para isso, é importante avaliar, por meio de instrumentos de medida válidos e fidedignos, o nível de habilidades e de comportamento social dos pacientes que serão desospitalizados e acompanhar os efeitos desses programas na vida os pacientes (Bandeira,2003).

Justificativa:

A implantação de novas modalidades assistenciais dentro do processo da reforma psiquiátrica aponta para a necessidade de avaliação desses serviços e dos resultados alcançados, principalmente com relação às mudanças observadas nos pacientes. O acompanhamento do paciente com transtorno mental grave representa um grande desafio para as políticas públicas de saúde mental, requerendo estruturas de suporte social e serviços de reabilitação permanentes em função de suas dificuldades na realização das atividades da vida diária e nas relações sociais. Por isso é importante a avaliação dos níveis de habilidades dos pacientes nas diversas áreas da vida cotidiana, com o objetivo de avaliar a evolução dos mesmos na comunidade, planejar e implementar programas de reabilitação e monitorar os efeitos desse programas na vida dos pacientes. Acrescentando, são escassos no Brasil estudos desta natureza para avaliar o grau de autonomia dos pacientes e comparar os achados com os obtidos durante a internação. Assim, justifica-se o presente estudo para acompanhar a avaliar as repercussões destas transformações na vida dos pacientes psiquiátricos desospitalizados.

II.3. Descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística)

Metodologia

População:

Este estudo será realizado com 75 pacientes moradores em Residências Terapêuticas (RT) no município de Barbacena, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, desospitalizados de 2 hospitais psiquiátricos (Sanatório Barbacena e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena-CHPB) no ano de 2004. A população estudada é constituída por um grupo vulnerável (pacientes psiquiátricos) pois são estes os pacientes que, em razão de serem portadores de transtornos mentais graves e internados há vários anos, foram desospitalizados, de acordo com a legislação vigente.

Os referidos pacientes foram avaliados em estudo anterior conduzido pelo autor em 2004, durante o período em que ainda estavam hospitalizados, através dos mesmos instrumentos de avaliação e utilizando a mesma metodologia. Tal estudo foi realizado por solicitação da Coordenação de Saúde Mental do município, para se verificar o grau de autonomia de cada paciente e o tipo de moradia mais adequada para cada um, e teve início após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa. (CEP-FHEMIG, parecer 212).

Local da pesquisa

As residências terapêuticas são casas disponibilizadas (alugadas ou próprias) pela Prefeitura Municipal situadas em bairros comuns de Barbacena, contando cada uma com 8 pacientes moradores e com a presença diária de um cuidador, sendo supervisionadas por profissionais de nível superior da área da saúde mental. Cada casa conta com 3 ou 4 quartos e possui a estrutura de uma moradia comum.

A Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000 (Ministério da Saúde 2004), define os Serviços Residenciais Terapêuticos como moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social

Tipo de estudo

Trata-se de dois cortes transversais realizados em duas etapas distintas, a primeira no ano de 2004 e a segunda a ser realizada em 2005 e 2006, onde são aproveitados os procedimentos e as circunstâncias da desinstitucionalização de pacientes do Sanatório Barbacena e do CHPB para avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social dos mesmos antes e após a saída dos referidos hospitais.

Descrição das etapas

Etapa 1: Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social em pacientes hospitalizados.(2004)

Estudo de corte transversal onde foram avaliados 75 pacientes de ambos os sexos, internados em dois hospitais psiquiátricos (Sanatório Barbacena e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena-CHPB), dentro de um universo de 150 pacientes que estavam em processo de desospitalização. Esta avaliação foi solicitada pela Coordenação de Saúde Mental do município para se determinar o grau de autonomia dos pacientes visando o planejamento da sua inserção na comunidade.

Esse número (150 pacientes) foi definido pela Coordenação de Saúde Mental do município levando-se em conta as 20 residências terapêuticas que seriam constituídas, cada uma abrigando um máximo de 8 pacientes.. Uma equipe interdisciplinar de saúde nomeada pela Secretaria Municipal de Saúde e composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros fez um levantamento sobre as condições clínicas e psiquiátricas, o tempo de internação, idade, vinculação familiar e situação previdenciária dos pacientes com longos períodos de internação nos dois hospitais.

Em seguida esta equipe promoveu uma discussão com os profissionais de cada hospital para se verificar, conjuntamente, quais os pacientes teriam possibilidade de alta hospitalar e a transferência para os serviços residenciais terapêuticos.

À medida que a equipe de saúde mental definia os nomes dos pacientes candidatos à desospitalização os pesquisadores iniciavam o protocolo de avaliação, o qual, por questões operacionais e de tempo não pode contemplar todos os pacientes, sendo avaliados apenas 75. Não foi utilizado nenhum critério para selecionar os pacientes que foram avaliados.

Esta avaliação foi realizada utilizando-se as mesmas escalas - ILSS-BR (Independent Living Skills Survey) e SBS-BR (Social Behaviour Schedule) que serão empregadas na etapa 2 desse estudo.

Os dados sobre o comportamento social e as habilidades de vida independente de cada paciente foram colhidos nas dependências dos hospitais um mês antes da sua saída. Os protocolos utilizados –ILSS e SBS – foram elaborados para serem preenchidos a partir das respostas obtidas durante entrevista com um profissional que conhecesse bem o paciente, durando cerca de trinta minutos. Os questionários foram aplicados por duas psicólogas treinadas para este fim e familiarizadas com os referidos instrumentos de medida. As avaliadoras foram submetidas a um treinamento prévio para aplicação dos protocolos e supervisionadas pelo pesquisador principal durante a aplicação dos mesmos. As possíveis dúvidas e discordâncias que surgiram foram sanadas através de contato estabelecido com os pesquisadores que validaram os referidos protocolos(Lima 2003a, 2003b). Todos os 75 pacientes foram submetidos aos mesmos procedimentos.

O processo de avaliação nos dois hospitais teve início depois da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa de FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), e após a assinatura do termo de consentimento pelo responsável

Além dos itens constantes das escalas foram pesquisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, tempo de internação, vínculos familiares e diagnóstico psiquiátrico.

Procedimentos

Paciente (ou Responsável) assinou termo de consentimento livre e esclarecido.

Aplicação das escalas ILSS e SBS com um cuidador dos pacientes para avaliação do nível de habilidades e comportamento social dos pacientes hospitalizados.

ETAPA 2: Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social em pacientes desospitalizados. (2005 e 2006)

Este estudo será realizado com 75 pacientes de ambos os sexos, moradores em Residências Terapêuticas (RT) no município de Barbacena, desospitalizados de 2 hospitais psiquiátricos (Sanatório Barbacena e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena) no ano de 2004, dentro de um universo de 150 pacientes moradores em Residências Terapêuticas. Os 75 pacientes serão os mesmos que foram avaliados na etapa 1 desse estudo enquanto ainda estavam hospitalizados. Os dados sobre o comportamento social e as habilidades de vida independente de cada paciente serão colhidos nas residências terapêuticas, no intervalo de um a dois anos após a saída do hospital. Os protocolos utilizados (ILSS e SBS) foram elaborados para serem preenchidos a partir das respostas obtidas durante entrevista com os cuidadores dos pacientes,

durando cerca de trinta minutos. Os questionários serão aplicados por dois avaliadores treinados para este fim e familiarizados com os referidos instrumentos de medida. Os avaliadores participaram de um treinamento junto com as avaliadoras da primeira etapa do estudo para aplicação dos protocolos e serão supervisionados pelo pesquisador principal durante a aplicação dos mesmos nessa segunda etapa. Todos os 75 pacientes serão submetidos aos mesmos procedimentos.

