

Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro

Deinstitutionalization of long stay patients in a psychiatric hospital in Rio de Janeiro

Paulo Roberto Fagundes da Silva ¹
Maria Cecília de Araújo Carvalho ¹
Maria Tavares Cavalcanti ²
Rodrigo Cunha Echebarrena ³
Adriana Santos de Mello ²
Catarina Magalhães Dahl ²
Débora Bastos de Lima ³
Flávia Mitkiewicz de Souza ²

Abstract *Critical Time Intervention (CTI) is a time-limited mental health intervention offered to people with mental disorders during critical/transition periods. This study assesses the impact of CTI-BR on social performance and quality of life within a population in the process of deinstitutionalization, after long-term hospitalization in a psychiatric institution. The study population was split into two groups, one of which received CTI plus the regular care. Results showed no advantage of the intervention compared to the regular programs provided by the institution. When study participants are analyzed as a group, we found positive improvement regarding their social functioning and self-perception of their mental-health. Results show that it is possible for elderly patients discharged from long-term psychiatric care to live in residential facilities in the community, supervised by clinical teams.*

Key words *Deinstitutionalization, Residential facilities, Mental health, Brazil, Critical time intervention*

Resumo *A Critical Time Intervention (CTI) é uma intervenção de saúde mental limitada no tempo a períodos considerados críticos, geralmente ofertada a pessoas com transtornos mentais em situação de transição. O presente estudo avalia o impacto da utilização da Intervenção para Períodos de Transição (CTI-BR) sobre o desempenho social e a qualidade de vida em uma população de pessoas em processo de desinstitucionalização, que deixaram um hospital psiquiátrico após longa internação. A população estudada foi dividida em dois grupos e um deles recebeu o programa CTI como intervenção adicional. Os resultados apontaram que nas áreas avaliadas a presença da intervenção CTI não apresentou evidência de vantagens em relação ao programa habitual da instituição realizado isoladamente. Quando o grupo de pacientes é analisado em seu conjunto é evidenciada uma evolução positiva em relação ao comportamento social e melhora da sua percepção sobre a própria saúde mental. Os resultados obtidos indicam a possibilidade de pessoas idosas oriundas de longa internação em hospital psiquiátrico viverem em dispositivos residenciais comunitários supervisionados por equipes de acompanhamento clínico.*

Palavras-chave *Desinstitucionalização, Dispositivos residenciais, Saúde mental, Brasil, Intervenção para períodos de transição*

¹ Departamento de Ciência Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. paulofagundes@ensp.fiocruz.br

² Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar o processo de desinstitucionalização de um grupo de pessoas portadoras de transtornos mentais severos com longo tempo de internação psiquiátrica que foram transferidas para dispositivos residenciais na comunidade, com ênfase na avaliação da propriedade da utilização de um programa comunitário de saúde mental – a Intervenção para Períodos de Transição (CTI BR) – para este contexto específico.

No Brasil, a assistência psiquiátrica pública tem sido marcada essencialmente a partir da década de 1990 por uma política de desinstitucionalização caracterizada pela redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e pela implantação concomitante de uma rede de dispositivos integrados que pretendem ser substitutivos ao modelo centrado no hospital psiquiátrico. Esta rede é constituída de centros de atenção psicossocial (I, II, III, infanto-juvenil e para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas), pelas unidades de atenção primária que prestam cuidado em saúde mental, centros de convivência, enfermarias em hospitais gerais e serviços residenciais terapêuticos. Além disso, existem serviços voltados especificamente para as pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas, como as unidades de acolhimento e os serviços de Atenção em Regime Residencial (aí incluídas as chamadas comunidades terapêuticas)¹.

De interesse particular para este estudo, os serviços residenciais terapêuticos foram implantados enquanto dispositivo do Sistema Único de Saúde do Brasil em 2000². Por definição do Ministério da Saúde, são moradias destinadas para portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social ou laços familiares que viabilizem sua reinserção social. A formulação do programa destaca a importância dos aspectos clínicos e sociais em integração nas moradias e que o suporte de caráter interdisciplinar deve considerar a singularidade de cada morador, buscar a inserção do usuário na rede de serviços e favorecer o estabelecimento de relações sociais na comunidade. Em 2011, foi criada uma nova modalidade de residência terapêutica (RT II), voltada para a clientela com nível elevado de dependência e necessidade de cuidados permanentes específicos³.

No Brasil, dois estudos avaliativos traçaram os perfis clínico e demográfico dos pacientes internados em dois grandes asilos: o Instituto Juliano

Moreira, antiga Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, e no Hospital São Pedro, em Porto Alegre^{4,5}. Nas duas instituições foi encontrada uma população idosa, com décadas de institucionalização, baixo grau de autonomia e significantes problemas relativos ao comportamento social, implicando importantes desafios para seus programas de desinstitucionalização. Um censo realizado nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, em 2008, para avaliar os usuários com mais de 1 ano de internação corrobora estes achados, ao apontar que, entre as 6.349 pessoas internadas nesta situação, 1.987 tinham mais de 60 anos⁶.

Para idosos com transtornos mentais severos que passaram uma grande parte de sua vida em instituições psiquiátricas, a mudança para dispositivos na comunidade pode ser uma experiência difícil. Nesta população, a condição de vulnerabilidade observada em outros idosos é agravada, em virtude das suas condições de saúde física e mental e aos efeitos desabilitantes e incapacitantes da institucionalização, como a perda da autonomia e de habilidades para vida diária (*disabilities*); os danos emocionais, cognitivos e comportamentais (*impairments*) e a desconexão com os laços sociofamiliares e a vida comunitária⁷.

