

# Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados

*Evaluation of independent living skills and social behavior of patients discharged from psychiatric hospitals*

Carlos Eduardo Leal Vidal<sup>1</sup>, Eliane Costa Dias Macedo Gontijo<sup>2</sup>, Marina Bittencourt Bandeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psiquiatra, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG. Mestre. Professor assistente, Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG. <sup>2</sup> Médica. Doutora em Medicina Tropical. Professora associada, Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. <sup>3</sup> Psicóloga. Pós-Doutorado em Psicologia, Université de Montreal, Montreal, Canadá. Professora associada, Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental, Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, MG.

Este trabalho foi realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

## Resumo

**Introdução:** Este estudo teve como objetivo avaliar o comportamento social e as habilidades de vida independente de um grupo de pacientes psiquiátricos antes de sua saída do hospital e 2 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* e *Social Behavior Scale*.

**Resultados:** A maioria dos pacientes era do sexo masculino (58,7%), com médias de idade e tempo de internação iguais a 57,5±11,8 anos e 29,8±10,2 anos; 54,6% tinham diagnóstico de esquizofrenia; 25,3%, de deficiência mental; e 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 idade, tempo de internação e 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 2 anos, de acordo com os escores de evolução medidos pelas duas escalas.

**Descritores:** Desinstitucionalização, comportamento social, atividades cotidianas.

## Abstract

**Objective:** This study aimed at assessing social behavior and independent living skills in a sample of psychiatric patients before their discharge from a mental hospital and after 2 years living in community facilities.

**Method:** A cross-sectional study was carried out in two stages using the Independent Living Skills Survey and the Social Behavior Scale.

**Results:** Most patients were male (58.7%). Mean age and hospitalization time were 57.5±11.8 and 29.8±10.2 years, respectively; 54.6% were schizophrenic, 25.3% had mental retardation and the remainder had different diagnoses. There was significant improvement in patients' social behavior and level of autonomy ( $p < 0.05$ ), as evidenced by comparison of their scores in stages 1 and 2. Hospitalization time, age and baseline score were the variables with the most consistent association with evolution scores.

**Discussion:** Patients' impairments in social role functioning and autonomy levels before their discharge from a mental health hospital were not incompatible with living in society. Patients showed great improvement in social behavior and level of autonomy after 2 years, defined by evolution scores measured by both scales.

**Keywords:** Deinstitutionalization, social behavior, activities of daily living.

---

### Correspondência:

Carlos Eduardo Leal Vidal, Rua Professor Vasconcelos, 467, Bairro Andorinhas, CEP 36205-238, Barbacena, MG. Tel.: (32) 3331.4106, (32) 9983.5384. E-mail: celv@uol.com.br.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS

Recebido em 12/07/2007. Aceito em 24/09/2007.

## 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 dificuldades dos pacientes na realização das atividades cotidianas e nas relações sociais<sup>1-3</sup>. Nesse contexto, o objetivo do tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais graves na comunidade considera não apenas a redução de sintomas, mas enfatiza também a melhora no funcionamento social e no desempenho de papéis<sup>4</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>5</sup> tem recomendado uma avaliação permanente e periódica dos serviços e programas de saúde mental, de forma integrativa, incluindo, para isso, a perspectiva dos profissionais, dos familiares e dos pacientes<sup>6</sup>. 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<sup>5</sup>.

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 comparação 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<sup>6,7</sup>.

No Brasil, já foram validadas as escalas da OMS de avaliação da satisfação dos usuários<sup>8</sup> e familiares<sup>9</sup> com os serviços de saúde mental e as escalas de avaliação da satisfação e da sobrecarga dos profissionais nos referidos serviços<sup>6,7</sup>. Foram ainda validadas, para o contexto brasileiro, uma escala de sobrecarga dos familiares nos cuidados aos pacientes psiquiátricos<sup>10</sup>, uma escala de avaliação do comportamento social<sup>1</sup>, o inventário de habilidades de vida independente<sup>11,12</sup> e a

escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia<sup>13</sup>.