O processo de avaliação dos pacientes nas Residências Terapêuticas será iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, e após assinatura do termo de consentimento.

Critérios de inclusão:

Pacientes que autorizarem sua participação na pesquisa, após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, ou pacientes que tiverem sua participação consentida pela Coordenação Municipal de Saúde Mental, após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedimentos

Paciente (ou Responsável, se for o caso) assina termo de consentimento livre e esclarecido. Aplicação das escalas ILSS e SBS com o cuidador para avaliar o nível de habilidade e comportamento social dos pacientes.

Instrumentos de avaliação

ILSS-BR - (Independent Living Skills Survey - Inventário de Habilidades de Vida Independente, versão brasileira)(anexo 1). Trata-se de um instrumento que avalia a autonomia de pacientes crônicos em nove áreas da vida cotidiana, em termos da frequência em que eles apresentam as habilidades básicas para funcionar de forma independente na comunidade. As nove áreas avaliadas pela escala estão relacionadas às seguintes atividades: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento de alimentos, saúde, lazer, administração do dinheiro, transporte e emprego. Estes itens são avaliados em uma escala do tipo Likert de 5 pontos (nunca, algumas vezes, com frequência, na maioria das vezes, sempre) levando-se em consideração as atividades que o paciente realizou no último mês, sendo aplicada a um membro da equipe de saúde mental envolvido no atendimento ao paciente.

Esta escala foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro apresentando qualidades psicométricas de validade e fidedignidade satisfatórias no que se refere à consistência interna das suas subescalas, assim como a sua validade discriminante e validade de construto (Lima, 2003).

SBS-BR - (Social Behaviour Schedule - Escala de Avaliação do Comportamento Social, versão brasileira)(anexo 2). A SBS é uma escala de 21 itens relacionados a diferentes áreas do comportamento social. A maioria desses itens é graduada em uma escala que varia de 0 (ausência de problema) a 4 (problema severo). Um score maior ou igual a dois significa problema de comportamento e maior ou igual a 3 indica problema severo de comportamento na área avaliada. A pontuação total obtida por paciente pode variar de 0 a 78. As informações são obtidas a partir das observações de um membro da equipe de saúde mental envolvido no atendimento do paciente e que conheça bem o comportamento do paciente durante todo o mês anterior à pesquisa. A análise da confiabilidade inter-entrevistador e da confiabilidade inter-entrevistados mostrou alto grau de concordância, variando de 74 a 93% (Lima 1999, Gonçalves, 2001)

II.4. Plano de coleta e análise dos dados

Os dados sobre o comportamento social e as habilidades de vida independente de cada paciente serão colhidos nas residências terapêuticas, no intervalo de um a dois anos após a saída do hospital. Os protocolos utilizados –ILSS e SBS – foram elaborados para serem preenchidos a partir das respostas obtidas durante entrevista com os cuidadores dos pacientes, durando cerca de trinta minutos. Os questionários serão aplicados por dois avaliadores treinados para este fim e familiarizados com os referidos instrumentos de medida. Os avaliadores participaram de um treinamento junto com as avaliadoras da primeira etapa do estudo para aplicação dos protocolos e serão supervisionados pelo pesquisador principal durante a aplicação dos mesmos nessa segunda etapa. Todos os 75 pacientes serão submetidos aos mesmos procedimentos.

A coleta das informações obedecerá às orientações técnicas das escalas. Para realização do trabalho todos os 75 pacientes serão avaliados, sendo computados os valores da avaliação de cada item das escalas, que serão comparados com os dados obtidos durante o período de hospitalização. É a comparação dos escores médios iniciais e finais que será utilizada na determinação do impacto da desospitalização.

Apenas os pesquisadores envolvidos com o projeto terão acesso aos dados gerados. Os avaliadores da etapa 2 não terão acesso prévio aos dados obtidos na etapa 1. Após as entrevistas os formulários receberão um código, de forma a ser mantido sigilo sobre o nome do paciente avaliado. Os dados colhidos serão processados sem identificação dos pacientes e mantidos sob sigilo, sendo gravados em meio magnético e processados em computador tipo PC.

Serão calculadas as taxas, médias e percentuais com os respectivos intervalos de confiança e utilizados os testes do qui-quadrado, t de Student e Exato de Fisher na aferição das diferenças observadas entre os grupos comparados neste trabalho

A homogeneidade entre os grupos será testada com análise de variância (ANOVA) para variáveis contínuas e com o teste do qui-quadrado para dados categoriais. O nível de significância adotado será de 5%.

II.5. Análise crítica dos possíveis riscos e benefícios

A avaliação dos pacientes apresenta risco mínimo, se é que ele exista, pois é feita de forma indireta através da aplicação de dois questionários ao cuidador dos pacientes. Não há contato direto com os pacientes e nem riscos previstos decorrentes da aplicação dos questionários.

Não existem perguntas constrangedoras ou que possam gerar algum constrangimento tanto para o paciente quanto para o entrevistado. As perguntas referem-se apenas a questões da vida cotidiana dos mesmos, sendo garantido o sigilo das informações obtidas.

Com relação aos benefícios esta pesquisa oferece a possibilidade de gerar conhecimento para entender e planejar ações que visem a melhoria das condições de vida dos pacientes.

Esta pesquisa é sem benefício individual direto.

II.6. Plano de divulgação dos resultados

Todos os dados obtidos serão mantidos sigilosos, e os resultados serão publicados na literatura médica nacional e/ou internacional sem que se faça qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes.

Os resultados da pesquisa serão comunicados às autoridades sanitárias sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando-se a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima.

II.7. Explicitação dos critérios para interromper ou suspender a pesquisa

A pesquisa será suspensa imediatamente ao se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento.

II.8. Local da pesquisa (detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa; Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender os eventuais problemas dela resultantes):

Os dados sobre o comportamento social e as habilidades de vida independente de cada paciente serão colhidos nas residências terapêuticas, no intervalo de um a dois anos após a saída do hospital. Trata-se de uma avaliação indireta do comportamento do paciente onde as informações são obtidas a partir das respostas de dois questionários aplicados ao cuidador do paciente.

As residências terapêuticas são casas disponibilizadas (alugadas ou próprias) pela Prefeitura Municipal situadas em bairros comuns de Barbacena, contando cada uma com cerca de 8 pacientes moradores e com a presença diária de um cuidador, sendo supervisionadas por profissionais de nível superior da área da saúde mental. Cada casa conta com 3 ou 4 quartos e possui a estrutura de uma moradia comum.

A Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000 (Ministério da Saúde), define os Serviços Residenciais Terapêuticos como moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

II.9. Orçamento financeiro detalhado (recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador) - preencher as folhas específicas

Não há previsão. Eventuais custos serão arcados pelo pesquisador principal.

Os pesquisadores envolvidos não terão remuneração específica para este estudo. Os participantes do estudo não terão compensação financeira.

II.10. Explicitação de existência ou não de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas (demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos tão logo se encerre a etapa de patenteamento). Se houver acordo ou contrato, incluí-lo.

Não há acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas

II.12. Declaração que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam favoráveis ou não.