Apesar da alta prevalência de pacientes idosos nas populações de longa permanência dos hospitais psiquiátricos, a maioria dos estudos que avaliam a desinstitucionalização de pessoas para dispositivos residenciais comunitários exclui idosos com transtornos mentais⁸. Além disso, as pessoas que já residem em dispositivos residenciais podem ter que enfrentar novos desafios associados com o envelhecimento. Suas necessidades de cuidado são específicas e, muitas vezes, precisam mais de serviços clínicos relacionados com a idade avançada do que atenção psiquiátrica e de saúde mental propriamente dita⁹.

De uma forma geral, as pesquisas internacionais que acompanharam pacientes ao longo do tempo após sua desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos têm um resultado positivo no que tange às avaliações em relação ao comportamento social e à qualidade de vida referida pelos usuários. Parece haver uma nítida preferência dos pacientes em viverem em ambientes menos restritivos em comparação ao cuidado realizado em hospitais. Em relação à sintomatologia psiquiátrica e à constituição de uma nova rede social que suplante os efeitos do isolamento em face da institucionalização, os resultados são mais equívocos^{10,11}.

Entre outras dimensões, os estudos geralmente avaliam aspectos relacionados ao funcionamento ou comportamento social das pessoas

em processo de desinstitucionalização. Uma substancial proporção das pessoas com transtornos mentais severos, particularmente as diagnosticadas no espectro da Esquizofrenia, sofrem de significativos níveis de desabilidades nas esferas pessoais, domésticas, familiares e laborativas. Tal constatação tem diversas implicações para o planejamento dos serviços, que necessitam prover programas abrangentes de longo curso¹².

A experiência brasileira de desinstitucionalização de pacientes após longa permanência institucional para residências terapêuticas tem sido pouco analisada por estudos longitudinais com instrumentos de avaliação. Uma exceção é o estudo de Vidal et al.¹³ sobre pacientes oriundos de hospitais psiquiátricos de Barbacena, Minas Gerais, que foram acompanhados por um período de dois anos após a alta. As avaliações mostraram evolução satisfatória em relação às suas limitações no funcionamento social e no grau de autonomia, com melhora em relação ao grau de interação social.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da utilização da CTI-br sobre o desempenho funcional e a qualidade de vida em uma população de pacientes no momento da transição entre um extensivo período de vida no ambiente hospitalar e a nova vida nos dispositivos residenciais comunitários.

O modelo CTI

A *Critical Time Intervention* (CTI) é uma intervenção limitada no tempo a períodos considerados críticos, geralmente ofertada a pessoas em processo de desinstitucionalização (por exemplo, albergues, hospitais e prisões) quando é mais intenso o risco de o cuidado necessário não ser acessado ou ser descontinuado.

A CTI foi primeiramente desenvolvida e testada em um estudo randomizado para pessoas com transtornos mentais que estavam saindo de abrigos para *homeless* em Nova York. A intervenção se mostrou efetiva para prevenir que as pessoas voltassem a viver nas ruas. A avaliação ao longo do tempo apontou também que os resultados positivos se mantiveram após um período de nove meses depois de encerrada a intervenção¹⁴.

Embora originalmente utilizada para pessoas sem-teto que se deslocaram de abrigos para casas na comunidade, a CTI foi também utilizada para pessoas saindo de hospitais psiquiátricos. Tomita e Herman¹⁵ estudaram uma população de 150 pessoas que receberam alta de dois hospitais psiquiátricos de Nova York no período de 2002 a

2006. Cerca da metade delas foi selecionada para receber a CTI em adição aos serviços usuais. Ao final do período de *follow-up*, as internações psiquiátricas foram significativamente menores no grupo que recebeu a CTI em comparação com o outro grupo.

A CTI tem uma duração de tempo pré-determinada (em geral nove meses) constituída por dois objetivos centrais. O primeiro visa ao estabelecimento de vínculos estáveis dos portadores de transtornos mentais severos e persistentes com os sistemas de apoio formal e informal, principalmente com as redes de saúde e suporte social e familiar, e o segundo centra-se no apoio emocional e prático durante o tempo crítico de transição. O trabalho concentra-se em áreas consideradas cruciais para a estabilização e a inserção social do paciente na comunidade e é realizado por agenciadores de caso e um coordenador clínico que contam com o apoio de um psiquiatra¹⁶.

A implementação da CTI obedece três etapas consecutivas: transição, experimentação e transferência do cuidado, tendo, cada uma, duração média de três meses. Na primeira etapa – transição – os agenciadores da CTI provêm um suporte mais intensivo, identificam as necessidades das pessoas e os recursos existentes e formulam um plano de intervenção com duração de nove meses. Preferencialmente o trabalho dos agenciadores da CTI deve se iniciar antes da mudança das pessoas para a comunidade. A segunda etapa – experimentação – é dedicada a testar e a ajustar o sistema de suporte que foi desenvolvido na primeira fase. A terceira etapa – transferência do cuidado – objetiva completar a transferência de cuidado para os dispositivos comunitários que irão prover o suporte de longo curso para os usuários e a saída gradual do agenciador da relação de cuidado estabelecida ao longo dos nove meses.

A CTI foi adaptada para o contexto brasileiro e recebeu a denominação de “Intervenção em Saúde Mental para Períodos de Transição” (CTI-BR). Sua viabilidade (*feasibility*) foi testada com pessoas portadoras de transtornos do espectro esquizofrênico em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro¹⁷.

