

# INTERVENÇÕES FAMILIARES NA ESQUIZOFRENIA

## Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal

MANUEL GONÇALVES-PEREIRA, MIGUEL XAVIER, ANTÓNIO NEVES, BERNARDO BARAHONA-CORREA,  
GRÁINNE FADDEN

Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Nova de Lisboa.  
Lisboa. Universidade de Birmingham - Birmingham & Solihull NHS Mental Health Trust. Inglaterra.

### RESUMO

No campo das intervenções psicoeducativas na esquizofrenia, a terminologia nem sempre é clara, sendo necessário especificar e operacionalizar expressões como *psicoeducação* e *intervenções familiares* (em especial por se tratar, na maioria dos casos, de anglicismos). Por outro lado, e apesar de um corpo crescente de evidência no que toca à efectividade das intervenções familiares na esquizofrenia, estas estão longe de ser implementadas, por rotina, na realidade dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Acresce o facto de a literatura portuguesa nesta área ser ainda muito pobre, em quantidade e qualidade, no que toca a estudos originais ou de replicação.

Ao longo das duas últimas décadas, têm sido publicadas diversas revisões e meta-análises, de elevada qualidade metodológica, referentes à eficácia, efectividade e eficiência das intervenções familiares na esquizofrenia, sumariando resultados de estudos em múltiplas culturas, (mas sobretudo nos países anglo-saxónicos). Na verdade, muitos desses achados têm já inspirado diversas recomendações clínicas, nomeadamente no Reino Unido.

Paradoxalmente, parece existir uma falta de vontade multideterminada para implementar intervenções psicossociais validadas cientificamente há mais de vinte anos.

*Palavras-chave (MeSH): intervenções familiares, psicoeducação, esquizofrenia*

### SUMMARY

#### FAMILY INTERVENTIONS IN SCHIZOPHRENIA FROM THEORY TO THE REAL WORLD IN PORTUGAL TODAY

In the field of psychoeducational interventions in schizophrenia, terminology is sometimes misleading and further efforts are needed to specify and operationalise terms such as *psychoeducation* or *family intervention*, especially wherever they are adapted, for example, for use in non-English speaking countries.

On the other hand, in spite of growing evidence of their clinical effectiveness, family interventions for schizophrenia are still not routinely implemented in real life clinical settings. Furthermore, the current poverty of original literature or replication studies in Portugal in the field of family interventions is astonishing.

Several high-quality review papers have been published in the last two decades, summarising or meta-analysing data concerning efficacy, effectiveness and efficiency of these family interventions worldwide, but mostly in Anglo-Saxon literature. These

findings were indeed incorporated in several clinical guidelines, namely in the United Kingdom. But there seems to exist, in a considerable number of settings, a lack of will to implement scientific findings established for more than twenty years. In developed countries, this should be addressed as a true paradox.

*Key-words (McSH): family interventions, psychoeducation, schizophrenia*

O tratamento estritamente farmacológico da esquizofrenia é insuficiente já que, para além da necessidade de adesão à terapêutica por parte dos doentes, nem sempre o cumprimento da prescrição garante a efectividade clínica<sup>1</sup>. Apesar do benefício evidente dos novos antipsicóticos, uma proporção apreciável de casos – 30 a 40 % - apresenta resistência à terapêutica farmacológica (considerando os quadros produtivos alucinatório-paranóides, mas sobretudo a sintomatologia deficitária ou ‘negativa’ da esquizofrenia)<sup>2</sup>. É hoje consensual a necessidade de abordagens integradas para a esquizofrenia, que incluam tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focalizadas no doente e na família.

Podia ser redundante, actualmente, escrever sobre *intervenções focalizadas na família* - que designaremos por *intervenções familiares* (IF) - na esquizofrenia. Em primeiro lugar, os respectivos benefícios têm sido documentados com base na evidência científica. Em segundo lugar, sobretudo em países do Sul da Europa, como Portugal, a família continua geralmente presente como rede de suporte natural e muitos doentes vivem com pelo menos um familiar directo. Seria de esperar, assim, que o sistema familiar estivesse incluído, por rotina, nos planos de tratamento e reabilitação.

Não obstante, a realidade é diferente e impõe a discussão de algumas questões relacionadas. Há necessidade de definição conceptual a propósito das abordagens familiares. Expressões como *intervenção familiar*, *terapia familiar*, *grupos para familiares*, *grupos multifamiliares* ou *psicoeducação de famílias*, nem sempre são usadas de forma adequada, levando a uma confusão terminológica que tem dificultado a comunicação científica e a divulgação alargada.

Finalmente, verifica-se o contraste entre a aceitação quase universal dos princípios da utilização de IF na esquizofrenia e a sua escassa implementação em Portugal.

