

## Intervenção Psicossocial na Doença Mental Grave: revisão da evidência.

POR

RUI FREIRE LUCAS<sup>(1)</sup>, NUNO MADEIRA<sup>(2)</sup>**Resumo**

***Introdução:** Existe uma extensa quantidade de investigação empírica relativa a efectividade de várias intervenções psicossociais em pacientes com doença mental grave (DMG). No entanto, estes resultados mostram-se, por vezes, contraditórios, fruto de trabalhos com sérias limitações metodológicas, sendo difícil a sua integração e aplicação na prática clínica.*

***Objetivo:** Revisão da literatura atual relativa à efetividade das várias intervenções psicossociais no doente mental grave, no âmbito da Psiquiatria Comunitária. Foram utilizadas bases de dados online – Medline, Cochrane Library, Embase e PsycINFO.*

***Resultados:** Os programas de treino de atividades diárias não evidenciam diferenças clinicamente significativas face a intervenções usuais. Os programas residenciais na comunidade parecem melhorar o funcionamento social, a integração no meio e a satisfação dos utentes com doença mental grave, além de promover a adesão à terapia farmacológica. Os programas dirigidos ao lazer e ao tempo livre parecem melhorar o funcionamento social dos indivíduos com DMG, bem como a satisfação geral. Em termos de programas orientados para o emprego, existe boa evidência quanto a programas com tipologias de emprego protegido ou apoio no emprego - colocação rápida, com treino prévio curto, e apoio individual frequente. Relativamente às intervenções ao nível dos serviços, o tratamento assertivo na comunidade está associado a uma maior probabilidade de manter o doente em contacto com os serviços, com efetiva redução dos internamentos hospitalares. O doente com DMG integrado em programa de terapeuta de referência – ‘Case Management’ (CM) – tem maior possibilidade de se manter em contacto com os serviços e maior adesão à medicação psicotrópica. O Case Management de aplicação intensiva poderá ter um desempenho mais eficiente face ao CM convencional, prevendo-se um melhor desempenho no paciente com DMG que tende a utilizar frequentemente os cuidados hospitalares. Os Hospitais de Dia (não-agudos) não evidenciam eficácia superior às intervenções regulares em termos de taxas de internamento, psicopatologia ou funcionamento social.*

Recebido em  
11-11-2012  
Aprovado em  
17-01-2013

<sup>(1)</sup> Médico do Internato Complementar de Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>(2)</sup> Assistente Hospitalar de Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Assistente Convidado, Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Autor correspondente:** Nuno Madeira. Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | Pct. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra | Telefone: 239400400  
E-mail: [nunomadeira@huc.min-saude.pt](mailto:nunomadeira@huc.min-saude.pt)

***Conclusões:** Em geral, na área da recuperação do doente com DMG a evidência atual relativa à efetividade das intervenções psicossociais é limitada. São necessários estudos adicionais para validar uma reforma da saúde mental baseada numa medicina baseada na evidência.*

## Abstract

***Background:** There is an extensive empirical research demonstrating the effectiveness of several psychosocial interventions in patients with severe mental illnesses (SMI). Yet these results sometimes prove to be contradictory, deriving from studies with serious methodological limitations, which make them hard to integrate and apply in the clinical practice.*

***Objective:** To review the effectiveness of current psychosocial interventions available to the severe mental patient in the field of Community Psychiatry. The following online data bases were used: Medline, Cochrane Library, Embase e PsycINFO.*