Metodologia

Local do estudo

Em junho de 2012 foi implantado no Instituto Municipal Juliano Moreira (IMJM), no Rio de

Janeiro, um dispositivo residencial na forma de vila, planejado e construído para abrigar os usuários em situação de longa permanência no hospital. A estratégia do programa foi a formatação das casas como residências terapêuticas, atendendo a modelagem preconizada pelo Ministério da Saúde². Foi localizado na área não hospitalar da extinta Colônia Juliano Moreira, atualmente constituída como um bairro da cidade, em face da extensiva ocupação por construções familiares que sofreu ao longo de décadas.

A vila é constituída por 10 casas (cada uma com capacidade para oito pessoas) têm estruturas físicas similares com 4 quartos, sala, cozinha e banheiros. O programa de cuidado dos pacientes foi vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial localizado nas proximidades. Um profissional de nível superior acompanha os pacientes em seu cotidiano (um para cada casa). O restante da equipe é composto por cuidadores, que são trabalhadores de nível médio que realizam o acompanhamento diretamente na vila.

Mediante diagnóstico prévio das condições clínicas da população existente no IMJM, a equipe assistencial definiu que as residências terapêuticas teriam três níveis de cuidado: baixo, médio e intensivo. A diferença entre os níveis se dá essencialmente em relação à presença de equipe em cada dispositivo: nas casas de baixa intensidade, a equipe de cuidadores está presente durante 8 horas diárias apenas nos dias úteis. Nas casas de média intensidade, a cobertura é de 12 horas diurnas diárias todos os dias da semana. Nas casas de alta intensidade de cuidado, o acompanhamento se dá nas 24 horas do dia nos sete dias da semana.

Desenho do estudo

O modelo de pesquisa adotado foi o acompanhamento longitudinal da população desinstitucionalizada com avaliações realizadas na linha de base (imediatamente antes da saída do hospital) e em mais dois pontos do tempo (no nono mês e no décimo-oitavo mês após a primeira avaliação). Este artigo trata das avaliações na linha de base e no nono mês. Para a avaliação dos efeitos da intervenção CTI, a população foi randomizada por aglomerados (domicílios). Ocorreu a divisão em dois grupos: um em que, ao programa da instituição, foi adicionado uma intervenção diferenciada (CTI) e outro que foi acompanhado apenas pelo programa usual da instituição (grupo controle).

No período de junho a outubro de 2012, ocorreu a mudança dos usuários para os dez

serviços residenciais, que se efetivou sempre em pares de moradias da mesma intensidade de cuidado. Em cada par de casas, uma foi escolhida de forma aleatória para ser objeto da intervenção CTI e outra permaneceu apenas com o programa habitual da instituição, chegando-se a um total de 5 casas com o programa CTI e 5 sem.

O Programa CTI do Instituto Juliano Moreira

A estrutura e modo o de implementação da CTI foram mantidos tal qual a intervenção original. As áreas de intervenção consideradas cruciais para a população estudada foram: 1) Saúde física e mental (inserção e acompanhamento do usuário em serviços de saúde mental e de saúde em geral) 2) Desenvolvimento das habilidades da vida diária; 3) Rede de suporte familiar, de recursos comunitários e de proteção social; 4) Incentivo à interação com os outros moradores das casas e aos processos de solução de problemas e tomadas de decisão coletivas.

Os agenciadores da CTI, em um total de cinco, um por cada casa, foram selecionados entre trabalhadores de nível médio com experiência prévia no cuidado em saúde mental. Após treinamento específico preliminar, receberam ao longo dos nove meses de trabalho, supervisão por duas psiquiatras, com periodicidade semanal.

Instrumentos de avaliação

Características clínicas e sociodemográficas

Os dados clínicos e sociodemográficos coletados foram sexo, idade, diagnóstico, tempo de internação e escolaridade.

Desempenho Social

O instrumento utilizado foi a Escala de Performance Pessoal e Social (PSP) desenvolvida para avaliar o desempenho social de pessoas com transtornos mentais em dispositivos de reabilitação¹⁸.

A PSP é baseada na avaliação de quatro indicadores: 1) atividades socialmente úteis, inclusive trabalho e estudo; 2) relações pessoais e sociais 3) autocuidado e 4) comportamento agressivo ou perturbador. As dimensões são avaliadas em uma escala de seis pontos que vai de ausente (0) a muito severo (5). Além disso, o entrevistador atribui um score global (PSP global) em uma escala de 100 pontos baseada nas informações da entrevista e em outras fontes válidas, com scores mais baixos significando pior desempenho. Além

da entrevista com os pacientes, são também consideradas informações de outras fontes, como familiares, cuidadores e membros da equipe. Foi utilizada a versão portuguesa da PSP, cuja confiabilidade e validade foram testadas positivamente por Brissos et al.¹⁹.

Qualidade de vida relacionada à saúde

Para aferição da qualidade de vida foi utilizada a escala 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12), alternativa sintética ao 36-Item Health Survey (SF-36), desenvolvido previamente²⁰. A versão em português foi validada em 2004 em uma população com doença pulmonar obstrutiva crônica²¹.

O SF-12 é constituído por 12 itens que avaliam oito diferentes dimensões: saúde em geral, capacidade física, funcionamento social, limitações causadas por problemas físicos, limitações causadas por problemas emocionais, saúde mental, vitalidade e dores corporais. São consideradas as opiniões dos entrevistados em relação às últimas quatro semanas de sua vida.

Estas dimensões são totalizadas em dois sumários: o SF12-componente físico e SF12-componente mental. Cada sumário tem uma graduação de 0 a 100, na qual os escores maiores indicam melhores percepções em relação à saúde. Para a confecção dos escores globais, as questões que avaliam saúde em geral, capacidade física, limitações causadas por problemas físicos e dores corporais estão mais relacionadas ao sumário físico, enquanto funcionamento social, limitações causadas por problemas emocionais, vitalidade e saúde mental estão mais relacionadas ao componente mental.