Têm sido apontados diversos motivos para este paradoxo, muitos deles a nível sistémico, organizacional e cultural, dos quais se destacam: 1. défice de conhecimento teórico e prático sobre as intervenções e sua efectividade, 2. fraca motivação para as incluir na prática clínica, 3. dificuldades no treino e na sua aplicação efectiva.

Este artigo contextualiza o défice de IF psicoeducativas, em Portugal, para famílias de pessoas com perturbações psicóticas, procurando contribuir para a disseminação do conhecimento sobre a validade das IF e estimular o interesse na sua implementação.

### ASPECTOS CONCEPTUAIS

Entende-se por *psicoeducação* um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o *stress* familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado.

A abordagem psicoeducativa, no consenso patrocinado pela *World Schizophrenia Fellowship*, em 1998, traduz-se em dois *objectivos* fundamentais: 1. conseguir os melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental, através de abordagens que integrem a colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes; 2. aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente de quem cuidam<sup>3</sup>. A esquizofrenia é perspectivada como uma *doença do cérebro* (i. e, de base biológica), em que a intervenção farmacológica é fundamental mas não suficiente, e em que as famílias podem ter um papel muito significativo na recuperação da pessoa doente.

De acordo com McFarlane et al<sup>3</sup>, as IF diferem no for-

mato (multifamiliar, unifamiliar, só para familiares ou modelos mistos), na estrutura (incluindo ou não o doente), na duração e intensidade do tratamento, assim como no contexto (hospitalar ou domiciliário). Noutra aproximação à definição das IF na esquizofrenia, foi proposta a diferenciação entre *terapias familiares*, *intervenções em grupo para familiares* (IGF) e *intervenções familiares integrando o doente*<sup>4</sup>. O quadro I sumaria algumas características destas intervenções.

Por *terapias familiares* entendem-se geralmente as abordagens *terapêuticas* mais clássicas, com inspiração predominantemente sistémica, as quais têm indicação e vantagens em situações específicas de famílias de doentes psicóticos. Não obstante, apresentam objectivos diferentes da *psicoeducação* e não serão consideradas, neste artigo, sob a designação IF.

Por seu turno, as **IGF** dirigem-se a grupos de familiares, mas sem a presença dos doentes. Os formatos são muito variados, podendo haver ênfase em programas pedagógicos (v.g. informação sobre o quadro clínico, terapêutica, etiologia, prognóstico, serviços ou a legislação de saúde mental, incluindo nalguns casos abordagens ao treino de comunicação ou resolução de problemas) ou no trabalho das emoções (v.g. ventilação de emoções, normalização ou reformulação positiva de atitudes, modelagem de níveis reduzidos de *emoções expressas* (EE). Na verdade, as IGF tiveram grande desenvolvimento na sequência do estudo das EE (hiperenvolvimento emocional,

comentários críticos e hostilidade dirigida mais à pessoa com doença psicótica que aos seus comportamentos).

As IGF contemplam directamente as necessidades dos familiares e podem diminuir os níveis de sobrecarga, mas falta provar que influam consistentemente nas variáveis de resultado relativas ao doente. Pensa-se que as IGF que se limitam a disponibilizar informação terão menor efectividade clínica. Com efeito, saber mais sobre a doença não implica necessariamente possuir as perícias para lidar com as dificuldades práticas.

Entretanto, as dificuldades no recrutamento ou na adesão podem constituir um óbice à sua exequibilidade<sup>5</sup>: as taxas de adesão referidas na literatura são geralmente inferiores a 50%<sup>4</sup>.

Finalmente, por *intervenções familiares integrando o doente* entendem-se aquelas que contemplam sessões para toda a família, pelo menos no decurso de parte significativa da intervenção.

São as únicas IF com efectividade documentada para famílias de elevada EE ou em que os doentes com esquizofrenia tenham tido vários surtos (ou apresentem múltiplos sintomas, incapacidades e desvantagens sociais). Obedecem aos seguintes princípios: 1. adopção de um modelo de *vulnerabilidade-stress* para a esquizofrenia; 2. assumem-se como complemento - mas não alternativa - às terapêuticas farmacológicas; 3. pressupõem uma forte aliança terapêutica com a família, sendo o doente incluído em pelo menos grande parte das ses-

Quadro 1 - Comparação de algumas características das Intervenções Familiares na Esquizofrenia

