

PERSPECTIVAS ACTUAIS DO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA NA COMUNIDADE

J. M. CALDAS DE ALMEIDA, MIGUEL XAVIER

Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
Hospital de São Francisco Xavier. Lisboa

RESUMO

Os avanços registados nos últimos anos a nível das terapêuticas farmacológicas e psicossociais alteraram profundamente as perspectivas do tratamento da esquizofrenia na comunidade. Cada vez mais, os modelos de intervenção centrados no internamento hospitalar vão sendo substituídos por modelos integrados de cuidados na comunidade. Após abordarem os principais aspectos desta evolução a nível conceptual, os autores descrevem as diferentes intervenções terapêuticas actualmente disponíveis no tratamento da esquizofrenia na comunidade (terapêuticas farmacológicas, psicoterapias, intervenções familiares e psicossociais) e a sua efectividade. São igualmente discutidos os estudos que comparam os custos e a efectividade dos diferentes modelos de intervenção terapêutica, nomeadamente os que comparam os modelos comunitários com os modelos mais tradicionais. Finalmente, discutem-se as diferentes questões de carácter organizativo colocadas pelo desenvolvimento dos modelos baseados na comunidade e desenvolvem-se algumas reflexões sobre as perspectivas existentes no nosso país neste domínio.

SUMMARY

CURRENT PERSPECTIVES ON THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

The advances of pharmacological and psychosocial therapies in recent years have deeply changed the perspectives on the treatment of schizophrenia in the community. The hospital-centred models are progressively being replaced with comprehensive community care models. After discussing the main aspects of this evolution at a conceptual level, the authors describe the currently available therapeutic interventions of schizophrenia in the community (pharmacological therapies, psychotherapies, psychosocial and family interventions) and their effectiveness. The authors also discuss the cost-effectiveness studies on the different models of treatment, namely those comparing the community-centred models with the more traditional ones. Finally, the organisational problems of the implementation of community-centred models are discussed and the perspectives in this field in our country are considered.

INTRODUÇÃO

As pessoas que sofrem de esquizofrenia apresentam geralmente necessidades de cuidados muito diversificadas. Um mesmo doente pode exigir, por exemplo, avaliações psiquiátricas regulares, prescrição e monitorização de medicação, intervenções psicossociais a nível individual e familiar, programas ocupacionais, apoio residencial, formação profissional e apoio na procura de emprego.

Se se pretende que estes doentes tenham um mínimo de recaídas e se mantenham na comunidade com uma boa qualidade de vida, não podemos responder apenas a

uma parte das suas necessidades (por exemplo, as de medicação) e ignorar todas as outras. Por outro lado, é igualmente importante que este conjunto tão diversificado de intervenções seja desenvolvido de uma forma coordenada e continuada.

Como organizar o sistema de cuidados de modo a que se possa assegurar uma resposta eficiente às diferentes necessidades dos doentes esquizofrénicos é uma questão que tem suscitado um interesse crescente nos últimos anos.

Há poucas décadas atrás, quando os instrumentos terapêuticos eficazes eram limitados, esta questão não se

colocava. Para uma boa parte dos doentes esquizofrénicos, a institucionalização prolongada no hospital psiquiátrico era um destino inevitável e esta instituição assumia a inteira responsabilidade dos cuidados (possíveis) a estes doentes. Desde então, porém, muita coisa mudou, graças em boa parte aos progressos registados a nível das terapêuticas farmacológicas e psicossociais. O internamento passou a limitar-se cada vez mais a períodos de descompensação aguda e a transferir-se do hospital psiquiátrico para o hospital geral.

Ao mesmo tempo, as possibilidades de assegurar a manutenção dos doentes na comunidade e de promover a sua integração social e profissional aumentaram significativamente com o desenvolvimento de novas abordagens – por exemplo, intervenções psico-educacionais, programas de treino de competências sociais, programas de apoio residencial, etc. Dispomos, assim, no momento actual, de meios de intervenção de eficácia comprovada, que nos podem ajudar muito não só no controlo dos sintomas produtivos da esquizofrenia, como também na superação das incapacidades frequentemente apresentadas pelos doentes esquizofrénicos em consequência dos sintomas negativos (às vezes em associação com sintomas produtivos e características de personalidade).

Infelizmente, nem sempre os doentes esquizofrénicos beneficiam plenamente das possibilidades actuais de intervenção. E isto sucede não só por falta de recursos, mas também, frequentemente, por um deficiente aproveitamento e uma insuficiente coordenação dos recursos existentes, o que coloca, de novo, a questão de como organizar um sistema de cuidados para doentes esquizofrénicos.

A reflexão sobre as experiências desenvolvidas nas últimas décadas demonstra-nos duas coisas. Em primeiro lugar, que não basta diminuir o internamento hospitalar e desinstitucionalizar os doentes internados para termos cuidados de boa qualidade. A desinstitucionalização, quando não acompanhada da criação de alternativas efectivas, mais não faz do que substituir um sistema ineficaz por outro tão ou mais ineficaz que o primeiro¹. Em segundo lugar, que também não é mantendo o sistema tradicional de cuidados centrado no hospital (seja ele o hospital psiquiátrico ou o hospital geral), com internamento e consulta externa, que se poderão encontrar respostas actuais e efectivas para a maioria das pessoas com esquizofrenia. Com efeito, os serviços com estas características muito dificilmente conseguem assegurar o conjunto de intervenções destinadas às necessidades na área psicossocial. Além disso, têm geralmente grande dificuldade em adoptar o estilo de intervenção activa e flexível que é indispensável para garantir o contacto com os doentes ao longo do tempo. Como demonstra a investigação^{2,3}, a taxa de *drop-outs* de doentes esquizofrénicos nas consultas externas dos serviços hospitalares é muito elevada e estes serviços habitualmente não retomam o contacto com os doentes que deixaram de comparecer às consultas.