Declaro que os dados gerados pelo projeto de pesquisa intitulado "Avaliação de habilidades de vida independente e comportamento social em pacientes psiquiátricos

desinstitucionalizados” serão tornados públicos, independente dos resultados obtidos, e divulgados na literatura médica nacional e/ou internacional.

II.13. Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados

Apenas os pesquisadores envolvidos com o projeto terão acesso aos dados gerados. Após as entrevistas os formulários receberão um código, de forma a ser mantido sigilo sobre o nome do paciente avaliado. Os dados colhidos serão processados sem identificação dos pacientes. Todos os dados obtidos serão mantidos sigilosos, e os resultados serão publicados na literatura médica nacional e/ou internacional sem que se faça qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. O material e os dados coletados serão guardados pelos pesquisadores em arquivo próprio junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, respeitando-se o sigilo das informações.

III. INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

III.1. Descrição das características da população a estudar (tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Caso se trate de pesquisa em grupos vulneráveis, justificar as razões para o envolvimento destes grupos).

Este estudo será realizado com 75 pacientes portadores de transtornos mentais, moradores em Residências Terapêuticas (RT) no município de Barbacena, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, que foram desospitalizados de 2 hospitais psiquiátricos (Sanatório Barbacena e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena) no ano de 2004.

A população estudada é constituída por um grupo vulnerável (pacientes psiquiátricos) pois são estes os pacientes que, em razão de serem portadores de transtornos mentais graves e internados há vários anos, foram desospitalizados, de acordo com a legislação vigente.

III.2. Descrição dos métodos que possam afetar diretamente os sujeitos da pesquisa

Não há contato direto com os sujeitos da pesquisa. Os métodos utilizados são os seguintes:

1-Análise dos prontuários para coleta dos dados demográficos e diagnóstico psiquiátrico. Procedimento realizado pelo pesquisador.

2-Entrevista com os cuidadores dos pacientes com as escalas ILSS e SBS para avaliar o nível de habilidades e comportamento social. Cada avaliação dura em média 30 minutos e não há contato direto com o paciente. Procedimento realizado por entrevistadores treinados, supervisionados pelo pesquisador.

III.3. Identificação das fontes de material para a pesquisa (tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos), com indicações se esse

material será usado especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins

Apenas os pesquisadores envolvidos com o projeto terão acesso aos dados gerados. Após a coleta de dados os questionários receberão um código, de forma a ser mantido sigilo sobre o nome da pessoa de quem foi coletado, e então armazenados para posterior processamento. Os registros obtidos dos prontuários também serão codificados.

Os dados obtidos e gerados (dados demográficos e questionários) serão usados especificamente para os propósitos desta pesquisa.

III.4. Descrição do plano de recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos

Serão recrutados os 75 pacientes que foram desospitalizados dos hospitais Sanatório Barbacena e CHPB, atualmente moradores em Residências Terapêuticas, e que foram avaliados em estudo anterior com relação ao comportamento social e habilidades de vida independente pelas escalas ILSS e SBS.

Critérios de inclusão:

Pacientes que autorizarem sua participação na pesquisa, após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, ou pacientes que tiverem sua participação consentida pela Coordenação Municipal de Saúde Mental, após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedimentos

Paciente (ou Responsável, se for o caso) assina termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta dos dados demográficos e diagnóstico psiquiátrico através dos prontuários.

Aplicação das escalas ILSS e SBS para avaliar o nível de habilidade e comportamento social dos pacientes.

III.5. Anexar o formulário de consentimento livre e esclarecido (de acordo com o item IV da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), específico para a pesquisa, para a apresentação do Comitê de Ética em Pesquisa, com informações sobre as circunstâncias nas quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza das informações a serem fornecidas aos sujeitos da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Versão Coordenador de Saúde Mental)

DESCRIÇÃO E PROPÓSITO DO ESTUDO

Os pacientes internados por muitos anos em hospitais psiquiátricos apresentam graus variados de limitações em seu comportamento social e nas habilidades básicas e necessárias para funcionar de forma independente na comunidade. Estas limitações são decorrentes, em sua grande maioria, da privação de estímulos e do isolamento a que foram submetidos enquanto hospitalizados.

Nesta pesquisa pretende-se avaliar as limitações do comportamento social e o grau de habilidades de vida independente dos pacientes depois que eles começaram a residir nas residências terapêuticas e comparar essas informações com os dados obtidos durante o período em que ainda estavam hospitalizados. Nenhum paciente será avaliado diretamente. Quem vai responder às perguntas dos questionários é um dos cuidadores da casa onde eles moram. A duração de cada avaliação dura no máximo 1/2 hora. Não existem perguntas constrangedoras ou que possam gerar algum

constrangimento tanto para o paciente quanto para o cuidador. As perguntas referem-se apenas a questões da vida cotidiana dos pacientes.

GARANTIAS PARTICIPAÇÃO E TÉRMINO

É garantido a você o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, e o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, bastando entrar em contato com o responsável por essa pesquisa. O telefone e o endereço para contato encontram-se nesse formulário. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com a Dra. Eliane Dias Gontijo pelo telefone 31-32489808 ou com o Dr. Carlos Eduardo Leal Vidal pelos telefones 33317267 e 99835384 ou falar diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) pelo telefone 31-34994592.

Serão garantidos o sigilo, a privacidade e a confidencialidade: nem o nome dos pacientes nem as informações obtidas serão reveladas para outras pessoas. Se você autorizar a participação dos pacientes na pesquisa você poderá mudar sua opinião a qualquer momento e poderá solicitar a retirada dos mesmos desse estudo sem qualquer prejuízo para o tratamento que eles estão recebendo. A sua responsabilidade pela participação dos pacientes será encerrada quando terminar a pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Este é um estudo que apresenta risco mínimo, se é que ele exista, pois é de caráter predominante observador em que não há uso de medicação nem procedimentos invasivos. A reparação de eventuais danos será disponível sem qualquer compensação financeira.

Entre os benefícios obtidos da participação dos pacientes podemos destacar o segmento sistematizado de todos os pacientes e a comparação dos dados obtidos antes e depois da desospitalização visando o planejamento de estratégias terapêuticas e de reabilitação para os mesmos de acordo com os dados colhidos. Além disso espera-se que a apresentação do resultado final do estudo para a comunidade científica e para os gestores dos serviços de saúde sirva como subsídio para o planejamento de ações de saúde nos três níveis de atuação.

CUSTOS

Não haverá custos para os pacientes participarem deste estudo.

CONFIDENCIALIDADE

A identidade dos pacientes neste estudo será tratada de forma estritamente confidencial.

Eu, _____ Coordenador de Saúde Mental do Município de Barbacena, li o texto acima e declaro ter entendido completamente a natureza e o propósito do estudo no qual fui questionado a autorizar a participação dos pacientes moradores das Residências Terapêuticas. A explicação que eu recebi mencionou os riscos e os benefícios do estudo. Eu entendi que posso retirar a autorização a qualquer momento, sem prejuízo para o tratamento dos pacientes e concordo em participar desse estudo, autorizando a coleta das informações sobre os pacientes.

Coordenador de Saúde Mental

____/____/____
Data

Investigador

____/____/____
Data

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Versão Cuidador)

DESCRIÇÃO E PROPÓSITO DO ESTUDO

Os pacientes internados por muitos anos em hospitais psiquiátricos apresentam graus variados de limitações em seu comportamento social e nas habilidades básicas e necessárias para funcionar de forma independente na comunidade. Estas limitações são decorrentes, em sua grande maioria, da privação de estímulos e do isolamento a que foram submetidos enquanto hospitalizados.