Mini-Exame do Estado Mental

Para avaliar a situação cognitiva dos participantes do estudo foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al.²², um dos testes mais empregados em todo mundo. Trata-se de um teste semiestruturado com pontuação máxima de 30, sendo que a escolaridade e a idade têm efeito sobre o desempenho no teste, com a pontuação diminuindo com a idade e aumentando com a educação, o que tem ensejado a definição de pontos de corte diferenciados para populações com estes perfis²³.

Procedimentos metodológicos e aspectos éticos

Os instrumentos foram aplicados aos pacientes e profissionais por entrevistadores com experiência clínica pretérita no cuidado em saúde mental

que foram treinados para a utilização das escalas. Para o PSP e o SF-12, os mesmos entrevistadores realizaram as avaliações na linha de base e após nove meses. O SF-12 foi administrado oralmente durante uma entrevista. Para a definição dos escores das quatro dimensões do PSP foram ouvidos o paciente e um membro da equipe. A avaliação da linha de base foi realizada antes da mudança dos pacientes para as residências terapêuticas. Cada participante foi informado, antes do início da entrevista, sobre a finalidade do estudo, a questão do sigilo e a não obrigatoriedade da participação, e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Análise estatística

Inicialmente foram avaliadas as distribuições de frequência das variáveis contínuas e categóricas. As tentativas de normalizar os dados contínuos não foram bem sucedidas, razão pela qual foram utilizados testes não paramétricos para avaliação da significância estatística dessas variáveis.

Foram calculadas as diferenças entre os escores da linha de base e no momento da reavaliação (9 meses) para os instrumentos PSP e SF-12, sendo a significância estatística avaliada através do teste de Wilcoxon. As diferenças também foram comparadas considerando-se os grupos com e sem intervenção CTI (teste de Mann-Whitney). Testes de qui-quadrado foram utilizados para a análise das variáveis categóricas. Valores de *p* menores ou iguais a 0,05 foram considerados estatisticamente significantes e aqueles entre 0,06 e 0,10 como de significância limítrofe. O programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20, foi utilizado para o processamento e a análise dos dados.

Resultados

Oitenta pacientes foram selecionados para morarem na vila, compreendendo a população do Estudo. Quarenta deles foram randomizados para serem submetidos à intervenção CTI em adição ao programa da instituição. Antes da mudança para as residências terapêuticas, um paciente do grupo CTI faleceu. Outros seis tiveram suas altas hospitalares postergadas por razões decorrentes de sua situação psicossocial no processo de preparação de alta (inclusive em

atenção à sua vontade pessoal) e permaneceram nos hospitais na data limite de incorporação à pesquisa (quatro do grupo CTI e duas do grupo controle). Após a mudança, um paciente faleceu por causa clínica (CTI) e outra manifestou reiteradamente sua vontade de retornar ao hospital de origem e optou por se desligar do programa (PH). A população estudada foi composta por 71 pacientes. Destes, 34 estão no grupo que recebeu a intervenção CTI e 37 no de controle. O fluxo dos componentes da pesquisa pode ser observado na Figura 1.

Características clínicas e sociodemográficas

Na Tabela 1, observam-se as características clínicas e sociodemográficas dos participantes do estudo. A população em estudo é idosa, de baixa escolaridade (apenas dois usuários completaram o ensino fundamental), majoritariamente diagnosticada como portadora de Esquizofrenia (76,1 %) e com longo tempo de internação (81,7 % com mais de 30 anos de institucionalização). Pouco mais de um quinto dos pacientes estavam em alta intensidade de cuidado, os demais em média e baixa.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os participantes incluídos no grupo com CTI e no sem em relação às variáveis idade, tempo de institucionalização, escolaridade e diagnóstico. Em relação ao sexo, os dois grupos diferiram significativamente, com o grupo submetido à CTI apresentando proporcionalmente menos mulheres – 29,4% contra 56,8 % do grupo sem CTI ($\chi^2 = 4,26$; $p = 0,04$).

Os resultados do MEEM apontaram para uma população com significativo comprometimento cognitivo. Das 69 pessoas submetidas ao teste, 55(79,7%) se localizaram na faixa inferior ao escore 18 da escala e 14 (20,3%) na faixa superior, conforme ponto de corte estimado para populações com baixa escolaridade.

Resultados da escala PSP na população total

A análise dos resultados da linha de base da PSP aponta para um grupo de pacientes com importantes problemas nas áreas de atividades socialmente úteis e relacionamentos sociais, problemas significativos na área de cuidados pessoais e menos dificuldades em relação a comportamentos perturbadores e agressivos (Tabela 2).