Ou seja, os serviços que concentram os seus recursos no internamento e organizam os cuidados de acordo com

a lógica hospitalar tradicional, por um lado, não identificam muitos dos doentes existentes na comunidade (que ficam, assim, sem tratamento) e não asseguram um contacto continuado e activo com aqueles que estiveram internados. Por outro lado, deixam frequentemente sem resposta as necessidades de apoio psicossocial. Resultado: muitos doentes entram num ciclo interminável de recaídas (com consequentes internamentos repetidos), por apoios psicossociais insuficientes e/ou abandono da medicação e das consultas.

O reconhecimento destes factos levou, nos últimos anos, a um interesse crescente pela avaliação e desenvolvimento de novos sistemas que possam assegurar cuidados diversificados, integrados e combinados aos doentes esquizofrénicos na comunidade.

Fundamentos e Avaliação de Programas Comunitários para Doentes Esquizofrénicos

O «PACT» – *Program in Assertive Community Treatment*, desenvolvido nos anos 70, nos Estados Unidos, por Stein e Test⁴, foi o primeiro programa comunitário integrado para doentes esquizofrénicos a ser extensivamente avaliado. Fundamentalmente, os seus princípios eram os seguintes:

- Um programa comunitário para doentes esquizofrénicos tem que ter meios para ajudar os doentes a resolver os seus diferentes problemas de ordem clínica e psicossocial – o que inclui desde a medicação ao emprego, passando pelo apoio residencial, se necessário.
- O clínico não pode ficar à espera que o doente vá ter consigo; frequentemente, tem que tomar uma atitude activa para manter um contacto continuado com o doente.
- Cada doente tem que ter um programa individualizado, com objectivos explícitos.
- Os diferentes cuidados devem ser coordenados de modo a assegurar a necessária continuidade – o *case management* constitui, assim, uma peça fundamental do sistema.
- O acesso ao sistema de cuidados tem que ser garantido 7 dias por semana, 24 h por dia.
- A reabilitação deverá ser feita o mais possível *in vivo* na comunidade. Os doentes devem adquirir as novas competências nos lugares onde as terão que aplicar.
- As equipas terapêuticas devem envolver nos cuidados o próprio doente, a sua família e os demais membros da Comunidade.

Através de um estudo controlado e aleatorizado, Stein e Test⁴ compararam a efectividade e os custos dos cuidados comunitários prestados durante um ano com a efectividade e os custos dos cuidados prestados por um sistema clássico (constituído por internamento no hospital geral, hospital de dia e consulta externa). Os resultados foram francamente favoráveis ao grupo experimental (programa comunitário); com efeito, este apresentou apenas 6% de admissões hospitalares, enquanto que o grupo de controlo apresentou 58%. O grupo experimental evidenciou também melhores resultados a nível clínico e social, a nível de satisfação e do emprego, além de ter tido custos inferiores aos do grupo de controlo.

Posteriormente, os custos e a efectividade de programas comunitários para doentes esquizofrénicos foram avaliados e comparados com os do sistema centrado no hospital num grande número de estudos^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}.

Os resultados destes estudos foram sobreponíveis aos alcançados pelo trabalho pioneiro de Stein e Test, demonstrando vantagens significativas dos sistemas comunitários integrados. Com efeito, todos os sistemas comunitários avaliados reduziram significativamente a média dos dias de internamento (cerca de 80 % de redução), todos apresentaram algumas vantagens nas variáveis de evolução clínica e social e todos mostraram níveis de satisfação dos doentes mais elevados que os grupos de controlo.

De sublinhar, como referem Craig e Pathare¹², que, em nenhuma variável deste conjunto tão relevante de estudos, os cuidados hospitalares revelam qualquer tendência significativa a seu favor. Parece, assim, legítimo concluir que, se considerarmos os doentes esquizofrénicos sem problemas orgânicos e de toxicodependência (a população incluída nos estudos citados), os sistemas integrados baseados na comunidade são os que evidenciam uma maior efectividade.

Relativamente aos custos, estes estudos demonstram que os sistemas comunitários não implicam custos mais elevados que o sistema hospitalar e, que, nalguns casos, têm mesmo vantagens económicas significativas^{6, 13}.

Isto mesmo foi confirmado num estudo recente realizado em Mannheim, no qual foram exaustivamente investigados os custos dos cuidados prestados na comunidade a 66 doentes esquizofrénicos que tinham tido alta de dois hospitais no ano anterior¹⁴. O custo médio dos cuidados na comunidade representou 43 % dos custos dos cuidados hospitalares, sendo os problemas sociais e de carácter residencial os que revelaram um maior valor predizente dos custos.