Nesse contexto, alguns trabalhos já foram desenvolvidos sobre a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos<sup>13-16</sup>, seu nível de funcionamento cotidiano, seu grau de satisfação com os serviços<sup>17</sup> e as limitações observadas no seu comportamento social e nível de autonomia para as habilidades de vida independente<sup>2,18,19</sup>. Esses estudos contribuem para o planejamento das ações necessárias à reinserção dos pacientes na comunidade<sup>1,2,11,18</sup>. 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 (RT) 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.

## Método

### Tipo de estudo

Trata-se de uma coorte não-comparada, onde se avaliou as habilidades de vida independente e o comportamento social de amostra de pacientes psiquiátricos antes da saída do hospital e 2 anos depois da sua transferência para as RT.

### 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 1.000 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, 1 mês antes de sua alta e transferência para as RT. 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, ocorrido no final do ano de 2003, teve os pacientes transferidos para outros hospitais ou para as RT. 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 nº 52, de janeiro de 2004<sup>20</sup>. A segunda etapa do estudo foi realizada nas RT, que são casas inseridas na comunidade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência.

### Amostra

A amostra incluiu 75 pacientes crônicos, sendo 30 (40%) do Sanatório Barbacena e 45 (60%) do CHPB, e foi 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. Uma vez definido o número de residências que seriam formadas (20 RT), foi realizado um levantamento das condições clínicas e psiquiátricas dos pacientes com longos períodos de internação, investigando-se também a existência de vinculação familiar e a situação previdenciária dos mesmos. Como era uma proposta nova e não havia uma definição exata do perfil de um paciente candidato para as RT, optou-se por selecionar aqueles com maior grau de independência e que apresentassem estabilidade no quadro psiquiátrico. O número de sujeitos entrevistados na presente pesquisa ficou limitado a 75, 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 (Classificação Internacional de Doenças – CID-10) e 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<sup>21,22</sup>.

### Instrumentos de avaliação

Utilizaram-se dois instrumentos de medida validados para o Brasil, conforme descrito a seguir.

#### *Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS)*

Essa escala foi adaptada e validada para o Brasil por Lima et al.<sup>12</sup> e Bandeira et al.<sup>11</sup> a partir da escala original *Independent Living Skills Survey*, elaborada por Wallace em 1986<sup>23</sup>. Possui 86 itens que avaliam a autonomia de pacientes crônicos em nove áreas da

vida cotidiana, em termos da frequência com que eles apresentam as habilidades básicas para funcionar de forma independente na comunidade. Essas 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<sup>11,12</sup>.

#### *Escala de Avaliação do Comportamento Social (SBS)*

Essa escala é a versão brasileira validada por Lima<sup>1</sup>, a partir da escala original *Social Behavior Schedule*, elaborada por Wykes & Sturt<sup>24</sup>. 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 et al., em 1982<sup>25</sup>: 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<sup>1</sup>.

### 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 o comportamento do paciente. Essas informações se referem ao comportamento dos pacientes no mês anterior à entrevista. Na primeira etapa da pesquisa, as escalas foram aplicadas por dois psicólogos 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 RT.

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<sup>1,12</sup>.

### **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 desses 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.

### **Considerações éticas**

Esta pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética em pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e da Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento informado antes de responder aos questionários.

## **Resultados**

### **Perfil dos pacientes participantes**

Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (58,7%), com a idade variando de 31 a 88 anos, média de 57,5 anos e desvio padrão (DP) de 11,8. O tempo de internação variou de 2 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. Na primeira fase do estudo, a dose diária equivalente de clorpromazina utilizada pelos pacientes internados variou de 25 mg/dia a 1.050 mg/dia, com mediana de 75 mg. Um paciente estava em uso de antipsicótico atípico, e 24 (32%) não faziam uso de antipsicóticos. Nas RT, a dose diária de clorpromazina variou de 25 a 750 mg, com mediana de 75. Dois pacientes usavam antipsicóticos atípicos. O número de pacientes que não usava medicação permaneceu inalterado. Não foi observada associação entre o uso de antipsicóticos e os escores da SBS e ILSS, considerando-se todos os pacientes e cada categoria diagnóstica.