Nesta pesquisa nós pretendemos avaliar as limitações do comportamento social e o grau de habilidades de vida independente dos pacientes depois que eles começaram a residir nas residências terapêuticas e comparar essas informações com os dados obtidos durante o período em que ainda estavam hospitalizados. Esta avaliação é feita através de um questionário onde as respostas são fornecidas por algum cuidador dos pacientes. A duração de cada avaliação dura no máximo 1/2 hora. Não existem perguntas constrangedoras ou que possam gerar algum constrangimento nem para o cuidador nem para o paciente. As perguntas referem-se apenas a questões da vida cotidiana dos pacientes.

GARANTIAS PARTICIPAÇÃO E TÉRMINO

É garantido a você o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, e o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, bastando entrar em contato com o responsável por essa pesquisa. O telefone e o endereço para contato encontram-se nesse formulário. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com a Dra. Eliane Dias Gontijo pelo telefone 31-32489808 ou com o Dr. Carlos Eduardo Leal Vidal pelos telefones 33317267 e 99835384 ou falar diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) pelo telefone 31-34994592.

Serão garantidos o sigilo, a privacidade e a confidencialidade: nem o seu nome, nem o nome dos pacientes e nem as informações obtidas serão reveladas para outras pessoas. Se você aceitar participar dessa pesquisa você poderá mudar sua opinião a qualquer momento e poderá solicitar a sua retirada desse estudo sem qualquer prejuízo para o seu trabalho e para o tratamento que os pacientes estão recebendo. A sua participação será automaticamente encerrada quando terminar a pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Este é um estudo que apresenta risco mínimo, se é que ele exista, pois é de caráter predominante observador em que não há uso de medicação nem procedimentos invasivos. A reparação de eventuais danos será disponível sem qualquer compensação financeira.

Entre os benefícios obtidos pela sua participação em responder os questionários a respeito dos pacientes podemos destacar o segmento sistematizado de todos os pacientes e a comparação dos dados obtidos antes e depois da desospitalização visando o planejamento de estratégias terapêuticas e de reabilitação para os mesmos de acordo com os dados colhidos. Além disso espera-se que a apresentação do resultado final do estudo para a comunidade científica e para os gestores dos serviços de saúde sirva como subsídio para o planejamento de ações de saúde nos três níveis de atuação.

CUSTOS

Não haverá custos nem para você e nem para os pacientes participarem deste estudo.

CONFIDENCIALIDADE

A sua identidade, bem como a dos pacientes neste estudo, será tratada de forma estritamente confidencial.

Eu, _____ cuidador de morador de Residência Terapêutica, li o texto acima e declaro ter entendido completamente a natureza e o propósito do estudo no qual fui questionado a participar. A explicação que eu recebi mencionou os riscos e os benefícios do estudo. Eu entendi que posso retirar a minha participação a qualquer momento, sem prejuízo para o meu trabalho e nem para o tratamento dos pacientes e concordo em participar desse estudo, fornecendo informações sobre os pacientes.

Cuidador

____/____/____
Data

Investigador

____/____/____
Data

III.6. Descrição de quaisquer riscos, com avaliação de sua possibilidade e gravidade

A avaliação dos pacientes apresenta risco mínimo, se é que ele exista, pois é feita de forma indireta através da aplicação de dois questionários a um informante (cuidador) que conheça bem o paciente.

Não há contato direto com os pacientes e nem riscos previstos decorrentes da aplicação dos questionários.

Com relação aos benefícios esta pesquisa oferece a possibilidade de gerar conhecimento para entender e planejar ações que visem a melhoria das condições de vida dos pacientes.

Esta pesquisa é sem benefício individual direto.

III.7. Descrição das medidas para proteção ou minimização de quaisquer riscos eventuais (quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos; e os procedimentos para monitoramento de coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção a confidencialidade das informações obtidas)

Apesar de não haver possibilidade de ocorrência de qualquer risco eventual, caso haja algum dano à saúde em qualquer etapa da pesquisa esse será prontamente atendido por pessoal especializado. Os pesquisadores e a instituição assumem a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

Apenas os pesquisadores envolvidos com a pesquisa terão acesso aos dados gerados. Após as entrevistas os formulários receberão um código, de forma a ser mantido sigilo sobre o nome do paciente avaliado. Os dados colhidos serão processados sem identificação dos pacientes. Todos os dados obtidos serão mantidos sigilosos, e os resultados serão publicados na literatura médica nacional e/ou internacional sem que se faça qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes.

III.8. Explicitar se há previsão de ressarcimento de gastos (quais) aos sujeitos da pesquisa (a importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa)
Os pacientes não terão gastos com a pesquisa.

TERMO DE COMPROMISSO

Termo de Compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, Eliane Dias Gontijo, pesquisadora responsável, me comprometo em cumprir os termos da Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde

V. QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Curriculum vitae simplificado (modelo PRPq) do pesquisador responsável e de cada um dos demais participantes

Encontra-se na Plataforma LATTES

APÊNDICE B – ESCALA SBS

Escala de Avaliação de Limitações no Comportamento Social (SBS-Br)
(para aplicação membros do staff)
Social Behaviour Schedule - SBS (Wykes & Sturt, 1986)

Em todos os casos pontue o comportamento padrão do último mês - mantenha o informante ciente desse intervalo de tempo.

Nota: A severidade do comportamento e a frequência da ocorrência devem ser levadas em consideração ao ser feita a pontuação. Em caso de dúvida, a frequência deve sempre pesar mais que a gravidade do comportamento.

Escreva na folha de pontuação: local, data e informante.

Não escreva o nome do paciente ou endereço.

1) Comunicação: Tomando a iniciativa.

O paciente inicia as conversações? Ele aborda os membros do staff para perguntar ou começar um diálogo?

Se o paciente faz essa abordagem, ele depois mantém o diálogo?

0. Boa quantidade de contatos espontâneos. Pode iniciar a conversação e mantê-la através de contribuições espontâneas. Se alguém mais inicia o diálogo, o paciente responde apropriadamente e frequentemente mantém a conversação (isto é, respostas ativas e passivas).
1. Pode algumas vezes iniciar ou manter a conversação mas isso não é frequente e a quantidade de assuntos é pequena. Se outra pessoa inicia o contato, o paciente normalmente responde apropriadamente, mas por pouco tempo e então para de conversar.
2. Ocasionalmente fala espontaneamente, mas isso não é comum e limita-se a uma saudação, trocas rápidas, etc. Frequentemente ignora as tentativas de contatos dos outros, ou sai de perto.
3. Usualmente renega as tentativas de diálogo (em geral sai da sala, vai-se embora) o único contato espontâneo iniciado pelo paciente é não verbal, como sorrir, pegar na mão, ou contato agressivo.
4. O paciente não fala nada. Ele não responde quando cumprimentado ou quando se fala com ele. Ele faz contatos verbais ou não verbais muito raramente.

2) Conversação: Incoerência

O quanto o paciente é prejudicado em manter diálogo com as pessoas, devido à incoerência do discurso?

Atenção, esse item não está preocupado com a capacidade de articulação ou com o quanto o paciente é capaz de se expressar de forma inteligente. A incoerência de discurso aqui é associada a transtorno psicótico. Se preciso dê um exemplo de discurso incoerente.