Uma questão que não encontra resposta nos estudos até agora referidos (dedicados fundamentalmente ao tratamento de doentes não institucionalizados) é a de se saber se é possível aplicar os princípios dos cuidados na comunidade àqueles doentes que se encontram há longos anos internados em hospitais psiquiátricos. No entanto, os estudos realizados no âmbito do projecto TAPS¹¹, dedicados à avaliação dos diferentes aspectos – clínicos, sociais, económicos, legais, etc. – do encerramento de dois hospitais psiquiátricos em Londres, vieram esclarecer amplamente esta questão. Com efeito, com base em metodologias de rigor indiscutível, estes estudos mostram que, cinco anos após a transferência dos doentes esquizofrénicos de longa evolução para a comunidade, se podem apurar os seguintes resultados:

- *Estado clínico:* alguns doentes apresentaram um aumento transitório de ansiedade no momento da transferência. No primeiro ano, os sintomas negativos diminuíram significativamente. À parte disso, ao fim de 5 anos, os sintomas psíquicos mantinham-se estáveis.
- *Vida social:* Ao fim de 5 anos, havia melhoria significativa da vida social dos doentes e mais de 80 % exprimiam satisfação por viverem na comunidade.

- *Outros aspectos:* não se verificaram aumentos significativos de suicídios e actos criminosos. O único resultado negativo foi o aumento do número de manifestações de imobilidade e incontinência ao fim de 5 anos, o que se poderá atribuir ao processo de envelhecimento normal, numa população já idosa na altura da transferência.
- *Custos:* entrando em consideração com todos os custos (incluindo os custos de capital dos novos dispositivos residenciais) os custos dos cuidados comunitários foram ligeiramente inferiores aos custos dos cuidados hospitalares até à transferência das últimas coortes de doentes (os mais dependentes). Esta tendência inverteu-se, passando os custos dos cuidados comunitários a ligeiramente superiores quando se teve que assegurar a criação de estruturas residenciais com elevado número de *staff*, para os doentes fisicamente mais incapacitados.

Alguns dos resultados do Projecto TAPS só muito recentemente começaram a ser divulgados, mas o seu impacto é já muito significativo. Para além dos avanços proporcionados a nível metodológico, este projecto veio transferir definitivamente a questão da desinstitucionalização psiquiátrica do plano ideológico para o plano científico, e veio demonstrar que, quando a desinstitucionalização é bem feita, os doentes (mesmo os esquizofrénicos que há longos anos vivem no hospital) passam a ter uma melhor vida social, um melhor estado clínico e maior satisfação. Isso exige, naturalmente, um planeamento cuidadoso de todo o processo de transferência e a criação de um conjunto de dispositivos residenciais na comunidade adaptados às diferentes necessidades dos doentes. Os custos do novo sistema são sensivelmente iguais aos do hospital, mas é preciso contar com algum suplemento financeiro para a fase de sobreposição dos dois sistemas.

A realização de um estudo europeu de avaliação dos cuidados comunitários a doentes esquizofrénicos – levado a cabo pelo «*European Research Group on Schizophrenia*», com a participação portuguesa da Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa – veio permitir comparar a efectividade de sistemas de cuidados de vários países. Os primeiros resultados^{15, 16} demonstram que, embora as necessidades de cuidados na área clínica se encontrem cobertas de uma forma muito significativa e homogénea nos diferentes serviços, a situação já é muito diferente no que diz respeito às necessidades na área psicossocial. Com efeito, em todos os países há necessidades não cobertas nesta área, sendo isso especialmente evidente nos países com menos recursos atribuídos ao desenvolvimento de dispositivos na comunidade (centros de dia, residências, programas de reabilitação). Além disso, o estudo demonstra que o factor que realmente discrimina a qualidade dos cuidados prestados é o da componente comunitária dos serviços e não o da componente hospitalar, encontrando-se uma relação estatisticamente significativa entre as menores proporções de necessidades não cobertas e a disponibilidade de cuidados na comunidade.

Como mostram os primeiros resultados de um outro estudo europeu, em fase de conclusão, a inexistência de serviços comunitários implica vários custos elevados não só para os doentes, como também para os seus familiares¹⁷. Com efeito, este estudo, que contou também com partici-

pação da Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da F.C.M.L., evidencia níveis elevados de sobrecarga objectiva e subjectiva nos familiares dos doentes esquizofrénicos e mostra que a inexistência de apoios adequados na comunidade é o factor que mais contribui para a sobrecarga objectiva nas famílias de doentes portugueses.

COMO ORGANIZAR UM PROGRAMA PARA DOENTES ESQUIZOFRÉNICOS NA COMUNIDADE?

O desenvolvimento de um programa integrado de cuidados para doentes esquizofrénicos na comunidade exige, primeiro que tudo, uma boa compreensão das bases teóricas da abordagem comunitária da esquizofrenia e um conhecimento profundo da investigação realizada neste domínio^{11, 18, 19}.

Além disso, é indispensável elaborar e implementar uma estratégia que tome em consideração as funções e as componentes de um sistema integrado de cuidados, as intervenções que importa utilizar e, finalmente, a estrutura organizacional a administrativa que sustenta o programa.