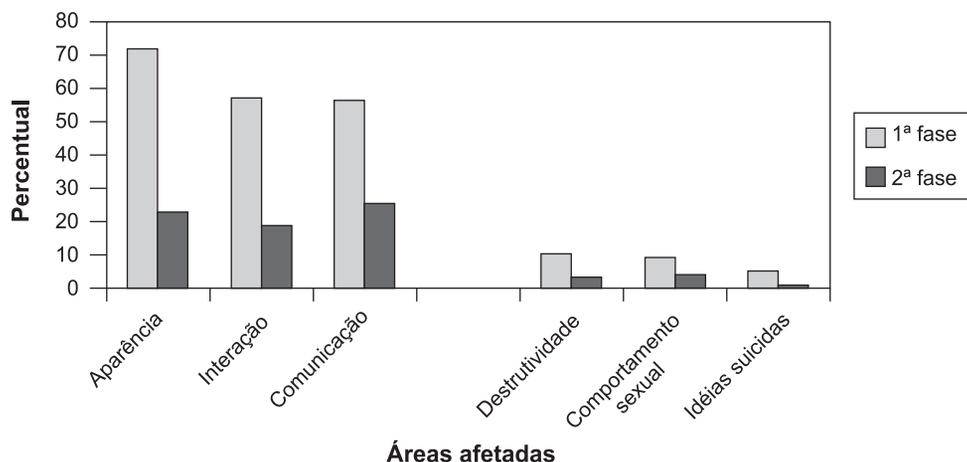
### **Comportamento social**

A Figura 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 ( $p < 0,05$ ).

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.

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. Esse resultado foi obtido tanto na escala global quanto em relação às subescalas comportamento embaraçoso,



**Figura 1** - Percentual de pacientes que apresentaram problemas de comportamento nas áreas mais e menos afetadas avaliadas pela SBS, nas duas fases do estudo

**Tabela 1** - Mediana do escore global e das categorias da *Social Behavior Scale* 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.

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.

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 essa categoria.

A inclusão do escore inicial do comportamento social como variável explicativa, no modelo de regressão, aumentou significativamente o coeficiente de determinação (R<sup>2</sup>) na escala global e em todas as subescalas. Com essa 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.

**Tabela 2** - Variáveis do modelo final de regressão linear para os escores da *Social Behavior Scale*

Variáveis do modelo final para escala global e subescalas	p	R <sup>2</sup> (%)	IC95% 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)
Comportamento 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)
Comportamento social inaceitável			
Tempo de internação	0,01	15,6	(-0,41; -0,38)

IC95% = intervalo de confiança de 95%; R<sup>2</sup> = coeficiente de determinação.

### Habilidades de vida independente

Com relação ao grau de autonomia na primeira 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 *Independent Living Skills Survey* 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 nessa fase, referentes às habilidades

de preparo de alimentos e 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 nesse 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 R<sup>2</sup>. 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 *Independent Living Skills Survey*, incluindo o escore da 1ª fase

Variáveis do modelo final para escala global e subescalas	p	R <sup>2</sup> (%)	IC 95% para β
Escala global			
Idade	0,01	10,4	(-0,37; -0,33)
Tempo de internação	0,01		(0,31; 0,35)
Subescalas			
Alimentação			
Escore na 1ª fase	0,00		(-0,84; -0,64)
Tempo de internação	0,00		(0,16; 0,20)
Sexo feminino	0,02	63,5	(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 na 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 na 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 na 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)

R<sup>2</sup> = coeficiente de determinação.

A análise multivariada mostrou que o grau de evolução da autonomia dos pacientes, antes e depois da desospitalização, correlacionou-se com o tempo de internação, o diagnóstico, a idade e o sexo. O tempo de internação esteve associado, de forma positiva, com os escores de evolução global e das subescalas referentes a 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 a 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.

O coeficiente de correlação dos escores entre as escalas ILSS e SBS na primeira fase foi de 0,44 ( $p = 0,01$ ), e na segunda fase, de 0,62 ( $p = 0,01$ ).