	IGF (intervenções em grupos de familiares)	IUF (intervenções com uma família)	IGMF (intervenções com grupos de famílias)
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um ou dois terapeutas reúnem-se com familiares de diferentes doentes.</li> <li>- Foco no componente pedagógico, de suporte emocional ou misto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um (ou dois) terapeutas reúne(m)-se com uma família, incluindo o doente.</li> <li>- Foco geralmente pedagógico, contemplando a aquisição de informação, de perícias de comunicação e resolução de problemas / gestão do "stress"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Geralmente) dois terapeutas reúnem-se com várias famílias, incluindo o doente</li> <li>- Foco geralmente pedagógico, contemplando a aquisição de informação, de perícias de comunicação e resolução de problemas / gestão do "stress"</li> <li>- Incidência directa em redes sociais de suporte</li> </ul>
<b>VANTAGENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordam directamente as necessidades dos familiares da pessoa doente</li> <li>- Permitem trabalhar quando o doente recusa tratamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordam as necessidades de todos os membros da família</li> <li>- Efectividade documentada no curso clínico da esquizofrenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordam as necessidades de todos os membros da família</li> <li>- Boa relação custo-benefício</li> <li>- Efectividade documentada no curso clínico da esquizofrenia</li> </ul>
<b>DESVANTAGENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracas taxas de adesão</li> <li>- Não parecem alterar o curso clínico da esquizofrenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigem flexibilidade no agendamento; sessões desejavelmente domiciliárias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A adesão pode ser mais difícil que com IUF</li> </ul>

sões; 4. sessões preferencialmente domiciliárias; 5. ênfase na educação da família sobre a doença; 6. orientação cognitivo-comportamental, com enfoque nas questões práticas do quotidiano; 7. treino de comunicação, permitindo maior clareza de expressão e uma tendência construtiva; 8. treino de resolução de problemas para o conjunto da família; 9. melhoria do ambiente familiar, mediante potenciação do *coping* construtivo e redução do *stress*; 10. manutenção de expectativas realistas para doentes e familiares, ao mesmo tempo que se desenvolvem redes de suporte social informal e formal para a família no seu todo; 11. as IF são mantidas por um tempo significativo ou têm lugar num contexto de continuidade de cuidados. Incluem componentes específicos para prevenção das recaídas<sup>6</sup>.

As IF *integrando o doente* compreendem, em grande parte, **intervenções unifamiliares** (IUF), em que o trabalho terapêutico se centra em cada família, separadamente. Estas IF são conhecidas, pelo se salientam apenas pontos importantes relativos a alguns modelos.

A equipa de J. Leff e C. Vaughn desenvolveu uma abordagem integrada, com sessões educativas com os familiares, IGF e sessões no domicílio com toda a família. Esta técnica radica na investigação sobre EE e incide na sua atenuação<sup>7</sup>.

O grupo de I. Falloon, por seu lado, desenvolveu uma abordagem centrada na gestão familiar do *stress*, que designou *Terapia Familiar Comportamental* e que é uma intervenção psicoeducativa unifamiliar de inspiração comportamental<sup>8</sup>. Esta técnica foi introduzida em Portugal por um dos autores deste artigo (GF), tendo vindo a conhecer uma aplicação prática aquém das suas potencialidades<sup>9</sup>.

McFarlane et al<sup>10</sup> projectaram o formato de **intervenção em grupos multifamiliares** (IGMF), nos quais se trabalha com várias famílias em simultâneo, sempre com inclusão dos respectivos doentes (uma das diferenças em relação ao formato das IGF).

O intuito das IGMF é o de abordar directamente as questões relativas ao isolamento social, estigmatização e sobrecarga financeira e psicológica, mediante a criação de um *fórum de ajuda mútua*: o grupo de famílias. Compreendem três vertentes (que correspondem às três fases da intervenção, podendo cada uma estender-se por um ano): 1. Estabilização: intervenção preparatória unifamiliar seguida de sessões de trabalho psicoeducativo em GMF (informação, prevenção da recaída e promoção da reabilitação social e vocacional do doente); 2. Reinserção social progressiva: utilização da matriz multifamiliar para aplicação de um modelo de resolução de problemas potenciador da reabilitação do do-

ente; 3. Criação de novas redes sociais: transformação explícita do grupo multifamiliar numa rede de apoio mútuo a ser transposta para o quotidiano, preenchendo muitas das necessidades a longo prazo.

As IGMF têm sido aplicadas em muitas regiões dos Estados Unidos, constituindo um modelo de intervenção bem validado.