FUNÇÕES E COMPONENTES DE UM PROGRAMA

Um programa integrado de cuidados pode assumir configurações diversas, em função das características do local onde é desenvolvido. Idênticas funções podem ser asseguradas por dispositivos diferentes e através de procedimentos diversos. No entanto, há que garantir respostas para um conjunto básico de funções:

- Identificação de casos
- Avaliação das necessidades de cada caso
- Gestão de casos e prestação de cuidados comunitários
- Consulta e ligação com os Clínicos Gerais
- Atendimento permanente das situações de crise
- Programas de dia e de reabilitação psicossocial
- Internamento no hospital geral de situações de descompensação aguda
- Apoio residencial
- Formação e reinserção profissional

A identificação de casos e a avaliação de necessidades são, naturalmente, os primeiros passos de qualquer programa. A avaliação de necessidades pode hoje fazer-se através da aplicação de rotina de instrumentos especialmente desenhados para o efeito²⁰. O NCA - *Needs for Care Assessment*²¹ e o CAN - *Camberwell Assessment of Needs*²² - são dois instrumentos de fiabilidade comprovada e dos quais existem versões portuguesas^{23, 24}.

A gestão dos casos e a prestação dos diferentes cuidados na comunidade é a peça fundamental do programa. É geralmente assegurada por uma equipa multidisciplinar, que faz a identificação de casos, a avaliação de necessidades e o apoio clínico.

A intervenção na crise tem que ser assegurada de uma forma permanente, podendo haver uma estrutura especial para o efeito - uma equipa de intervenção domiciliária ou com base numa casa na comunidade, com algumas camas - ou ser a própria equipa comunitária que se ocupa destas funções.

Embora pouco frequentes, os internamentos hospitalares curtos podem ser necessários em situações de descompensação aguda muito graves. Para isso, o programa deverá contar com a possibilidade de utilização de camas no hospital geral, sendo essencial que seja a equipa comunitária a controlar e gerir a utilização dessas camas¹⁹.

O número de camas necessárias para internamento é difícil de estabelecer de uma forma abstracta, dependendo muito dos recursos disponíveis a outros níveis. Com efeito, quando existem intervenções bem estruturadas a nível de serviços de crise e de programas de dia, muitas das situações de descompensação psicótica grave podem ser superadas sem recurso ao internamento²⁵. Do mesmo modo, o número e a diversidade de apoios residenciais - residências comunitárias, apartamentos protegidos - têm uma influência importante na utilização do internamento hospitalar.

De qualquer modo, um número mínimo de camas hospitalares (cerca de 0,1 por 1000 habitantes), estruturas residenciais mais ou menos protegidas na comunidade e centros de dia, com actividades programadas de carácter ocupacional e reabilitador, são componentes obrigatórias de um programa integrado de cuidados.

As actividades de reabilitação têm que estar bem articuladas com as intervenções terapêuticas e o mais possível implantadas na comunidade onde as pessoas vivem. Programas específicos, por exemplo, de treino das competências sociais ou de formação profissional, têm que ser desenvolvidos de uma forma estruturada. Numa primeira fase, podem realizar-se em ambiente institucional - por exemplo, centro de dia ou de emprego protegido - mas devem incluir sempre uma fase de treino na comunidade. A importância do emprego é decisiva para muitos doentes. Quando devidamente reabilitados, um número razoável pode ser integrado no mercado normal de trabalho. Para alguns, porém, será necessário assegurar regimes mais flexíveis de trabalho, desempenhando as empresas sociais e as cooperativas um papel decisivo na resposta às necessidades destes doentes.

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

a) Medicação e intervenções psico-educacionais

A medicação é uma componente fundamental do tratamento da maioria dos doentes esquizofrénicos. A disponibilidade de neurolépticos *depot* e o aparecimento recente de várias moléculas mais eficazes no controlo da sintomatologia negativa e com menos efeitos secundários vieram abrir novas perspectivas terapêuticas para muitos doentes. É importante que a equipa comunitária tome em consideração as regras de boa prática na prescrição de medicamentos, assegurando a monitorização dos efeitos secundários e a revisão periódica da medica-

ção. As intervenções psico-educacionais, destinadas a aumentar os conhecimentos dos doentes e familiares sobre a doença e os tratamentos disponíveis, constituem um complemento indispensável da medicação, aumentando significativamente os níveis de adesão à terapêutica prescrita¹⁹.

b) Intervenções Psicossociais

Intervenções focalizadas no indivíduo

A grande maioria das abordagens pode dividir-se, ainda que um tanto artificialmente, dada a dificuldade de delimitação dos efeitos de cada uma das técnicas, em dois grandes grupos: intervenções psicoterapêuticas (de diversas orientações) e treino de aptidões sociais.

Estão descritos vários modelos e métodos psicoterapêuticos com aplicação na esquizofrenia, mas iremos restringir-nos, em termos de descrição, aos estudos que foram executados a partir de metodologias controladas. Ainda assim, é de referir a dificuldade suplementar que apresenta a avaliação dos métodos psicoterapêuticos de um modo geral, e particularmente no que concerne à sua utilização na esquizofrenia, o que deve colocar sempre algumas reservas na análise crítica dos resultados.

No que respeita à psicoterapia psicodinâmica individual estruturada, estão referidos quatro estudos controlados^{26, 27, 28, 29}, dos quais apenas o último demonstrou algum benefício, embora nunca tivesse sido replicado posteriormente. Este facto, associado aos resultados igualmente reduzidos obtidos em estudos não-controlados³⁰, não tem permitido considerar este modelo de abordagem como consensual no tratamento da esquizofrenia, apesar de continuar a ser efectuado por diversos terapeutas³¹. A psicoterapia de suporte de orientação dinâmica tem sido preconizada por vários autores e largamente utilizada em diferentes *settings*³², sendo na grande maioria das situações orientada para a criação de um ambiente securizante, que permita o reforço das capacidades de comunicação e coping do doente. Este modelo já foi avaliado em ensaios controlados, com resultados encorajadores³³.