## 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<sup>2,19,26</sup> 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<sup>19</sup>.

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 à independência do paciente nessas áreas.

Depois de 2 anos vivendo na comunidade, os pacientes apresentaram melhora significativa na pontuação de quase todas as subescalas da ILSS que foram avaliadas nessa 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. Esse 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. Esses resultados indicam, portanto, que independentemente do tempo de internação, as melhoras mais acentuadas estavam associadas aos piores desempenhos iniciais nas duas escalas.

No projeto *Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS)*<sup>27,28</sup>, 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 subescore 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 graves, 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 4 anos de seguimento<sup>29</sup>.

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. Essas 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.<sup>30</sup> 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 1 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<sup>31</sup>. O treinamento da competência social tem sido eficaz para ajudar esses pacientes a adquirir e manter as habilidades necessárias à sua reinserção social<sup>3</sup>.

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<sup>32,33</sup> e, no caso de pacientes desospitalizados, o isolamento imposto pelo longo período de hospitalização<sup>34</sup>. Devido à cronicidade do quadro, as mudanças no comportamento e a aquisição de habilidades pelos pacientes nem sempre são expressivas<sup>35,36</sup>.

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. Esses resultados estão de acordo com os obtidos por Ryu et al.<sup>37</sup> Depois de 2 anos de seguimento de pacientes desospitalizados, esses 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 & Leff<sup>38</sup> também não observaram relação entre essas variáveis, depois de acompanhar um grupo de pacientes esquizofrênicos por 2 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<sup>39</sup>. Ambientes menos restritivos e com mais privacidade proporcionam melhores oportunidades para um ritmo normal de vida e facilitam o processo de reinserção social<sup>40</sup>.

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<sup>40,41</sup>. Pacientes que têm mais acesso a serviços comunitários apresentam mais possibilidades de realizar interações sociais e de aprender o que é prático<sup>42</sup>. 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<sup>40</sup>.

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 RT. 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 2 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.

## Conclusão

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. A falta de um grupo de comparação, constituído por pacientes que permaneceram hospitalizados, representa outra limitação. Entretanto, por razões éticas, não seria admissível manter um grupo de comparação hospitalizado com pacientes que estariam aptos para a desospitalização, com o objetivo de controlar essa variável.

Apesar dessas 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 diversas localidades e com diferentes delineamentos, precisam ser desenvolvidos, a fim de investigar o impacto da desospitalização na reinserção social dos pacientes psiquiátricos.

A contribuição particular deste estudo consistiu em avaliar o desempenho de pacientes psiquiátricos, antes e depois de sua desospitalização e transferência para RT, 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 RT 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 RT, durante a realização da pesquisa, permitiu ainda o acesso a informações adicionais valiosas a respeito da melhora dos pacientes, que complementam os dados obtidos

pelos escalas. Constatou-se que os pacientes apresentaram uma ampla gama de desempenhos, desenvolvidos nesses 2 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 RT 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, mostrou-se 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 RT 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<sup>43</sup>.

## Referências

1. Lima LA, Gonçalves S, Lovisi G, Pereira BB. Validação transcultural da escala de avaliação de limitações no comportamento social - SBS-BR. *Rev Psiquiatr Clin.* 2003;30:126-38.
2. Dias MTG, Reverbel CMF, Cruz RAC, Frichembruder SC, Ramminger T, Wagner L. Seguimento e avaliação da reforma psiquiátrica no hospital São Pedro. In: Ferla AA, Fagundes SMS, eds. *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: Dacasa; 2002. p. 111-31.
3. Bandeira M. Competência social de psicóticos: parâmetros do treinamento para programas de reabilitação psicossocial - parte I. *J Bras Psiquiatr.* 1999;48:95-9.
4. Drake RE, Green AI, Mueser KT, Goldman HH. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 2003;39(5):427-40.
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
6. Bandeira M, Pitta AM, Mercier C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *J Bras Psiquiatr.* 1999;48:233-44.
7. Bandeira M, Pitta AM, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipes técnica em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 2000;49:105-15.
8. Bandeira M, Pitta AM, Mercier C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *J Bras Psiquiatr.* 2000;49:293-300.
9. Bandeira M, Mercier C, Perreault M, Liberio M, Pitta AM. Escala de avaliação da satisfação dos familiares em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 2002;51:153-66.
10. Bandeira M., Calzavara MGP, Varella AAB. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(3):206-14.
11. Bandeira M, Lima LA, Gonçalves S. Qualidades psicométricas da escala de habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR): fidedignidade teste-reteste. *Rev Psiquiatr*