0. Nenhuma incoerência no discurso.

1. Alguma incoerência ocasional no discurso, em geral uma ou duas vezes ao mês.
2. A incoerência do discurso ocorre mais freqüentemente, uma vez por semana a incoerência é mais freqüente.
3. A incoerência do discurso é freqüente, mais de uma vez por semana.
4. A conversação do paciente é sempre, ou quase sempre caracterizada por incoerência no discurso. É muito difícil entender qualquer coisa que ele diga.

3) Conversação: excentricidade/inapropriação

O quanto a conversação do paciente mostra uma preocupação com tópicos bizarros ou excêntricos, os quais a maioria das pessoas, não apenas os especialistas, considerariam muito bizarros. Dê exemplos.

0. O comportamento acima não ocorre.
1. O comportamento acima está presente ocasionalmente, uma ou duas vezes por mês.
2. O comportamento acima ocorre mais freqüentemente, em geral uma vez por semana. Mas a maioria do discurso não é bizarro.
3. O comportamento acima ocorre freqüentemente, em geral diariamente.
4. Toda a conversação do paciente é virtualmente bizarra ou excêntrica.

Interação social: nota

Os seguintes três itens dizem respeito a três diferentes aspectos da habilidade do paciente em interagir com as pessoas. Essa pontuações dão uma imagem de quanto as pessoas tem que ceder, para que os problemas ou dificuldades sociais do paciente possam ser superados, de modo a que possam interagir com ele. Assim sendo a pontuação do paciente nessas três questões vai indicar o quanto ele é prejudicado por essas deficiências no relacionamento imediato com a família ou com os profissionais encarregados.

4) Interação social: habilidade de fazer contatos sociais de forma adequada

Se o paciente estiver parado em um ponto de ônibus e alguém perguntar a ele quando chega o próximo ônibus, ele será capaz de responder adequadamente? ele parecerá excêntrico na maneira de se comportar?

0. Ele se comporta apropriadamente ao fazer contatos com os outros. Ou ele não está interessado em fazer contatos sociais.
1. Ele faz contato com os outros de forma apropriada até certo ponto, mas ele é prejudicado por falta de compreensão do que é e do que não é socialmente aceitável (comportou-se de forma inadequada no último mês em uma ou duas ocasiões).
2. O paciente pode abordar outras pessoas de forma aceitável socialmente, mas freqüentemente se porta de forma inadequada (em geral uma vez por semana).
3. A maioria das tentativas do paciente de fazer contatos são de forma inapropriada (em geral mais de uma vez por semana, mas não tão grave como a seguir).

4. Ele é totalmente inábil em comportar-se adequadamente e cria embaraços freqüentes por causa de sua inadequação ao tentar se aproximar dos outros. Ele nunca ou quase nunca aborda as pessoas de forma adequada.

5) *Interação Social: proporção de contatos sociais que são por natureza hostis.*

Essa avaliação se refere ao tipo de contato que o paciente faz com outras pessoas. A ênfase é dada na avaliação de hostilidade verbal ou física. Apenas considere a hostilidade se for inapropriada ou mais extrema do que a situação exige. A hostilidade verbal deve incluir xingamentos, etc. mas não inclui apatia ou falha em responder à uma abordagem social. Só considere hostilidade se o paciente tenha tido um contato físico de natureza hostil com outra pessoa.

- 0. Os contatos são praticamente todos amistosos.
- 1. A maioria dos contatos são amistosos. Ocasionalmente são inapropriadamente hostis (ex.: um ou dois incidentes no último mês ou mais do que isso mas de importância relativamente menor).
- 2. Incidentes de contato inapropriadamente hostil são mais freqüentes ou um incidente sério envolvendo comportamento ameaçador aconteceu no último mês, mas a maioria dos contatos foi amistosa.
- 3. A maioria dos contatos são de hostilidade verbal (ex.: xingamentos, acusações, etc. mais que uma vez por semana).
- 4. Os contatos são de freqüente hostilidade verbal, ou o paciente em algum momento do último mês foi fisicamente hostil.

6) *Interação social: comportamento chamativo.*

O paciente tenta monopolizar a atenção das pessoas ? Ele fica ressentido se os membros do staff ou seu parentes dão atenção a outros ?

- 0. O paciente não busca atenção de forma inadequada.
- 1. O paciente algumas vezes busca monopolizar a atenção, mas não se aborrece se atenção é dada a outros (ex.: ocorreu um incidente quando o paciente buscou monopolizar a atenção, uma vez no último mês).
- 2. O paciente algumas vezes busca monopolizar a atenção e tende a ficar zangado e ressentido se a atenção é dada a outros.
- 3. O paciente demanda a atenção dos outros constantemente (ex.: mais que uma vez por semana).
- 4. O paciente demanda a atenção dos outros constantemente (tanto de algumas pessoas especificamente, como de algum parente em especial, membro do staff da instituição ou outras pessoas em geral). O paciente também freqüentemente fica zangado ou ressentido se qualquer atenção é dada a outros.

7) *Idéias ou comportamento suicida ou de auto-agressão.*

A avaliação deste item deve ser feita de forma conservadora. Uma pontuação de 3 ou mais só deve ser feita se o informante estiver seguro de que as lesões que o paciente sofreu foram de natureza suicida.

- 0. O paciente nunca falou em suicídio nem tentou.
- 1. O paciente fez alusões indiretas a suicídio no último mês.
- 2. O paciente falou diretamente em suicídio no último mês.
- 3. O paciente fez algum ato suicida no último mês (ex.: cortes nos pulsos) ou falou de suicídio várias vezes no último mês.
- 4. O paciente fez uma séria tentativa de suicídio ou lesão a si mesmo no último mês.

8) Ataques de pânico e fobias.

Essa avaliação diz respeito a quanto o paciente está incomodado pela ansiedade, tanto a ansiedade ligada a situações especiais (ex.: estar com outras pessoas, viajar, sair de casa) quanto sentimentos de ansiedade generalizada e tensão. Preocupação com a saúde está incluída, se não há fundamento objetivo.

- 0. O paciente está livre o bastante da ansiedade, a ponto de conseguir empreender qualquer atividade social ou de outro tipo que possa escolher.
- 1. O paciente é incomodado por uma ansiedade ocasional, ou sua ansiedade não é forte o suficiente para prejudicá-lo porque está confinada a pequenas áreas. Ou o nível da ansiedade é baixo o suficiente para que o paciente possa suportá-la e viver com ela.
- 2. O paciente está tenso e ansioso a maior parte do tempo, o que dificulta sua atuação em determinadas áreas fundamentais de sua vida. Contudo, em geral, consegue lidar com a ansiedade.
- 3. O paciente sofre de ansiedade a maior parte do tempo, ou tem muito freqüentemente (ex.: duas vezes por semana) ataques de ansiedade. Há poucas áreas onde o paciente pode atuar sem ser prejudicado pela ansiedade.
- 4. O paciente é extremamente tenso e ansioso o tempo todo. Sua ansiedade o impede de fazer quase tudo e o atormenta constantemente.

9) Inquietação e hiperatividade.

A hiperatividade deve ser considerada se um ou mais dos seguintes itens estiver presente: o caminhar inútil para cima e para baixo ou entrar e sair de sala em sala, movimentos desnecessários freqüentes, inquietação geral, excitação. Se o caminhar inútil está presente, ou mais que um dos outros comportamentos está presente, então avalie como hiperatividade marcante.