As abordagens cognitivas e cognitivo-comportamentais têm sido utilizadas nas últimas duas décadas com aplicação a diversos níveis, que vão desde a redução da sintomatologia produtiva em indivíduos resistentes aos neurolépticos^{34, 35, 36} à aquisição de estratégias de coping relativamente às experiências delirantes³⁷, tendo esta última intervenção alcançado resultados sempre superiores aos controlos. Bentall desenvolveu um método baseado na reatribuição interna das alucinações auditivo-verbais, tendo conseguido uma redução significativa da frequência e angústia alucinatória em aproximadamente 50 % dos casos³⁸.

Para além das intervenções psicoterapêuticas, têm sido amplamente utilizadas na esquizofrenia várias técnicas descritas genericamente sob a designação de Treino de Competências Sociais (*Social Skills Training*)³⁹. As áreas abordadas incluem o reforço das capacidades de comunicação, de participação em actividades grupais estruturadas, de gerir adequadamente a toma dos medica-

mentos, etc.⁴⁰. Estão publicados seis estudos controlados, que apresentam resultados uniformemente positivos nos indicadores usados (gravidade da psicopatologia e taxa de recaída) nos *follow-up* a 6 e 12 meses, o que parece indicar alguma estabilidade temporal no modelo utilizado⁴¹. Num destes estudos, em que foram comparados treino de competências, intervenção familiar psico-educacional e medicação isolada, o benefício estava mantido ao fim de 21 meses⁴².

Apesar de resultados encorajadores, nenhuma destas intervenções se revelou eficaz isoladamente, o que tem levado ao aparecimento de abordagens integradas, em que são trabalhadas simultaneamente diversas áreas disfuncionais do doente. Brenner desenvolveu e tem vindo a aperfeiçoar um modelo de abordagem mista («Terapia Psicológica Integrada»), estruturado em cinco pontos-chave, que incluem técnicas de diferenciação cognitiva, perícias de comunicação, estratégias de coping/resolução de problemas e treino de competências sociais – os primeiros ensaios controlados indicam que este tipo de abordagem está associado a um *outcome* superior aos controlos (grupos de terapia de suporte), embora ainda não haja dados sobre a estabilidade temporal dos ganhos⁴³.

Hogarty elaborou um modelo faseado (*Personal Therapy*), com a duração proposta de três anos (está ainda em estudo), que combina técnicas psico-educacionais, estratégias de coping e reabilitação cognitiva. Após análise preliminar dos primeiros resultados, parece haver uma efectividade significativa comparativamente aos grupos de controlo (terapia de suporte e familiar psico-educacional, isoladamente)⁴⁴.

Uma análise crítica dos resultados das intervenções psicossociais/psicoterapêuticas demonstra que, apesar dos avanços que têm vindo a ser alcançados nos últimos vinte anos, persistem inúmeros problemas e insuficiências nos diversos modelos, ficando apenas a certeza de que no estado actual do conhecimento as abordagens integradas parecem ser mais eficazes que as intervenções de perfil único. Passos determinantes poderão ser dados através da resposta a questões fundamentais que se levantam actualmente neste campo clínico, tais como que critérios utilizar para atribuição de determinada abordagem a determinado doente, quais os tipos de metodologia e quais os indicadores mais apropriados para proceder a uma avaliação fiável do *outcome* das intervenções.

Intervenções focalizadas na família

Nas últimas duas décadas tem-se assistido a uma mudança assinalável na abordagem aos sistemas familiares de doentes com esquizofrenia, nomeadamente no que respeita à sua importância na manutenção do equilíbrio psicossocial do indivíduo doente. Três factores, emergentes dos processos de desinstitucionalização prevalentes nos países mais desenvolvidos (EUA e Europa Ocidental), estiveram provavelmente na base desta mudança. Em primeiro lugar, a evidência de que a expressão de afectos negativos, hipercriticismo e hostilidade por parte da família teria valor predizente na taxa

de recaída do doente⁴⁵, o que consubstanciaria posteriormente a conceptualização do modelo designado por «Emoções Expressas» (*Expressed Emotions*); em segundo lugar, a sobrecarga familiar (*family burden*) decorrente do contacto diário com o doente; finalmente, a insatisfação dos familiares não só com o tipo de prestação de cuidados, mas também com o próprio relacionamento com os técnicos de saúde mental.

Apesar da existência de vários métodos de intervenção familiar, é possível destacar determinados componentes comuns a quase todos eles⁴⁶:

- Implicação dos familiares como agentes terapêuticos efectivos
- Informação estruturada sobre as características da doença (quadro clínico, sinais de recaída)
- Modificação da comunicação intrafamiliar
- Treino sequencial para aquisição de estratégias de *coping*
- Integração da intervenção com a terapêutica farmacológica, numa perspectiva de *case management*.

Têm sido particularmente utilizados na esquizofrenia os modelos psicoeducacionais designados genericamente por *Behavioural Family Management*, havendo actualmente já um número considerável de dados fiáveis da avaliação nesta área, nomeadamente a nível de indicadores de *outcome* tais como taxa de recaída e qualidade de vida⁴⁷.