- Clin. 2003;30:121-5.
12. Lima LA, Bandeira M, Gonçalves S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). *J Bras Psiquiatr.* 2003;52:143-58.
  13. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Fonseca IK, Fonseca JOP. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. *J Bras Psiquiatr.* 2003;52:211-22.
  14. Souza LA, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:50-8.
  15. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad Saude Publica.* 2006;22:1303-14.
  16. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MN, Fonseca JO. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad Saude Publica.* 2005;21(5):1338-40.
  17. Jaegger RC, Guitton AP, Lyrio JML, Santos MM, Freitas RCO, Gonçalves SR, et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cad Saude Colet.* 2004;12:27-39.
  18. Gonçalves S, Fagundes P, Lovisi G, Lima LA. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6:105-13.
  19. Abelha L, Muñoz MD, Gonçalves S, Fagundes P, Barbosa DR, Legay LF, et al. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33:10-7.
  20. Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
  21. Foster P. Neuroleptic equivalence. *Pharm J.* 1989;290:431-2.
  22. Wilkie A, Preston N, Wesby R. High dose neuroleptics: who gives them and why? *Psychiatr Bull.* 2001;25:179-83.
  23. Wallace CJ. Functional assessment in rehabilitation. *Schizophr Bull.* 1986;12:604-30.
  24. Wykes T, Sturt E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *Br J Psychiatry.* 1986;148:1-11.
  25. 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.* Cambridge: Cambridge University; 1982.
  26. Fleck MP, Wagner L, Wagner M, Dias M. Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2007;41:124-30.
  27. Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. The TAPS project: a report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatr Bull.* 2000;24:165-8.
  28. Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry.* 2000;176:217-23.
  29. Trieman N, Leff J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. *Br J Psychiatry.* 2002;181:428-32.
  30. Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W. Do long-term hospitalised patients benefit from discharged into the community? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:387-92.
  31. Palmer BW, Heaton RK, Gladsjo JA, Evans JD, Patterson TL, Golshan S, et al. Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation, and driving. *Schizophr Res.* 2002;55:205-15.
  32. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry.* 1996;153:321-30.
  33. Dickerson F, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. *Schizophr Res.* 1999;37:13-20.
  34. Trauer T. Symptom severity and personal functioning among patients with schizophrenia discharged from long-term hospital care into the community. *Community Ment Health J.* 2001;37:145-55.
  35. Donnelly M, McGilloway S, Mays N, Knapp M, Kavanagh S, Beecham J, et al. Leaving hospital: one and two-year outcomes of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *J Mental Health Adm.* 1996;5:245-55.
  36. Trauer T, Farhall J, Newton R, Cheung P. From long-stay psychiatric hospital to community care unit: evaluation at 1 year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:416-9.
  37. Ryu Y, Mizuno M, Sakuma K, Munakata S, Takebayashi T, Murakami M, et al. Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40:462-70.
  38. Szmidla A, Leff J. Differentiating the effects of pharmacological and psychosocial interventions in an intensive rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:734-7.
  39. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:301-15.
  40. Bandeira M, Lesage A, Morissette R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 1994;43(12):659-66.
  41. Bandeira M, Gelinás D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(12):627-40.
  42. Wong YL, Filoromo M, Tennille J. From principles to practice: a study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. *Adm Policy Ment Health.* 2006. Disponível em: <http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/1573-3289/>. Acessado Jun 2006.
  43. Vidal CEL, Vidal LM, Fassheber V. Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. *Cadernos IPUB.* 2006;12(22):155-61.