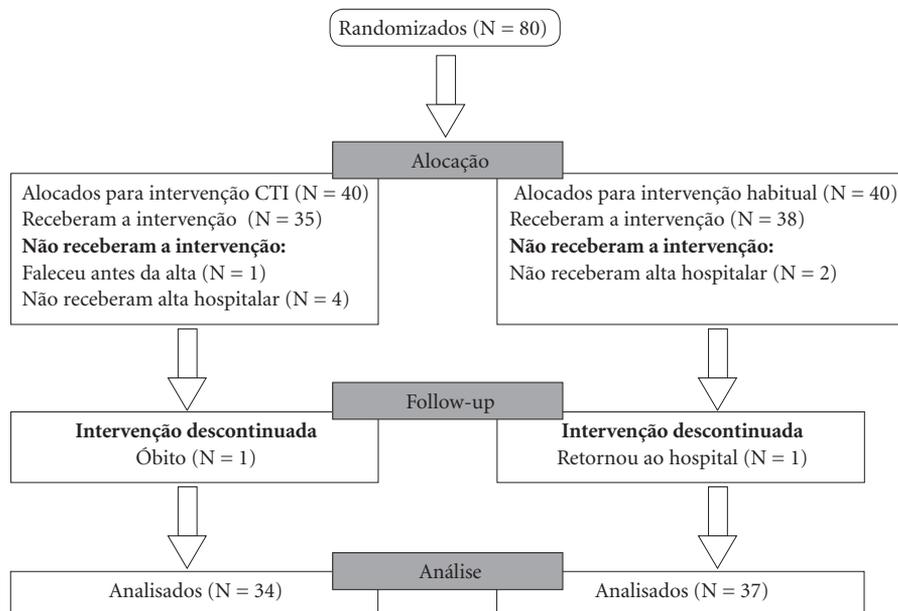


Figura 1. Diagrama do fluxo de incorporação dos participantes do estudo.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo – em números absolutos e porcentagem.

Característica	Com CTI (n = 34)	Sem CTI (n = 37)	Total (n = 71)
Sexo feminino n (%)	11 (29,4%)	21(56,8 %)	32 (45,1%)
Idade (média (DP) em anos)	67,53(9.9)	69,24(11,9)	68,42
Tempo de Institucionalização (anos)			
1-9	1 (2,9 %)	2 (5,4%)	3 (4,2%)
10-29	7 (20,6 %)	3 (8,1 %)	10 (14,1 %)
30 ou mais	26 (76,5%)	32 (86,5 %)	58 (81,7 %)
Escolaridade			
Sem escolaridade	21 (61,8 %)	24(64,9 %)	45(63,4%)
Fundamental incompleto	12(35,3 %)	12 (32,4 %)	24(33,8%)
Fundamental e Médio incompleto	1(2,9 %)	1(2,7 %)	2(2,8%)
Diagnóstico			
Esquizofrenia	26 (76,5 %)	28 (75,7 %)	54 (76,1 %)
Retardo Mental	5 (14,7 %)	9 (24,3 %)	14(19,7%)
Epilepsia	3 (8,8 %)	0 (0 %)	3(4,2 %)
Intensidade de cuidado			
Baixa	14 (41,2 %)	14(37,8 %)	28 (39,4 %)
Média	13 (38,2 %)	15 (40,6 %)	28 (39,4 %)
Alta	7 (20,6 %)	8 (21,6 %)	15 (21,2 %)

Tabela 2. Usuários com problemas acentuados e graves nas quatro dimensões do PSP na linha de base - em números absolutos e porcentagem (N = 71).

Dimensões do PSP	Usuários com problemas acentuados e graves
Atividades socialmente úteis	48 (67,6%)
Relacionamentos sociais e pessoais	45 (63,4%)
Cuidados pessoais	28 (39,4%)
Comportamentos perturbadores e agressivos	9 (12,7%)

A Tabela 3 apresenta as médias e os desvios padrões da escala PSP para toda a amostra de pacientes desinstitucionalizados. Os resultados apontam que, em média, os pacientes apresentaram uma evolução estatisticamente significativa em seu comportamento social nos quesitos avaliados pela escala PSP: atividades socialmente úteis, relações pessoais e sociais, autocuidado e comportamento agressivo ou perturbador.

Não houve associação significativa entre as variáveis sexo, diagnóstico, escolaridade e tempo de institucionalização em nenhuma das dimensões. Apenas a variável idade associou-se inversamente à evolução positiva do escore do PSP global entre as duas avaliações realizadas ($p = ,043$), mas não impactou as outras da escala. Baixos escores na escala Mini-mental não influenciaram na evolução dos resultados das escalas, com exceção da avaliação de cuidados pessoais, no qual o p valor se situou em ,085 (limítrofe).

Resultados da escala SF-12 na população total

Em relação à escala SF-12, o escore do componente físico não mostrou alterações significativas entre as duas avaliações ($p = ,65$). A evolução do componente saúde mental mostrou nível de significância limítrofe ($p = ,06$). Na Tabela 4, observa-se as médias e os desvios padrões na linha de base e na avaliação de 9 meses. Quatro pessoas não responderam a segunda avaliação.

Não houve associação significativa entre as variáveis sexo, diagnóstico, escolaridade e tempo de institucionalização em nenhuma das duas dimensões. O mesmo aconteceu em relação aos escores da escala Mini-mental. Em relação ao sumário mental do SF-12, a influência da idade (ponto de corte 70 anos) foi estatisticamente significativa ($p = ,05$).

Resultados das escalas PSP e SF-12 na população dividida entre o grupo submetido ao CTI e o grupo submetido apenas ao programa usual da instituição

Após a análise estatística do grupo de pacientes desinstitucionalizados em sua totalidade, foram analisadas as possíveis diferenças de desempenho nas variáveis estudadas entre o grupo que recebeu a intervenção específica CTI-BR e o controle.

Como pode-se observar na Tabela 5, as médias das subescalas do PSP evoluíram de forma positiva, assim como o PSP global (com redução média das incapacidades mensuradas pela escala PSP). Os resultados da escala SF-12 mostraram comportamento semelhante em suas duas di-

mensões. A análise das diferenças dos resultados entre os dois grupos estudados não mostrou resultados com significância estatística, indicando que nas áreas avaliadas a presença da intervenção CTI não apresentou evidência de vantagens em relação ao programa habitual da instituição realizado isoladamente.