Os resultados dos estudos controlados (9 meses de intervenção e pelo menos dois anos de *follow-up*) demonstraram de forma inequívoca a efectividade deste tipo de abordagem^{42, 48, 49, 50}. Falloon⁴⁹ encontrou taxas cumulativas de recaída (2 anos) de 17% (com intervenção familiar) para 83% (controles), tendo os resultados sido parcialmente replicados posteriormente⁵¹. Verificou-se igualmente uma correlação particularmente significativa entre intervenção familiar e o aumento da *compliance* dos doentes relativamente ao cumprimento da medicação neuroléptica num estudo referência de meta-análise⁵². McFarlane encontrou também uma diminuição da taxa de recaída com a utilização de um modelo de multigrupo de famílias, verificando ainda que a efectividade era mais acentuada nos doentes com maior risco⁵³. Os estudos que avaliaram simultaneamente o *outcome* nos doentes e nas respectivas famílias evidenciaram também uma melhoria concomitante quer do doente quer dos níveis de sobrecarga familiar^{54, 55}. No que respeita aos efeitos a longo prazo das intervenções familiares, foram descritas taxas de recaída significativamente inferiores aos controles em avaliações feitas 5 e até 8 anos após a intervenção⁵⁶, o que é elucidativo quanto à estabilidade dos ganhos obtidos.

c) Programas de reabilitação

Uma componente importante da reabilitação – o treino das competências sociais – foi já referida no âmbito das intervenções psicossociais. Por essa razão, limitamo-nos a referir agora as duas outras componentes

igualmente importantes: os apoios residenciais e a formação e reinserção profissional.

Os apoios residenciais podem ser prestados em estruturas de diferentes tipos: residências com *staff* permanente, apartamentos apenas com supervisão periódica e residências de treino. As soluções encontradas podem assumir formas diversas, em função do grau de autonomia dos doentes a que se destinam.

A formação profissional e o apoio na procura de emprego são dimensões decisivas na reabilitação de muitos doentes. Para os que não podem ser integrados no mercado livre de trabalho, as empresas sociais são uma contribuição relevante a nível do emprego⁵⁷.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Para que possa atingir plenamente os seus objectivos, um programa comunitário tem que possuir um órgão de gestão com autonomia financeira e com controlo efectivo sobre todas as partes do sistema.

Igualmente importantes são a composição da equipa técnica e o seu regime de funcionamento. A equipa tem que ser multidisciplinar e dispor de um número significativo de técnicos habilitados a desenvolver trabalho na comunidade. Habitualmente, a enfermagem tem uma participação especialmente importante nas equipas. Cada doente é incluído na lista de um dos coordenadores de cuidados; a lista de cada um destes deve ter entre 10 a 40 doentes¹⁹. A equipa reúne pelo menos uma vez por dia, para troca de informações e planeamento de actividades. De certo modo, funciona como uma unidade de cuidados intensivos: com a particularidade de estes serem prestados na comunidade e se prolongarem normalmente por largos períodos.

CONCLUSÕES

Nas últimas décadas, tem-se vindo a verificar, a nível da saúde mental, uma transição progressiva do modelo de cuidados centrado no hospital para modelos integrados centrados na comunidade. A diminuição do número de camas dos hospitais psiquiátricos é bem demonstrativa desta evolução. Entre 1955 e 1991, este número passou de 560 000 para 100 000 nos Estados Unidos e de 155 000 para 59 000 no Reino Unido¹⁸. Em Portugal, entre 1970 e 1993, o número de camas de hospitais psiquiátricos públicos passou de 3984 para 2449⁵⁸.

A avaliação dos vários modelos estudados mostra que, para os doentes esquizofrénicos, bem como para todas as pessoas que sofrem de doenças mentais graves e prolongadas, a melhor forma de assegurar cuidados capazes de responder às suas diferentes necessidades passa pelo desenvolvimento de sistemas integrados de cuidados na comunidade.

A tendência verificada nos últimos anos para organizar os serviços de acordo com os resultados da investigação levou a que, em vários países, se registe um interesse crescente pelo desenvolvimento de serviços e programas para doentes esquizofrénicos baseados na comunidade.

Por exemplo, no Reino Unido, foram criadas nos últimos anos cerca de 500 equipas com esta orientação, ao mesmo tempo que quadruplicou o número de enfermeiros psiquiátricos comunitários e se multiplicaram os serviços de dia e as estruturas residenciais¹⁸.

A transição dos serviços tradicionais para serviços baseados na comunidade constitui, no entanto, um processo que coloca algumas exigências de carácter administrativo e técnico. Acima de tudo, exige um planeamento rigoroso, de modo a que se criem as alternativas necessárias com segurança e eficácia.

No actual sistema de saúde português, o desenvolvimento de serviços comunitários não é tarefa fácil. As direcções dos serviços gozam de reduzida autonomia e têm que enfrentar inúmeros constrangimentos burocráticos para promover a criação de dispositivos na comunidade. A composição habitual das equipas profissionais baseia-se no modelo hospitalar mais tradicional – médicos e enfermeiros para o internamento – sendo muito difícil convencer as administrações de que é necessário alterar esta composição e contratar outros técnicos. A avaliação permanente da qualidade dos cuidados, a elaboração de planos individuais de tratamento e a sua revisão periódica são princípios pouco enraizados na cultura das nossas instituições. O próprio regime de funcionamento dos serviços, muitas vezes praticamente reduzido a actividades durante a manhã, é pouco propício ao desenvolvimento de programas integrados na comunidade.