- 0. Nenhuma hiperatividade ou inquietação marcantes.
- 1. Períodos de inquietação ou hiperatividade ocasionais (ex.: uma ou duas vezes no último mês).
- 2. A hiperatividade ocorre freqüentemente (ex.: semanalmente).
- 3. O paciente mostra freqüente hiperatividade marcante (ex.: todo dia ou noite).
- 4. O paciente mostra hiperatividade marcante por longos períodos regularmente (ex.: muitas noites passando horas andando para cima e para baixo).

10) Rir e falar sozinho.

Só considere aqui se for óbvio para o informante que o paciente não está rindo socialmente, ou seja: evidencia de riso quando só ou murmurar de modo a que ninguém consiga escutar são evidências suficientes para ser feita uma avaliação.

- 0. Nenhum riso ou solilóquio.
- 1. Episódios ocasionais de risos ou murmúrios quando só (ex.: uma ou duas vezes no último mês). Pode se controlar se chamado a atenção.
- 2. Episódios mais frequentes de solilóquios ou risos sozinho (ex.: três vezes no último mês). O paciente tem alguma dificuldade de se controlar quando chamado a atenção.
- 3. Episódios em que ri ou fala sozinho ocorrem com frequência (ex.: semanalmente).
- 4. Risos imotivados ou solilóquios muito frequentes (ex.: diariamente). Ou menos que uma vez ao dia, mas com episódios de longa duração.

11) Realização de idéias bizarras.

Essa avaliação diz respeito a se o paciente se decide a fazer alguma coisa em função do seu delírio. Por exemplo: Ir para o local de alguma catástrofe porque acredita que sua ajuda é imperiosa, ou então assume que é rico e gasta ou tenta gastar muito dinheiro, sem que isso seja verdade.

- 0. Não tem esse comportamento.
- 1. Esse comportamento ocorreu uma vez no último mês.
- 2. Esse comportamento ocorreu mais que uma vez no último mês.

12) Estereotípias e maneirismos.

(Dê exemplos)

Essa avaliação é referente a movimentos estranhos, estilizados, ou posturas inapropriadas e desconfortáveis.

- 0. Nenhuma estereotípia ou maneirismo.
- 1. Apresenta alguma postura estranha, desconfortável ou maneirismo ocasionalmente (ex.: uma ou duas vezes no último mês).
- 2. Esse tipo de comportamento aparece mais frequentemente (ex.: uma vez por semana).
- 3. Esse tipo de comportamento aparece muito frequentemente (ex.: mais que uma vez por semana).
- 4. Esse tipo de comportamento aparece quase sempre (ex.: o paciente adota posturas estranhas ou maneirismos a maior parte do tempo e diariamente).

13) Hábitos ou maneiras socialmente inaceitáveis.

Essa avaliação se refere a hábitos inaceitáveis, ex.: segurar os genitais, soltar flatos ruidosos, limpar o nariz, etc. Pergunte particularmente sobre problemas na hora das refeições como falta de educação à mesa.

- 0. Tem boas maneiras e o comportamento é socialmente aceitável.
- 1. O comportamento não é marcadamente inaceitável e o paciente tem qualidades positivas em sua maneira de agir.
- 2. Comportamento inaceitável ocasional (ex.: hábitos marcadamente desagradáveis, rudeza, grosseria). No entanto o comportamento do paciente é, na maior parte do tempo, aceitável.
- 3. Episódios freqüentes de comportamento inaceitável como acima (ex.: uma vez por semana).
- 4. O comportamento é marcadamente inaceitável a maior parte do tempo.

14) Comportamento destrutivo.

Sob este item avalie apenas o comportamento que resulte em destruição de objetos. Se algum incidente inclui algum comportamento ameaçador aos outros bem como destruição de propriedade destes, então avalie apenas sob o item 5.

- 0. O paciente tem um razoável controle em casos de provocação, tem controle de sentimentos e atos agressivos, de modo socialmente aceitável.
- 1. Ocasionalmente ameaçador, mas não passa disto.
- 2. Ameaças freqüentes de destruir objetos.
- 3. Danificou objetos quando com raiva no último mês ex.: quebrar janelas, rasgar roupas.

15) Depressão.

Essa avaliação diz respeito ao tempo que o paciente passa com sua cabeça entre as mãos, parecendo miserável e observações do tipo “Eu desejava não ter nascido” ou “a vida não tem graça”, etc. As idéias suicidas por si só não são um indicativo de depressão. Outros sinais necessitam estar presentes para se fazer uma avaliação aqui.

- 0. Sem esse comportamento.
- 1. Esse comportamento ocorre ocasionalmente (ex.: um ou dois breves incidentes no último mês).
- 2. Esse comportamento ocorre mais freqüentemente ou por maiores períodos de tempo (ex.: uma vez por semana).
- 3. Esse comportamento ocorre quase sempre (ex.: diariamente).

16) Comportamento sexual inadequado

Essa avaliação se refere à atividade sexual dirigida a outras pessoas. Não inclua: auto estimulação; masturbação em local público quando o paciente não está ciente de regras sociais e quando não é dirigida a outros. Se não existe certeza se o comportamento tem cunho sexual, deve ser classificado sob o item 13, hábitos socialmente inaceitáveis. Considere a questão como de natureza sexual apenas se ela é dirigida a provocar os

outros. Se não é provocativa, então avalie como estranheza ou conversação inadequada, item 3.

0. Nenhum comportamento ou conversa inadequada.

1. O paciente está um pouco preocupado com assuntos de natureza sexual (ex.: falou uma ou duas vezes sobre sexo num contexto inadequado no último mês).

2. O paciente exhibe mais freqüentemente um comportamento sexual inadequado (ex.: faz tentativas sexuais mal recebidas).

3. O paciente exhibe um comportamento sexual marcadamente inadequado muito freqüentemente (ex.: expõe a si próprio, faz tentativas sexuais mal recebidas e de maneira embaraçante).

4. O paciente exhibe um comportamento como no item acima quase sempre (ex.: semanalmente). Seu comportamento é suficientemente grave e freqüentemente causa problemas na vizinhança e na comunidade.

17) Aparência pessoal e higiene.

Ao fazer essa avaliação considere o asseio, cabelos, se troca as roupas de baixo, incontinência. Também considere aparência bizarra. Leve em consideração a quantidade de orientação que o paciente recebe. Se, por exemplo, o paciente está em um abrigo, considere como ele poderia cuidar de si próprio sem uma supervisão (não considere vestir-se fora de moda).

0. Hável em cuidar da aparência e asseio adequadamente.

1. Usualmente a aparência é satisfatória mas ocasionalmente necessita de orientação, ou presta atenção em alguns aspectos, negligenciando outros.

2. Muito freqüentemente necessita de orientação sobre sua aparência (ex.: três vezes no último mês). Ou está atento à aparência mas de maneira inadequada, de modo que fica parecendo bizarro.

3. Considerável negligência consigo mesmo a maior parte do tempo. Necessita freqüente de orientação (ex.: mais que uma vez por semana) e alguma supervisão.

4. Grande negligência. Nenhum cuidado espontâneo com roupas, lavar cabelos, higiene. Necessita supervisão em todos os aspectos. Pode cheirar mal se não for supervisionado. Pode apresentar incontinência se não for lembrado.

18) Lentidão

Esse item se refere à lentidão anormal, ex.: o paciente se sente anormalmente lento, anda anormalmente devagar ou é lento ao fazer movimentos. Leve em consideração a idade e a condição física.