Discussão

Este estudo avaliou as altas de um hospital com cerca de 90 anos de existência. Em 2012, restavam cerca de 350 pacientes historicamente asilados. A maior parte das pessoas que integram o estudo é remanescente deste grupo que acumulava décadas de internação psiquiátrica.

Tabela 3. Dimensões do PSP – Médias e desvio padrão na linha de base e na avaliação de 9 meses (N = 71).

Dimensões do PSP	Linha de base	Nono mês	P value LB/9 mês*
Atividades socialmente uteis	2,85 (,980)	2,66 (,95)	,002
Relacionamentos sociais e pessoais	2,65 (,83)	2,49 (,88)	,002
Cuidados pessoais	2,11 (1,14)	1,89 (1,08)	,006
Comportamentos perturbadores e agressivos	,90 (1,21)	,68 (1,00)	,040
PSP global	42,63 (13,92)	48,41 (14,17)	,000

* Teste de Wilcoxon.

Tabela 4. SF-12 – Médias, desvio padrão e medianas na linha de base e na avaliação de 9 meses (N = 67).

Dimensões do SF-12	Linha de base	Nono mês	pvalue LB/9 mês*
Dimensão física	47,48(9,62)	48,10(7,09)	,65
Dimensão Mental	51,17(10,65)	54,23(8,71)	,06

* Teste de Wilcoxon

Tabela 5. População estudada dividida entre o grupo que recebeu a intervenção CTI e o grupo controle.

Escalas	Com CTI		Sem CTI		Valor de p*
	Linha de base	Avaliação de 9 meses	Linha de base	Avaliação de 9 meses	
Atividades socialmente úteis	2,7 (1,095)	2,59 (1,019)	2,89 (,875)	2,73(,902)	,675
Relacionamentos sociais e pessoais	2,59 (,925)	2,50(,961)	2,70 (,740)	2,49(,804)	,189
Cuidados pessoais	2,35(1,098)	2,03(1,114)	1,89 (1,149)	1,76(1,038)	,435
Comportamentos perturbadores e agressivos	,88(1,122)	,68(1,121)	,92(1,299)	,68(,884)	,515
PSP global	42,35(14,187)	47,65(14,979)	42,89(13,860)	49,11(13,550)	,684
SF 12 saúde física	46,40(10,56)	48,75(6,74)	48,81(8,83)	54,43(7,62)	,716
SF 12 saúde mental	49,93(11,68)	54,01(9,89)	52,05(9,63)	54,44(7,62)	,474

* Teste de Mann-Whitney.

Assim, a população estudada encontrava-se por ocasião da alta com uma média etária elevada (68,42 anos), com 82% dos pacientes com 30 ou mais anos de internação. Este perfil confere a peculiaridade de compreender pessoas que se encontravam institucionalizadas antes da implantação dos centros de atenção psicossocial enquanto política pública de saúde mental.

Os pacientes com este perfil são, em geral, altamente dependentes e têm muita dificuldade de deixar os hospitais. Costumam estar em enfermarias de longa permanência e apresentam um alto grau de sintomas negativos e desabilidades sociais severas. Usualmente necessitam do cuidado diário de profissionais da instituição e seus vínculos familiares foram rompidos ao longo do tempo. Costumam necessitar de respostas socio-assistenciais de alta intensidade, como dispositivos residenciais com supervisão permanente e presença de equipe nas 24 horas do dia²⁴.

Críticos da desinstitucionalização desta modalidade de pacientes referem que sua passagem para a vida comunitária, após ficarem tão adaptados à instituição, pode gerar estresse e trauma com resultados dramáticos, como o aumento da morbidade e mortalidade²⁵. Desviat²⁶ já apontava em 1999 que o fechamento de leitos psiquiátricos sem a implantação dos serviços assistenciais comunitários e o efetivo suporte social poderia ocasionar abandono e desassistência em virtude das dificuldades dos usuários em se manterem de forma autônoma na sociedade.

O acompanhamento dos pacientes que receberam alta do Instituto Municipal Juliano Moreira apontou que, decorridos nove meses da saída dos pacientes do hospital, não foram registradas mortes por acidentes, tentativas de suicídios, evasões ou problemas com a justiça. Uma paciente preferiu retornar ao hospital de origem, manifestando insatisfação com o programa, cabendo avaliar se o seu perfil é representativo de segmentos da população que ainda permanecem institucionalizados.

A análise dos resultados da avaliação dos 71 pacientes mostrou uma evolução significativa nas áreas avaliadas da performance social e pessoal. A avaliação nas entrevistas considerou as limitações impostas pelo contexto de vida dos pacientes através dos anos e a sua idade.

Assim, as expectativas em relação ao desempenho social não colocaram ênfase na busca de inserção no mercado de trabalho ou retomada sistemática do processo de escolarização. Em relação ao mercado de trabalho, todos os pacientes, por ocasião da avaliação de nove meses,

dependiam de suporte econômico estatal, sendo a forma mais comum (73 %) através do benefício de prestação continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS).

Na avaliação, procurou-se valorizar iniciativas mais compatíveis com as possibilidades reais da nova vida comunitária, como frequentar o comércio das redondezas, ampliação da rede social interna e externa, atividades de lazer e apropriação das novas tarefas domésticas.

Nos resultados, verificou-se que a idade influiu negativamente em relação à evolução do escore do PSP global através do tempo parecendo indicar que usuários mais jovens (menos de 70 anos) podem se beneficiar mais do programa de desinstitucionalização oferecido. De forma mais tênue (significância estatística limítrofe), resultados da escala mini-mental impactaram negativamente os resultados do grupo na dimensão cuidados pessoais do PSP.