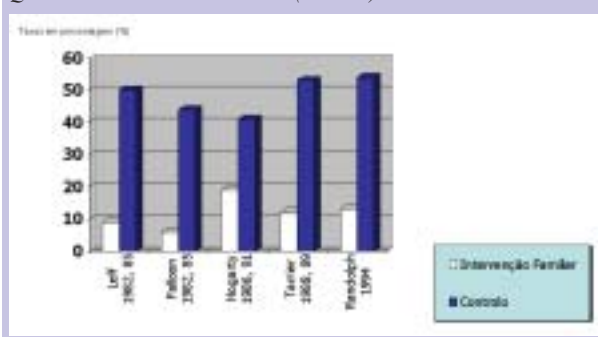
Todas as IF *integrando o doente* são abrangentes, no sentido em que não se restringem a programas focais (como os modelos que se centram na adesão à terapêutica ou no alívio da sobrecarga familiar). Mas pode falar-se de uma dicotomia nestas IF mais abrangentes: por um lado, técnicas incidindo na gestão do *stress* na família (como a *Terapia Familiar Comportamental* de Falloon<sup>8</sup>); por outro lado, intervenções para as quais alguns reservariam o termo *psicoeducativo*<sup>11</sup> (mais centradas no desenvolvimento de atitudes tolerantes e de *coping* não confrontativo em relação com os problemas derivados da doença mental - no fundo, em relação com o paradigma das EE, na linha de Leff<sup>7</sup>, ou de acordo com os princípios de Anderson et al<sup>12,13</sup>).

## AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS IF

Até à data, mais de trinta estudos de elevada qualidade metodológica avaliaram os resultados da aplicação das IF mais abrangentes, em períodos que vão dos três meses aos quatro anos. Conclui-se que os surtos psicóticos e as hospitalizações decorrentes podem ser reduzidos em cerca de 50%, pressupondo um manejo farmacológico óptimo concomitante<sup>11</sup>.

O desenvolvimento e avaliação das IF passaram por fases distintas. Numa primeira fase, tiveram lugar os **estudos pioneiros** que validaram técnicas clássicas no trabalho com famílias de doentes psicóticos<sup>12-21</sup>. Os resultados destas intervenções (IF + tratamento psiquiátrico clássico), em comparação com grupos controlo em que se aplicou apenas o tratamento clássico, estão sumariados, no que toca a taxas de recaída, nos quadros II e III.

Quadro II - Taxas de recaída (9-12 M)



Quadro III - Taxas de recaída (12 e 24M)

	Intervenção Familiar	Tratamento Clássico
12 meses	6 – 19 %	41 – 53 %
24 meses	17 – 40 %	66 – 83 %

Não há, até ao presente, evidência científica de que IF de inspiração psicodinâmica tenham resultados significativos na evolução clínica dos doentes, nomeadamente quanto a taxas de recaída<sup>22</sup>.

Após a fase inicial, surgiu uma **segunda vaga de estudos** comparando as diversas abordagens familiares entre si ou replicando os trabalhos iniciais. Muito há ainda a fazer nesta área, até pela utilização frequente de parâmetros de avaliação pouco uniformes, o que dificulta significativamente os trabalhos de meta-análise.

Não obstante, depois das revisões clássicas sobre as IF, surgiram nos últimos anos algumas contribuições valiosas a este nível<sup>1,23</sup>. Parecendo redundante qualquer revisão da literatura internacional, salientam-se alguns pontos com pertinência para a prática clínica.

A *Terapia Familiar Comportamental* (IUF) tem sido comparada vantajosamente com as IGF, no que toca ao ambiente familiar ou a parâmetros clínicos e de funcionamento social dos doentes.

Por seu lado, as IGMF têm a vantagem intuitiva de constituírem elas próprias uma rede de suporte social adicional, ao mesmo tempo que permitem uma melhor gestão de terapeutas. Reivindica-se maior eficiência, em comparação com as IUF, com vantagens na manutenção das remissões e uma razão custo-benefício mais favorável. Acresce que as IGMF foram também avaliadas a quatro anos<sup>24</sup>. Mas nem sempre os resultados positivos das IGMF são integralmente replicados, nem os custos de uma intervenção podem ser avaliados apenas pela economia de terapeutas.

De acordo com uma meta-análise recente<sup>1</sup>, as IGMF estão associadas a uma não-adesão significativamente maior do que as IUF, numa análise de tipo *fixed effects*. Seguramente, há uma proporção significativa de familiares que se recusam a frequentar um grupo, havendo necessidade de sessões domiciliárias<sup>25</sup>. Além disso, só para as IUF está documentada efectividade, em comparação com todos os outros tratamentos, na redução das *recaídas*

(numa análise a 1-2 anos), assim como na redução das taxas de *readmissão* (no primeiro ano).