0. Nenhuma lentidão anormal.

1. Moderadamente lento em algumas ocasiões, mas não a maior parte do tempo.

2. Moderadamente lento a maior parte do tempo, mesmo quando estimulado.

3. Moderadamente lento a maior parte do tempo, com períodos de extrema lentidão, como abaixo.

4. Extremamente lento. Permanecerá sentado ou sem fazer nada se não for estimulado, e mesmo então se moverá muito lentamente.

19) Inatividade

Esse item se refere apenas à inatividade. Tenha em mente que o paciente pode ser lento e inativo ou inativo apenas. Inatividade aqui é definida como falta de atividade espontânea. Se o paciente não é estimulado ficará sentado e não fará nada (inatividade moderada). Quando não é possível estimular o paciente para desempenhar uma tarefa, então classifique como extrema inatividade.

- 0. Nenhuma inatividade anormal.
- 1. Moderada inatividade ocasional, mas a maior parte do tempo se mantém ativo.
- 2. Moderada inatividade a maior parte do tempo, mesmo quando estimulado.
- 3. Moderada inatividade a maior parte do tempo, com períodos de extrema inatividade, como abaixo.
- 4. Extremamente inativo. Permanecerá sentado ou deitado sem fazer nada se não for estimulado, e mesmo então será muito lento nos movimentos.

20) Concentração

Sugestões de perguntas:

O paciente tem dificuldade em se concentrar numa tarefa, mesmo quando quer fazê-la ? Ou ao ver TV ? Ou ao ler um livro ? O paciente se distrai facilmente? Ele consegue concentrar seu pensamento em algo e então executar tarefa, ou é impossível se concentrar por tempo suficiente ?

- 0. O paciente não tem problemas de concentração.
- 1. O paciente tem períodos em que é inábil em se concentrar.
- 2. O paciente só consegue se concentrar uns poucos minutos de cada vez.

21) Comportamento não especificado em outro lugar e que impede progressos.

Especifique qualquer outro comportamento ou atitude não previamente especificado, que parece estar atrasando o progresso do paciente (ex.: fumar, comer em excesso, anorexia, roubo, obsessões, distúrbio de sono). Seja cuidadoso ao avaliar. Não avalie aqui comportamentos que podem ser pontuados em outros itens.

- 0. Nenhum comportamento desse tipo presente.
- 1. Esse comportamento não ocorreu no último mês, mas o informante preocupou-se em que ele pudesse ter acontecido.
- 2. Esse comportamento ocorreu poucas vezes no último mês.
- 3. Esse comportamento ocorreu mais frequentemente.
- 4. Esse comportamento tem sido muito frequente.

APÊNDICE C – ESCALA ILSS

INVENTÁRIO DE HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE (ILSS-BR)

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses como, por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente.

Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção, enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência de ocorrência deste comportamento, em particular **durante o último mês**.

Cada item escolhido será marcado no questionário pelo entrevistador.

Nome da pessoa que está sendo avaliada _____

Nome da pessoa entrevistada _____

Relação entre o entrevistado e a pessoa que está sendo avaliada _____

Data _____

Escala: Frequência da ocorrência do comportamento

Para cada item deste questionário, por favor, registre na **Coluna à direita** do questionário, a frequência da ocorrência de cada comportamento **durante o último mês**, segundo a escala abaixo. Se não houve oportunidade para o indivíduo se comportar de determinada forma (por exemplo, utilizar o ônibus quando não houve disponibilidade desse serviço), registre **N/A** (não se aplica). Ou, se não houve necessidade de que o indivíduo se comportasse desta forma (isto é, o parente ou encarregado das instalações, por exemplo, realiza as tarefas domésticas), também registre **N/A**.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

nunca algumas vezes com frequência na maioria das vezes sempre

I- Alimentação

Frequência do comportamento no último mês

- | | |
|---|-----------|
| 1. Alimenta-se asseadamente | 0 1 2 3 4 |
| (sem necessidade de orientação) | |
| 2. Usa utensílios adequados para se alimentar | 0 1 2 3 4 |
| (sem necessidade de orientação) | |
| 3. Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir às pressas nem demorar demais | 0 1 2 3 4 |
| (sem necessidade de orientação) | |
| 4. Mastiga com a boca fechada | 0 1 2 3 4 |
| (sem necessidade de orientação) | |
| 5. Tira comida dos pratos de outras pessoas, sem permissão | 0 1 2 3 4 |
| 6. Come a quantidade de alimento apropriada | 0 1 2 3 4 |
| (sem necessidade de orientação) | |
| 7. Demonstra ter bons hábitos nutricionais (isto é, tem uma..... | 0 1 2 3 4 |
| dieta bem equilibrada – não vive de doces e refrigerantes) | |
| (sem necessidade de orientação) | |
| 8. Come comida que foi descartada (por exemplo, do chão ou do lixo) | 0 1 2 3 4 |

II. Cuidados Pessoais

- | | |
|---|-----------|
| 1. Toma banho usando sabonete todos os dias | 0 1 2 3 4 |
| (sem necessidade de orientação) | |
| 2. Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana..... | 0 1 2 3 4 |
| (sem necessidade de orientação) | |

3. Usa desodorante diariamente (sem supervisão)	0 1 2 3 4
4. Escova ou penteia os cabelos diariamente..... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada (sem supervisão)	0 1 2 3 4
6. Providencia o corte ou o penteado dos cabelos quando necessário (sem necessidade de orientação).....	0 1 2 3 4
7. Escova os dentes ou dentadura ou faz higiene bucal..... pelo menos uma vez ao dia (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
8. Despe-se em horas e locais apropriados..... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
9. Veste-se em horas e locais apropriados..... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
10. Conserva-se limpo (a) e arrumado (a) o dia todo..... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
11. Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
12. Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais (sem necessidade de orientação).....	0 1 2 3 4
13. Quebra a etiqueta social em geral (por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar).....	0 1 2 3 4

III. Atividades domésticas

1. Arruma sua cama diariamente..... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
2. Mantém o quarto ou espaço individual limpo (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
3. Troca a roupa de cama sempre que necessário..... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
4. Recolhe objetos que caem no chão (sem Necessidade de orientação).....	0 1 2 3 4
5. Limpa líquidos derramados (sem necessidade de orientação).....	0 1 2 3 4
6. Se ocupa da arrumação de sua moradia quando necessário (sem necessidade de orientação).....	0 1 2 3 4
7. Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
8. Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar.. (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
9. Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa ... (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
10. Coloca as roupas para secar (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
11. Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4
12. Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)	0 1 2 3 4

IV. Preparo e armazenamento dos alimentos

- | | |
|---|-----------|
| 1. Prepara refeições simples que não precisem ser
misturadas ou cozidas (por exemplo, sanduíches,
saladas ou cereal com leite) | 0 1 2 3 4 |
| 2. Prepara e cozinha refeições simples (por
exemplo, ovos fritos, macarrão, etc.)
(sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 3. Guarda os alimentos apropriadamente
(sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 4. Pode identificar e jogar fora alimentos
estragados (sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 5. Limpa a mesa (sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 6. Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha
caneca, prato, etc. - ou usa máquina de lavar louça
(sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 7. Guarda os utensílios de cozinha - caneca,
prato, etc. (sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |

V. Saúde

- | | |
|--|-----------|
| 1 Relata apropriadamente seus problemas físicos
(sem exagerar ou omitir) | 0 1 2 3 4 |
| 2. Cuida de seus próprios problemas físicos mais
leves de forma apropriada. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Consegue ajuda de serviços públicos adequados
(INSS, bombeiros, polícia, vigilância ou outros
recursos), assistente social, médico, dentista,
família, quando necessário. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Segue a orientação dos serviços acima citados | 0 1 2 3 4 |
| 5. Fuma respeitando as regras de segurança | 0 1 2 3 4 |
| 6. Aceita tomar a medicação que lhe é administrada..... | 0 1 2 3 4 |
| 7. Toma seu medicamento sem supervisão (horários e dosagens) | 0 1 2 3 4 |
| 8. Contata serviços públicos (por exemplo, polícia,
bombeiros, instituições para desabrigados) para fazer
queixas ou pedidos impróprios (por exemplo, entra na
delegacia para pedir uma carona para casa, telefona
diariamente para instituições para desabrigados para
relatar variados problemas sem importância) | 0 1 2 3 4 |

VI- Administração do dinheiro

- | | |
|---|-----------|
| 1- Compra a quantidade adequada de mercadorias
(sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 2- Compra suas próprias roupas (sem necessidade
de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 3- Compra objetos de uso pessoal (sem
necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 4- Providencia o conserto de roupas e
objetos (sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 5- Paga contas (inclusive aluguel,
alimentos, roupas, transporte, atividades de lazer
e bens pessoais (sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |
| 6- Administra adequadamente seu orçamento (isto é,
planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros) | 0 1 2 3 4 |
| 7- Procura ajuda ou informação, quando necessário,
para planificação de seu orçamento
(sem necessidade de orientação) | 0 1 2 3 4 |

- 8.- Compreende os termos tutela ou curadoria 0 1 2 3 4
(se for aplicável ao caso)
- 9- Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro 0 1 2 3 4
com supérfluos (sem necessidade de orientação)
- 10- Utiliza o relógio para organizar sua programação 0 1 2 3 4
diária
- 11- Devolve material defeituoso ou troca mercadorias 0 1 2 3 4
em lojas (sem necessidade de orientação)
- 12- Confere troco em lojas (sem necessidade de 0 1 2 3 4
orientação)

VII. Transporte

- 1- Anda de ônibus (sem necessidade de orientação) 0 1 2 3 4
- 2- Lê itinerários de ônibus (sem necessidade de orientação) 0 1 2 3 4
- 3- Vai a pé a locais da vizinhança (sem necessidade de orientação) .. 0 1 2 3 4
- 4- Respeita as normas para pedestres (sem necessidade de orientação). 0 1 2 3 4
- 5- Informa-se e segue as indicações de um trajeto 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)
- 6- Faz viagens de longa distância (de ônibus, trem 0 1 2 3 4
ou avião) (sem necessidade de orientação)
- 7- Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)

VIII. Lazer

- 1- Ocupa-se regularmente com um passatempo (sem 0 1 2 3 4
necessidade de orientação)
- 2- Passeia fora de seu local de residência 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)
- 3- Cuida do jardim ou quintal 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)
- 4- Ouve rádio ou vê televisão (sem 0 1 2 3 4
necessidade de orientação)
- 5- Escreve cartas (sem necessidade 0 1 2 3 4
de orientação)
- 6- Assiste atividades esportivas 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)
- 7- Joga cartas ou outros jogos de 0 1 2 3 4
mesa (sem necessidade de orientação)
- 8- Lê jornais habitualmente 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)
9. Vai a reuniões de organizações 0 1 2 3 4
cívicas ou outras (sem necessidade de orientação)

IX. Emprego

- 1- Procura emprego através de anúncios classificados 0 1 2 3 4
- 2- Contata empregadores em potencial para avaliar 0 1 2 3 4
possíveis oportunidades de trabalho
(sem necessidade de orientação)
- 3- Contata amigos/outros pacientes/assistente 0 1 2 3 4
social/agência para indicações de empregos
(sem necessidade de orientação)
- 4- Participa de entrevistas de seleção para obter emprego 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)
- 5- Tem aspirações realísticas de emprego 0 1 2 3 4
- 6- Sai na hora certa para os compromissos 0 1 2 3 4

- (sem necessidade de orientação)
- 7- Sai na hora certa para o emprego 0 1 2 3 4
(sem necessidade de orientação)
- 8- Chega na hora certa em seu emprego e respeita o 0 1 2 3 4
horário de almoço (sem necessidade de orientação)

ANEXOS

ANEXO A – Folha de Aprovação do Projeto pelo Departamento

Departamento de Medicina Preventiva

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte. 13 de junho de 2005

DMPS/FM/MEMO76/05

Senhora Professora

Informo-lhe que a Câmara Departamental, reunida no dia 13 de junho de 2005, aprovou o Projeto **“Avaliação das habilidades de vida independente em pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados”**, coordenado por V. Sa.
Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Eiza", written in a cursive style.

Profa. Eiza Machado de Meio
Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Exma. Sra.
Profa Eliane Costa Dias Macedo Gontijo.
DMPS/FM

ANEXO B – Folha de Aprovação do Comitê de Ética – FHEMIG

FHEMIG
O HOSPITALAR DO
DE MINAS GERAIS

Parecer nº 212

Interessados: Carlos Eduardo Leal Vidal

Hospital: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP-FHEMIG) aprovou no dia 04 de março de 2004 o projeto de pesquisa intitulado « **Avaliação de habilidades de vida independente em pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados** ». O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP-FHEMIG um ano após o início do projeto.


Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Presidente do CEP-FHEMIG

Alameda Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG
CEP 30.150-260 - Fone (0XX31) 3239-9500 - Fax (0XX31) 3239-9579 - Caixa Postal 1283

ANEXO C – Folha de Aprovação do Comitê de Ética – UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 267/05

Interesse: Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo
Depto. de Medicina Preventiva e Social - FMUFG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 19 de outubro de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Avaliação de habilidades de vida independente e comportamento social em pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dr. Rui Rothe-Neves
Vice Presidente do COEP/UFMG

ANEXO D – Certificado de Qualificação



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



UFMG

Ata do exame de qualificação a que se submeteu o mestrando Carlos Eduardo Leal Vidal

Aos vinte e cinco dias do mês de novembro de dois mil e cinco, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, compareceu o mestrando **CARLOS EDUARDO LEAL VIDAL** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulada: **“AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE E COMPORTAMENTO SOCIAL DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores: Marina de Bittencourt Bandeira - UFJR, Fábio Lopes Rocha - IPSEMG, Mark Drew Crosland Guimarães - UFMG. Participaram também da sessão, a Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo - UFMG, orientadora do aluno. A sessão iniciou-se às oito horas e trinta minutos, na sala 9017 A, 9º andar da Faculdade de Medicina com a presença dos professores acima citados. Após a exposição do candidato, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição a banca examinadora considerou o Projeto coerente e o aluno apto a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela comissão examinadora. Belo Horizonte, 25 de novembro de 2005.

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo/orientadora Eliane Dias Gontijo

Profa. Marina de Bittencourt Bandeira Marina Bandeira

Prof. Fábio Lopes Rocha Fábio Lopes Rocha

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães Mark Drew Crosland Guimarães

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães (Coordenador) Mark Drew Crosland Guimarães

Prof. Mark Drew C. Guimarães
Coord. PG. Saúde Pública
Fac. Medicina UFMG