Em relação à avaliação de qualidade de vida ligada à saúde, os resultados apontam que a preocupação com a saúde física seguiu inalterada desde o momento em que os pacientes se encontravam no hospital até a avaliação de nove meses. Tal achado reforça as considerações de Schiff et al.⁹ sobre a importância das intervenções ligadas à saúde em geral no processo de desinstitucionalização de idosos. Em relação ao sumário mental do SF-12, a influência da idade (ponto de corte 70 anos) foi estatisticamente significativa ($p = ,05$), corroborando os achados relacionados com o PSP global de que pacientes menos idosos podem ter mais benefícios com o programa desenvolvido.

O processo de cuidado das residências terapêuticas pode ser incluído dentro da tipologia proposta por Nelson et al.²⁷, e discutida por Furtado²⁸, de *supportive housing*, onde existe o entrelaçamento entre moradia e a reabilitação psicossocial. O principal trabalho de reabilitação é desenvolvido no interior das residências, a cargo principalmente dos cuidadores, que permanecem nas casas de 8 a 24 horas ao dia, dependendo da intensidade do cuidado. Profissionais de nível superior alocados exclusivamente no programa residencial funcionam como referência de cuidado para os pacientes. Agenciam o cuidado externo de saúde mental e clínico, supervisionam os cuidadores, realizam abordagens relacionadas ao cotidiano das casas e atendem eventuais instabilidades emocionais dos moradores. Estes dois grupos de trabalhadores – profissionais alocados exclusivamente no programa e os cuidadores – desempenham papel preponderante no processo de cuidado desenvolvido.

A participação de trabalhadores de suporte não profissionais em serviços de saúde mental tem sido avaliada positivamente. Os usuários parecem considerar que os trabalhadores não especializados são mais sintonizados com suas necessidades do dia a dia. Entretanto, esta visão positiva é condicionada a uma supervisão de boa qualidade, um treinamento apropriado e que os limites entre os papéis da equipe estejam bem demarcados²⁴.

O trabalho dos agenciadores do programa CTI se concentrou no desenvolvimento de atividades que buscavam a melhoria da saúde física e mental; das habilidades de vida diária; das relações cotidianas entre os moradores e das relações sociais no território.

Para o alcance do foco relacionado à saúde física e mental, os usuários foram vinculados à rede de serviços de saúde do território (unidades da saúde da família e outras), ao CAPS de referência, no centro de convivência e no clube de lazer. O desenvolvimento de habilidades de vida diária centrou-se no preparo de refeições, incentivo à realização de cuidados pessoais, na administração coletiva das casas, em informações sobre os efeitos e a administração da medicação e ao incentivo à realização de atividades criativas individuais. As relações internas cotidianas foram trabalhadas através da realização de atividades conjuntas nas casas e orientações sistemáticas para o convívio harmônico entre moradores. As relações sociais foram desenvolvidas através de saídas para atividades culturais, salões de beleza, restaurantes, bancos e outros estabelecimentos comerciais. Além disso, incentivou-se o contato com familiares e agregados e realizaram-se ações para a obtenção de benefícios sociais governamentais.

A CTI foi criada com o objetivo de complementar e fortalecer a rede de serviços de saúde e de suporte social, auxiliando pessoas a se engajarem e se estabilizarem em um cuidado continuado, tendo a característica de ser uma intervenção transitória. No caso em estudo, durante 9 meses, os usuários de cinco residências terapêuticas receberam um cuidado adicional de 5 agenciadores de cuidado.

Decorrido o período de intervenção, a avaliação realizada não detectou diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos nos resultados da escala de desempenho social e qualidade de vida relacionada à saúde. Como toda a população em acompanhamento apresentou progressos substanciais nas áreas de desempenho social e também melhora, ainda que mais discre-

ta, na percepção em relação à sua saúde mental global, os resultados sugerem que o processo de desinstitucionalização em curso tem se mostrado efetivo em relação a estes quesitos.

Deve ser considerado que ao contrário de outros estudos nos quais a intervenção CTI foi testada, os usuários estavam todos no mesmo ambiente, a vila de residências terapêuticas, e, portanto, a atuação dos agenciadores não se deu nas casas dos usuários, com suas famílias, em diferentes territórios, contextos e interações.

Ressalte-se, entretanto, que o resultado do estudo pode também ter sido afetado pelo número reduzido de participantes restando questões abertas para estudos futuros em relação à pertinência do programa CTI para este tipo de população.

Conclusões

Ao contrário de outros países, onde a disponibilidade de dispositivos residenciais voltados para pessoas com transtornos mentais severos é mais ampla²⁹, o Brasil segue com um déficit significativo de acomodações. Furtado²⁸ estimava, em 2013, uma necessidade de 2.408 serviços residenciais terapêuticos em contraposição a um número existente de 625 em um contexto estimado de 12.000 pessoas moradoras de hospital.

Apesar de existir uma forte tendência no sentido de diminuição do papel dos hospitais psiquiátricos, na maioria dos países os dispositivos residenciais de longo termo para pacientes com transtornos mentais coexistem com hospitais psiquiátricos em uma espécie de sistema dual. Em geral, os pacientes mais graves são referidos aos hospitais³⁰. A falta de consenso sobre o destino dos hospitais psiquiátricos é considerada uma das principais dificuldades do processo de desinstitucionalização. Sem a decisão do fechamento definitivo dos hospitais a saída de todos os pacientes é apenas uma opção e muitos permanecem hospitalizados³¹.

No Brasil, se observa uma redução de leitos psiquiátricos intensa sem uma implantação significativa de leitos em hospital geral para as crises ou de dispositivos residenciais de longo termo. Ao mesmo tempo, não existe uma definição taxativa do Ministério da Saúde sobre a prescindibilidade definitiva dos hospitais psiquiátricos da composição de dispositivos que compõem a rede de atenção de saúde mental brasileira.