Assim, será provavelmente necessário disponibilizar e conjugar diferentes formas de IF na esquizofrenia, de forma a atender às necessidades de diferentes famílias do modo mais eficiente para cada serviço em particular. Muitos autores têm proposto abordagens ecléticas: Leff et al defendiam, como procedimento mais eficiente, a conjugação de grupos de familiares (IGF) com uma intervenção educativa e uma ou mais sessões domiciliárias com toda a família (IUF)<sup>7</sup>.

As dificuldades com que uma pessoa com esquizofrenia e seus familiares se defrontam podem durar a vida inteira. O apoio familiar que os serviços devem disponibilizar não será igual ao longo do tempo, na mesma medida em que as necessidades mudam. Mas será prudente que se concentrem os recursos das equipas nas famílias com maiores necessidades, nomeadamente aquelas com sintomas ou incapacidades graves na pessoa com esquizofrenia; níveis elevados de EE ou sobrecarga familiar; ou em que a rede de suporte seja menos eficaz.

Muito há ainda a fazer, no sentido de avaliar as indicações para cada tipo de IF. A escolha das diferentes abordagens pode depender da sua disponibilidade no serviço em questão, da indicação técnica por parte da equipa, da preferência da família em conjunto e da fase da doença em que se encontre a pessoa com esquizofrenia.

Em suma, as vantagens das IF no seu conjunto têm sido comprovadas. Há consenso em ser preferível que os doentes participem directamente nas IF e em que todas as abordagens requerem 9 a 12 meses para atingir o nível de eficácia descrito na literatura<sup>3</sup>. Nesses pressupostos, reduzem eficazmente as taxas de recaída psicótica no decurso do tratamento e até um *follow-up* de 15 meses. No geral, a utilização suplementar das IF pode reduzir cerca de quatro vezes as taxas de recaída a um ano<sup>6</sup> e entre 20 e 50 % as taxas de recaída e readmissão hospitalar a dois anos, em comparação com o tratamento individual clássico não complementado com elas<sup>3</sup>.

Perante o argumento de que as IF poderão promover mais um adiamento do que uma anulação das recaídas, a verdade é que a mesma observação se aplica às terapêuticas farmacológicas da esquizofrenia (para além de que um prolongamento dos períodos de remissão tem, obviamente, de *per se*, efeito favorável no prognóstico).

No que toca à remissão de sintomas residuais de esquizofrenia, um campo ainda largamente por explorar, algumas IF produziram resultados animadores (nomeadamente as mais situadas na linha do manejo comportamental de *stress*). Uma IGMF evidenciou efeitos importantes



no nível de sintomas deficitários da esquizofrenia<sup>26</sup>.

Será intuitivo defender um benefício decorrente das IF, no que toca aos custos directos e indirectos da esquizofrenia, se for tido em conta o peso associado às recaídas psicóticas para doentes, famílias e serviços. As análises económicas disponíveis, ainda que globalmente favoráveis às IF, são metodologicamente deficientes, com baixo poder estatístico e demasiado focadas nos custos médicos directos. Em todo o caso, ainda que correndo o risco de aceitar algum enviesamento dos estudos, o *National Collaborating Centre for Mental Health* concluiu recentemente que *providenciar as IF pode representar uma boa escolha em termos de qualidade-preço*<sup>27</sup>.

Convém frisar que as expectativas de resultados no tratamento da esquizofrenia têm vindo a ultrapassar o mero controlo sintomatológico e a centrar-se em medidas de recuperação funcional. Embora sempre tenha havido um esforço, desde a primeira geração de estudos com IF, de valorizar estas medidas, é necessário refinar os instrumentos de avaliação e aplicá-los consistentemente. Nesse sentido, continua em aberto o debate sobre o significado do termo *efectividade clínica*<sup>28</sup>, se bem que exista consenso sobre a necessidade de inclusão adicional de parâmetros como o estado das relações socio-familiares ou o atingimento de objectivos pessoais e a satisfação com a vida.

Por último, poder-se-à argumentar que a maioria dos trabalhos referidos foram conduzidos em cenários *experimentais*, por equipas altamente motivadas e coesas, que pouco têm a ver com a rotina da maioria dos serviços. Mas o mesmo argumento se poderia aplicar a muitos ensaios clínicos de terapêuticas farmacológicas, realizados em circunstâncias *protegidas* e muitas vezes com *follow-ups* curtíssimos. É verdade que não abundam estudos como o de Randolph *et al*<sup>21</sup>, que replicou a técnica de *Terapia Familiar Comportamental* com sessões não domiciliárias, em ambiente hospitalar (quadro II). Mas não existe evidência contra o uso das IF em cenários *reais*, o que se deveria traduzir num estímulo à exploração da sua efectividade e eficiência. Por outro lado, têm sido pouco investigadas as razões para não adesão ou abandono por parte das famílias, ainda que se reconheçam factores de risco para *dropout*: idade avançada, famílias pequenas, muitos internamentos prévios e escassa informação sobre a esquizofrenia por parte dos familiares no momento inicial da IF<sup>29</sup>.