Todavia, apesar de todos estes constrangimentos, já se deram passos importantes no sentido do desenvolvimento de serviços comunitários no nosso país⁵⁸, e alguns serviços conseguiram progressos significativos no desenvolvimento de programas integrados na comunidade¹⁵. Comprova-se assim, que é possível um serviço de psiquiatria, no nosso país, basear a sua actividade assistencial em equipas comunitárias, responsáveis pelos cuidados prestados à população de uma determinada área; e que é possível pôr estas equipas a efectuar a maioria do seu trabalho nos Centros de Saúde, em colaboração com os Clínicos Gerais, em centros de dia, criados em colaboração com as autarquias, e nos próprios domicílios dos doentes⁵⁹.

Comprova-se, igualmente, que é possível desenvolver programas estruturados de reabilitação, organizar cursos de formação profissional com o apoio do IIEFP e criar empresas sociais para doentes psiquiátricos⁵⁷. As maiores dificuldades continuam a registar-se no apoio residencial, mas medidas já anunciadas sobre este problema permitem pensar que, num futuro próximo, elas possam ser superadas.

Importa, agora, promover uma maior divulgação das experiências já iniciadas entre nós, e, sobretudo, comparar os seus resultados com os dos serviços de base hospitalar. Se esta comparação demonstrar as vantagens que todos os estudos até agora realizados têm comprovado nos sistemas integrados na comunidade, e acreditando que, também em Portugal, se vá afirmando cada vez mais a tendência para organizar os serviços de acordo com a evidência científica, é legítimo esperar que as abordagens comunitárias da esquizofrenia suscitem um interesse crescente no nosso país.

BIBLIOGRAFIA

1. BACHRACH L: Lessons from the American experience in providing community-based services. In J. Left (Ed.) «Care in the Community: Illusion or Reality», pp. 21-36. John Wiley and Sons, Chichester 1997.
2. GOERING P, WASYLENKI D, LANCEE W: From hospital to community: six month and two year outcomes for 505 patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1984;172:667-73.
3. MELZER D, HALE A, MALIK S: Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. *British Medical Journal* 1991;303:1023-6.
4. STEIN L, TEST M: Alternative to mental hospital treatment I. Conceptual model, treatment programme and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1980;37:392-7.
5. FENTON F, TESSIER L, CONTANDRIOPOULOS A: A comparative trial of home and hospital treatment: financial costs. *Canadian Journal of Psychiatry* 1982;27:177-87.
6. HOULT J, REYNOLDS I, CHARBONNEAU-POWIS M: Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1983;17:160-7.
7. MUIJEN M, MARKS I, CONNOLLY J: Home-based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1992;304:749-54.
8. MERSON S, TYRER P, ONYETT S, LACK S, BRIKETT P, LYNCH S, JOHNSON T: Early interventions in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *The Lancet* 1992;339:1311-4.
9. MARKS I, CONNOLLY J, MUIJEN M: Home-based versus hospital based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1994;165:179-4.
10. BURNS B, SANTOS A: Assertive Community Treatment: an update of randomised trials. *Psychiatric Services* 1995;46:669-75.
11. LEFF J: The outcome for long-stay non-demented patients. In: J. Leff (Ed.) *Care in the Community: Illusion or Reality*, pp. 69-92. John Wiley and Sons, Chichester, 1997.
12. CRAIG T, PATHARE S: Assertive community treatment for the severe mentally ill in West Lambeth. *Advances in Psychiatric Treatment* 1997;3:111-8.
13. WEISBROD B, TEST M, STEIN L: Alternative to mental hospital treatment II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry* 1980;37:400-5.
14. SALIZE H, ROSSLER W: The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German catchment area. *British Journal of Psychiatry* 1996;169:42-8.
15. CALDAS DE ALMEIDA JM, XAVIER M, MARTINS E, CARVALHO A, COUTINHO J, MARTINS R, NAVA A, SILVA F: Evaluation of Comprehensive Care to Schizophrenic Patients in Portugal. Abstract Book of the Vth Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation, pp.161, Roterdão 1996.
16. WIERSMA D, KOVESH V, CARIA A, CALDAS DE ALMEIDA JM, CARTA M, DUBUIS J, LACALMONTIE E, PELLET J, ROELAND J, SALIZE H, TORRES F, WALSH D: Evaluation of care for schizophrenic patients in 10 European Centres. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (em publicação) 1997.
17. MAGLIANO L, FADDEN G, CALDAS DE ALMEIDA JM, MADIANOS M e HELD T: The Family of Schizophrenic patients: Objective and subjective burden and coping strategies. *British Journal of Psychiatry* (em publicação) 1997
18. MUIJEN M, HADLEY T: Community Care: Parts and Systems. In S.H.Hirsch e D. Weinberger (Ed.) *Schizophrenia*, pp.649-665. Blackwell Science, Oxford 1995
19. STRATHDEE G: Deploying a community mental health team for the effective care of individuals with schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 1995;7:199-206.
20. CALDAS DE ALMEIDA JM: Population needs assessment for mental health services. Prospects for the future. In: M. Tansella (Ed.) *Making Rational Mental Health Services*, pp. 59-68. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1997.
21. BREWIN C, WING J, MANGEN S, BRUGHA T, MACCARTHY B: Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine* 1987;17:457-68.
22. PHELAN M, SLADE M, THORNICROFT G, DUNN G, HOLLOWAY F, WYKES T, STRATHDEE G, LOFTUS L, MACCRONE P, HAYARD P, 1995: The Camberwell Assessment of Need. The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995;167:589-95.