Os resultados obtidos neste estudo parecem indicar a possibilidade de pacientes idosos oriun-

dos de longa internação em hospital psiquiátrico viverem em dispositivos residenciais comunitários supervisionados por equipes de acompanhamento clínico. Entretanto, a modelagem prescrita pelo Ministério da Saúde para os serviços residenciais terapêuticos restringe-se à estrutura física e à composição mínima da equipe vinculada a cada serviço. Pode-se supor que existe grande variabilidade na implantação dos programas residenciais em cada município. O próprio desenho organizacional no formato de vila confere ao

caso estudado uma peculiaridade pouco usual na experiência brasileira com residências terapêuticas. Cabe especular que esta modelagem pode realçar algumas características institucionais indesejáveis para outras populações de usuários. Tal fato dificulta a generalização e a comparabilidade dos resultados da presente pesquisa. Além disso, a ausência de avaliação da sintomatologia psiquiátrica e a utilização dos diagnósticos psiquiátricos que constavam nos prontuários devem ser consideradas como limitações do estudo.

Colaboradores

PRF Silva, MCA Carvalho e MT Cavalcanti participaram em todas as etapas do artigo. RC Echebarrena, AS Mello, CM Dahl, DB Lima e FM Souza participaram na pesquisa e redação final.

Agradecimentos

Agradecemos ao Professor Evandro da Silva Freire Coutinho do Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz pela importante contribuição na análise dos dados. Agradecemos a Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro pelo financiamento da pesquisa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 30 dez.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. *Diário Oficial da União* 2000; 14 fev.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos sejam definidos em tipo I e II. *Diário Oficial da União* 2011; 24 dez.
4. Abelha L, Muñoz MD, Gonçalves S, Fagundes P, Barbosa DR, Legay LF, Lovisi G. Avaliação do comportamento social, sintomas psiquiátricos e autonomia em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Rev. Psiq. Clín.* 2006; 33(1):10-17.
5. Fleck MPA, Wagner L, Wagner M, Dias M. Pacientes de longa permanência em um hospital psiquiátrico no sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41(1):124-130.
6. Barros S, Bichaff R, organizadores. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Fundap, Secretaria da Saúde; 2008.
7. Thornicroft G, Tansella M. Quais São os Argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 2008; 3(1):9-25.
8. Shergill S, Stone B, Livingston G. Closure of an asylum: The Friern study of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12(1):119-123.
9. Schiff R, Schiff JW, Schneider B. Housing for the Disabled Mentally Ill: Moving Beyond Homogeneity. *Can J Urban Res.* 2010; 19(2):108-128.
10. Barbato A, D'Avanzo B, Rocca G, Amatulli A, Lampugnani D. A study of long stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy. *Psychiatric Services* 2004; 55(1):67-70.

11. Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from a psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000; 176:217-223.
12. Thornicroft G, Tansella M. The Implications of Epidemiology for Service Planning in Schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, Os JV, Cannon M, editors. *The Epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
13. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Bandeira MB. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2007; 29(3):294-304.
14. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men: A "Critical Time" Intervention after Discharge from a Shelter. *Am J Public Health* 1997; 87(2):256-262.
15. Tomita A, Herman DB. The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization after Hospital Discharge. *Psychiatr Services* 2012; 63(9):935-937.
16. Valencia E, Susser E, Torres J, Conover S. Critical Time Intervention for homeless mentally ill individuals in transition from shelter to community living. In: Breakey W, Thompson J, editors. *Mentally Ill and Homeless: Special Programs for Special Needs*. Amsterdam: Harwood Academic; 1997. p. 75-94.
17. Souza FM, Carvalho MCA, Valencia E, Silva TFC, Dahl CM, Cavalcanti MT. Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição (*Critical Time Intervention*) para o contexto brasileiro em centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.* 2012; 20(4):427-435.
18. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101(4):323-329.
19. Brissos, S, Palhavã F, Marques JG, Mexia S, Carmo AL, Carvalho M, Dias C, Franco JD, Mendes R, Zuzarte P, Carita AI, Molodynski A, Figueira ML. The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47(7):1077-1086.
20. Ware Junior J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *MedCare* 1996; 34(3):220-233.
21. Camelier AA. *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: Estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.
22. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental State: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatric Res* 1975; 12(3):189-198.
23. Caramelli P, Herrera E Junior, Nitrini R. The Mini-Mental Examination and the diagnosis of dementia in illiterate elderly. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(Supl. 1):S7.
24. O'Malley L, Croucher K. Supported housing services for people with mental health problems: evidence of good practice? In: HSA Conference "Housing and Support"; 2003; New York. p. 1-30.
25. Furlan PM, Zuffranieri M, Stanga F, Ostacoli L, Patta J, Picci RL. Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's Psychiatric hospitals. *Psychiatric Services* 2009; 60(9):1198-1202.
26. Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
27. Nelson G, Aubry T, Hutchison J. Housing and Mental Health. In: Stone JH, Blouin M, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. 2010. [acessado 2015 fev 14]. Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/article.php?id=132&language=en>
28. Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(46):635-647.
29. Girolamo G, Bassi M. Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. *Curr Opin Psychiatry* 2004; 17(4):275-281.
30. World Health Organization (WHO). *Regional Office for Europe. Policies and Practices for Mental Health in Europe*. Copenhagen: WHO; 2008.
31. Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(2):83-91.

Artigo apresentada em 15/04/2015

Aprovado em 10/02/2016

Versão final apresentada em 12/02/2016