### SITUAÇÃO EM PORTUGAL

O interesse pelas IF radicou, historicamente, no estudo das repercussões da doença mental na família. Em Por-

tugal, há referências, desde 1996, a trabalho de investigação nesta área (efectuado por equipas portuguesas ou integrando investigadores portugueses, publicado a nível nacional e internacional<sup>30-38</sup>). O interesse por este campo levou a estudos de intervenção de pequena escala<sup>9</sup> e à participação de uma equipa da Faculdade de Ciências Médicas, juntamente com os Hospitais Fernando da Fonseca, Miguel Bombarda e de Nossa Senhora do Rosário, no estudo multicêntrico *Psychoedutaining*. Este trabalho envolveu vários países europeus, estando disponíveis os resultados preliminares<sup>38</sup>.

No conhecimento casual de diversas tentativas de trabalho com famílias de doentes psicóticos em serviços portugueses, realizámos uma revisão da literatura dos últimos dez anos sobre estudos de IF realizados em Portugal. O período coberto foi o de 1995-2005 (primeiro semestre). Foram pesquisadas a *PubMed*, *Medline* e *SciELO*, utilizando os descritores *family interventions*, *family therapy*, *psychoeducation* e *schizophrenia*, limitando-se os resultados da pesquisa a estudos originais realizados em Portugal ou com a colaboração de autores portugueses. Complementou-se esta revisão com uma pesquisa manual obedecendo aos mesmos critérios em revistas não indexadas, maioritariamente de edição nacional, das áreas psiquiátrica, psicológica, da medicina familiar e da saúde pública.

Para além das publicações já referidas<sup>9,30-38</sup>, encontramos um total de sete artigos, dos quais cinco centrados na temática das EE<sup>39-43</sup>, um relacionado com sobrecarga familiar<sup>44</sup> e um outro sobre a avaliação da eficácia de um programa do tipo IGF, dirigido a familiares de doentes com esquizofrenia. Neste último, apesar da demonstração da aquisição de conhecimentos sobre a doença por parte dos familiares envolvidos, as limitações do estudo foram reconhecidas pelos próprios autores<sup>45</sup>.

Os resultados da pesquisa são elucidativos da reduzida expressão que este assunto tem merecido por parte dos autores portugueses, reflectindo a enorme escassez de investigação nesta área e a irrelevância dos resultados da aplicação das IF no panorama actual dos serviços de psiquiatria em Portugal.

### COMENTÁRIOS FINAIS

Constitui um imperativo ético oferecer tratamentos de eficácia documentada, mesmo que não sejam exigidos pelas pessoas que deles potencialmente beneficiem. Nem todas as famílias de pessoas com esquizofrenia terão indicação para este tipo de intervenções mas, até prova em contrário, deverão ser consideradas candidatas e com direito a delas usufruir.

No Reino Unido, as recomendações do *National Institute for Clinical Excellence* para a esquizofrenia referem explicitamente que as IF deverão ser oferecidas às famílias de pessoas com esquizofrenia, nomeadamente se os doentes recaíram recentemente, estão em risco de recaída ou apresentam sintomas persistentes da doença (grau A de evidência). Reconhece-se que doentes e familiares poderão preferir as IUF às IGMF (A). A duração das IF deverá ser superior a seis meses ou incluir mais do que 10 sessões, recomendando-se que o doente nelas seja incluído habitualmente (B). Note-se que o conceito de IF é aqui mais lato, na medida em que se consideram *sessões fami-liares com função específica de suporte ou tratamento, com base em princípios sistémicos, cognitivo-comportamentais ou psicanalíticos, devendo incluir pelo menos um dos seguintes componentes: intervenção psicoeducativa, trabalho de resolução de problemas e de manejo da crise e/ou intervenção com o doente*<sup>27</sup>.

Diplomas como o *Carers (Recognition and Services) Act 1995*, promulgado também no Reino Unido, têm vindo a reflectir a preocupação crescente da sociedade na consideração das necessidades dos familiares das pessoas doentes. Do mesmo modo, torna-se natural a abordagem terapêutica às *famílias* com doentes mentais graves e não apenas a estes últimos, isoladamente.