23. XAVIER M, CALDAS DE ALMEIDA JM: NCA – «Needs for Care Assessment» – Versão portuguesa. Depart.Psiquiatria e Saúde Mental da FCML 1994.
24. GAGO J, XAVIER M, CALDAS DE ALMEIDA: CAN – «Camberwell Assessment of Needs». Versão portuguesa. In Avaliação de Necessidades de Reabilitação Psicossocial. Dissertação de Mestrado (Gago J). Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa 1996.
25. CREED F, BLACK D, ANTHONY P, OSBORN M, THOMAS P, TOMENSON B: Randomised controlled trial of day patients versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal* 1990;300:1033-7.
26. MAY P: Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods. Ed. Science House, New York 1968.
27. GRINSPOON M: Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy. Eds. Williams & Wilkins, Baltimore 1972.
28. GUNDERSON J, FRANK A, KATZ H: Effects of psychotherapy in Schizophrenia. II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin* 1984;10:564-98.
29. KARON B, VANDEBOS G: The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, research and practice* 1972;9:111-9.
30. McLASHAN T: The Chestnut Lodge follow-up study. II. Long-term outcome of schizophrenia and affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 1984;41:586-601.
31. MUESER K, BERENBAUM H: Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? *Psychological Medicine* 1990;20:253-62.
32. ROCKLAND L: A review of Supportive Psychotherapy 1986-1992. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;11 Vol. 44:1053-60.
33. REA M, STRACHAN A, GOLDSTEIN M: Changes in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1991;158:642-7.
34. FOWLER D, MORLEY S: The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: a preliminary study. *Behavioural Psychotherapy* 1989;17:267-82.
35. KINGDON D, TURKINGTON D: Preliminary report: the use of cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1991;179:207-11.
36. TARRIER N, BECKETT R, BAKER A: A trial of two cognitive behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. I. Outcome. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:524-32.
37. CHADWICK P, LOWE F: A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:355-67.
38. BENTALL R, HADDOCK G: Cognitive therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy. *Behavior Therapy* 1994;25:51:66.
39. MORRISON R, WIXTED J: Social Skills Training. In: Bellack, ed. *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia* pp.237-261. Plenum Press, New York, 1989.
40. LIBERMAN R, DeRISI W, MUESER K: Social Skills Training for chronic mental patients. Boston, MA: Allyn & Bacon 1989.
41. BELLACK A, MUESER K: Psychosocial Treatment of Schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 1993; Special Report, pp. 143-62.
42. HOGARTY G, ANDERSON C, KORNBLITH S: Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48:340-7.
43. BRENNER H, LIBERMAN R: Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients. Eds. Bern, Hogrefe & Huber 1995.
44. HOGARTY G, KORNBLITH S, DiBARRI A, REISS D: Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1995;21(3):379-93.
45. VAUGHN C, SNYDER K, JONES S: Family factors in schizophrenia relapse: A California replication of the British research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry* 1984;41:1169-77.
46. LAM D: Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine* 1991;21:423-41.
47. DIXON L, LHEMAN A: Family Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995;21(4):631-43.
48. LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, STRURGEON D: A controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1985;146:594-600.
49. FALLOON I, MCGILL C, BOYD J, PEDERSON J: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine* 1987;17:59-66.
50. TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C: Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry* 1989;154:625-8.
51. RANDOLPH E, GLYNN S, PAZ G: Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinical-based intervention. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:501-6.
52. MARI J, STREINER D: An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine* 1994;24:565-78.
53. MCFARLANE E, LUKENS E, LINK B, DUSHAY R: Multiple-family groups and psycho-education in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:679-87.
54. KOTTGEN C, SONNICHSEN I, MOLLENHAUER K: Group Therapy with families of schizophrenic patients: results of the Hamburg Camberwell-Family-Interview- Study, III. *Int J Family Psychiatry* 1984;5:83-94.
55. MacCARTHY B, KUIPERS L, HURRY J: Counselling the relatives of the long-term adult mentally ill, I: Evaluation of the impact on relatives and patients. *British Journal of Psychiatry* 1989a;154:767-75.
56. TARRIER N, BARROWCLOUGH C, PORCEDDU K: The Salford family intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *British Journal of Psychiatry* 1994;165:829-32.
57. CALDAS DE ALMEIDA JM, FAZENDA I: Social Firms and vocational rehabilitation of psychiatric patients in Portugal. Abstract Book of the World Congress of the World Federation for Mental Health, p. 210, Lahti 1997.
58. CALDAS DE ALMEIDA JM: Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1996;52:92-5.
59. KOVESH V, CARIA A: Rapport Final – Étude européenne multicentrique sur l'évaluation des soins psychiatriques de patients schizophréniques; Eds. APAQESM, Paris 1996:pp. 24-33.