O esquecimento a que as IF, como outras intervenções psicossociais, têm sido votadas em psiquiatria tem muito a ver com a desvalorização dos tratamentos não farmacológicos, reforçada pela relutância em reconhecer o recurso terapêutico mais natural e imediato: a família. Embora estas intervenções não tenham de ser desempenhadas por médicos, até porque tal seria impossível no quotidiano dos serviços, podem ser realizadas por outros técnicos (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais), com formação específica, em trabalho de equipa<sup>46</sup>.

O paradoxo decorrente da ausência de introdução deste tipo de intervenções na prática clínica corrente ocorre não apenas em Portugal. O que nos diferencia de outros países do mundo ocidental é que o problema não tem sequer sido significativamente levantado, quer na literatura científica, quer por grupos de pressão relacionados com associações de familiares ou doentes.

Apesar de o grosso da literatura relativa à validade das IF ter origem nos países anglo-saxónicos, estes modelos têm sido testados e parcialmente implementados também em países mediterrânicos, como Espanha, Itália ou Grécia<sup>47-49</sup>. Não obstante, até à publicação dos primeiros resultados do estudo *Psychoedutaining* (e à excepção de trabalhos esparsos), não havia registo, em Portugal, de

ensaios consistentes de replicação de IF com famílias de doentes psicóticos. Nem mesmo as IF menos abrangentes, do tipo IGF, têm sido documentadas para replicação, avaliação e conhecimento da comunidade científica.

Assim, estão claramente em minoria as equipas de psiquiatria e saúde mental que desenvolvem trabalho estruturado com famílias de doentes mentais graves. Parece que a motivação dos clínicos para incluir as IF na sua prática é deficitária ou não sobrevive na adversidade. As experiências que se registam, com carácter muitas vezes transitório, dependem mais do interesse pessoal ou académico, bem como da boa vontade de alguns profissionais, raramente se enquadrando em objectivos traçados pelos próprios serviços ou administrações de saúde. Mas a verdade é que os programas de treino específico têm pecado pela escassez e pela ausência de suporte na fase de aplicação efectiva nos serviços.

Na sequência das questões aqui afloradas, serão publicados em breve os dados relativos ao *follow-up* do estudo *Psychoedutaining* às dificuldades práticas da implementação em Portugal de um tipo específico de IF (as intervenções psicoeducativas unifamiliares de inspiração comportamental, na linha de Falloon).

## BIBLIOGRAFIA

- PILLING S, BEBBINGTON P, KUIPERS E et al: Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive-behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32:763-782.
- KANE JM: Treatment resistant schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1996;57(supl 9):35-40
- MCFARLANE WR, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A: Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003;29(2):223-245
- FADDEN G: Research update: psychoeducational family interventions. *J Family Therapy* 1998;20(3):293-309
- PEREIRA MG, NUNES JM, DUARTE C et al: Working with families of the severely mentally ill in a Portuguese mental health team. Livro de Actas do VII Congresso da *World Association for Psychosocial Rehabilitation*. Paris 2000
- FADDEN G: Family intervention. In: Brooker C, Repper J, eds. *Serious mental health problems in the community: policy, practice and research*. London. Baillière Tindall 1998:159-183
- KUIPERS L, LEFF J, LAM D: Family work for schizophrenia: a practical guide. London. Gaskell 1992
- FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW: Family care of schizophrenia. New York. Guilford Press 1984
- PEREIRA MG, XAVIER M, FADDEN G: O modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: fundamentação e aspectos técnicos. Aceite para publicação em *Análise Psicológica*.
- MCFARLANE WR, LUKENS E, LINK B et al: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(8):679-687
- Falloon, IRH: Research on family interventions for mental disorders: problems and perspectives. In Sartorius N, Leff J, López-Ibor JJ, Maj M, Okasha A, eds. *Families and Mental Disorders*. Chichester. Wiley 2005;235-257
- HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ et al: Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I: One-year effects of a

- controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(7):633-642
13. HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ et al: 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 expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:340-347
14. GOLDSTEIN MJ, RODNICK EH, EVANS JR, MAY PRA, STEINBERG MR: Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:1169-1177
15. LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ M, EBERLEIN-VRIES R, STURGEON D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:121-134
16. LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ M, STURGEON D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985;146:594-600
17. FALLOON IR, BOYD JL, MCGILL CW, RAZANI J, MOSS MB, GILDERMAN AM: Family management in the prevention of the exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med* 1982;306: 1437-1440
18. FALLOON IR, BOYD JL, MCGILL CW et al: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42: 887-896
19. TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C et al: The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988; 153:532-542
20. TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C et al: The community management of schizophrenia: a two year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry* 1989;154:625-628
21. RANDOLPH ET, ETH S, GLYNN SM et al: Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 1994;164(4):501-506
22. KOTTGEN C, SONNICHSEN I, MOLLENHAUER K, JURTH R: Group therapy with families of schizophrenic patients: results of the Hamburg Camberwell Family Interview study III. *Internat J Family Psychiatry* 1984, 5: 83-94
23. FALLOON IRH: Family interventions in mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003;2:20-28
24. MCFARLANE WR, LINK B, DUSHAY R, MARCHAL J, CRILLY J: Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 1995;34(2):127-144
25. LEFF J: Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;(407):78-82
26. DYCK DG, SHORT RA, HENDRYX MS et al: Management of negative symptoms of schizophrenia among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatr Serv* 2000;51:513-519
27. National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists' Research Unit. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care, commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London. Gaskell 2003.
28. NASRALAH HA, TARGUM SD, TANDON R, MCCOMBS JS, ROSS R: Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2005;56(3):273-282
29. MONTERO I, ASECIO AP, RUIZ I, HERNANDEZ I: Family interventions in schizophrenia: an analysis of non-adherence. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(2):136-141
30. PEREIRA MG, MENDES Z, ALMEIDA JMC: Subjective burden on caregivers of psychotic patients. Livro de Actas do X World Congress of Psychiatry. Madrid 1996
31. PEREIRA MG: Repercussões da doença mental na família. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa 1997
32. MAGLIANO L, FADDEN G, MADIANS M., ALMEIDA JMC, MAJ M: Burden on the families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:404-412
33. MAGLIANO L, FADDEN G, ECONOMOU M, XAVIER M, MAJ M: Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33: 413-419
34. PEREIRA MG, ALMEIDA JMC: Repercussões da doença mental na família: um estudo de familiares de doentes psicóticos. *Acta Med Port* 1999;12:161-168
35. XAVIER M: Avaliação de Qualidade em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental - Estudo Multidimensional dos Cuidados Prestados a Doentes com Esquizofrenia. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa 1999
36. MAGLIANO L, FADDEN G, ECONOMOU M, XAVIER M, MAJ M: Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the Biomed I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:109-115
37. XAVIER M, PEREIRA MG, CORREA BB, ALMEIDA JMC: Questionário de problemas familiares: desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação da sobrecarga familiar. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2002;3(2):165-177
38. MAGLIANO L, FIORILLO A, FADDEN G et al: Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 2005;4(1):45-49
39. BORREGO M, LIMA P, BARBOSA F: E se os sentimentos se medissem? Emoção Expressa I: conceito e relevância clínica, uma revisão. *Rev Hosp Júlio de Matos* 1995;2:88-105
40. LIMA P, BORREGO M, BARBOSA F, ESTEVES H: Emoção Expressa II: Estudos de intervenção em famílias de doentes esquizofrénicos. *Rev Hosp Júlio de Matos* 1995;3:177-186
41. LIMA P, BORREGO M, BARBOSA F, ESTEVES H: Emoção Expressa III: Modelos de intervenção em famílias de doentes esquizofrénicos. *Rev Hosp Júlio de Matos* 1996;1:32-48
42. REIS F, CHAINHO J, ANTÓNIO J et al: A emoção expressa dos familiares de esquizofrénicos e as recaídas dos doentes. *Psicologia* 2000;Vol XIV(1):31-44
43. REIS F, LOURENÇO F, ANTÓNIO J et al: A emoção expressa das famílias e o tratamento de doentes esquizofrénicos crónicos. *Psicologia* 2000;Vol XIV(1):51-63
44. CAMPOS L, TEIXEIRA JM, CARDOSO CM: Do burden familiar à experiência de cuidar. Qual o modelo teórico mais adequado para a compreensão da prestação de cuidados informais ao doente esquizofrénico? *Saúde Mental*, 2005;Vol VII(3):21-26
45. COELHO CM, FERREIRA MJ, SILVA CF, GONÇALVES DC, TORRALBA JM: A esquizofrenia e a família: avaliação da eficácia de um programa psicoeducativo. *Psiquiatria Clínica* 2004;25(3):185-194
46. BROOKER C, FALLOON I, BUTTERWORTH A, GOLDBERG D, GRAHAM-HOLE V, HILLIER V: The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *Br J Psychiatry* 1994;165(2):222-230
47. MONTERO I, ASECIO A, HERNANDEZ I et al: Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001;27(4):661-70
48. RONCONE R, MOROSINI PL, FALLOON, IRH, CASACCHIA M: Family interventions in schizophrenia in Italian mental health services. In Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M, Asai M, eds. Comprehensive Treatment of Schizophrenia. Tokyo: Springer-Verlag 2002:284-289
49. TOMARAS V, MAVREAS V, ECONOMOU M, IOANNOVICH E, KARYDI V, STEFANIS C: The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(11):487-493