***Results:** Daily living skills programs did not evidenced clinically significant differences compared with standard interventions. Nevertheless, such programs may be useful to individuals with severe mental illness (SMI) in order to improve their autonomy. Residential programs in the community seem to improve social functioning, integration and the patient's satisfaction, besides promoting compliance with psychotropics. Programs directed to leisure and spare time seem to improve the social functioning of individuals with DMG as well as their overall satisfaction. In terms of programs aimed at employment, there is good evidence about programs with sheltered or supported employment - rapid placement with a previous short training, and frequent individual support. Regarding service level interventions, assertive community treatment is associated with a greater likelihood of keeping the patient in contact with services, with effective reduction in hospital admissions. The DMG patient integrated in a 'Case Management' (CM) program is more likely to keep contact with the services and promote greater compliance with medications. The Intensive Case Management can perform more efficiently compared to conventional CM, predicting better performance in the patients that often tend to use hospital care. The Day Hospitals (non-acute) did not show superior efficacy to standard interventions in terms of rates of hospitalization, psychopathology and social functioning.*

***Conclusions:** In general, the existing evidence concerning the effectiveness of available psychosocial interventions to the severe mental patient is limited. There is need of additional studies in order to validate a mental health reform based on an evidence-based medicine.*

## 1. INTRODUÇÃO

Recentemente, o Estudo Nacional de Saúde Mental, recentemente realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, encontrou uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais em Portugal, comparativamente com outros países europeus. Neste grupo assume especial destaque o grupo de pessoas com doença mental grave (DMG) que, de acordo com as conclusões desse mesmo estudo, permanecem

sem acesso a cuidados de saúde mental. Mesmo entre aqueles que, ainda assim, têm acesso a estes cuidados, existe um grande número de doentes com DMG que não beneficiam de modelos de intervenção – programas de tratamento e reabilitação psicossocial – hoje considerados determinantes para uma evolução favorável, sendo prestados maioritariamente e quase exclusivamente cuidados farmacológicos.

Face a estas limitações dos serviços locais de saúde portugueses, a OMS recomendou que se au-

mentasse a capacidade e competências para tratar e dar suporte aos doentes com DMG na comunidade, com estabelecimento de objetivos claros para equipas comunitárias, e que se aumentasse o número de lares residenciais para pessoas com problemas mentais arrastados, numa parceria entre os sectores da saúde e sociais. Pretende-se, desta forma, otimizar a reabilitação psiquiátrica do doente com DMG através do desenvolvimento das suas capacidades intelectuais, emocionais e sociais, de modo a que este consiga gerir a sua vida e funcionar de modo autónomo e independente na comunidade. Esta reintegração na sociedade apenas pode ser alcançada por intermédio de serviços de psiquiatria comunitária.

A Psiquiatria Comunitária divide-se *grosso modo* em 2 planos: um primeiro, comumente designado por «microsfera» que visa providenciar aos indivíduos cuidados de saúde mental integrados, a nível comunitário e hospitalar; um segundo - a «macrosfera» - através do qual se promove a Saúde Mental, resiliência e bem-estar na comunidade como um todo, em parceria com outros profissionais e entidades. Especificamente, neste último plano procura-se a promoção da saúde mental na população em geral, a adoção de estratégias destinadas à capacitação do doente mental, a redução do estigma e da discriminação, o planeamento e reforma do sistema de Saúde Mental e ainda a integração de perspetivas socio-antropológicas que incluam a colaboração com comunidades locais, capitalizando-se, deste modo, especificidades culturais.

Existem na literatura dezenas de formas de definir doença mental grave. Schinnar e col., comparando 17 definições de doença mental grave e persistente usadas nos EUA entre 1972 e 1987, encontraram grandes inconsistências nas definições com uma variação entre 4-88% na prevalência de DMG num população de 222 pacientes internados de acordo com a definição escolhida. De acordo com a sua revisão completa estes autores concluíram ainda que a definição mais consensual e representativa era aquela do National Institute of Mental Health<sup>3</sup>. Esta definição baseia-se em 3 critérios: (1) o critério *diagnóstico*, descrito como psicose não-orgânica e perturbação de personalidade (DSM-III); (2) o critério de *duração*, que descreve os doentes mentais graves como tendo uma longa história de internamentos prévios ou de tratamento em ambulatório; (3) o critério *disfunção*, que inclui comportamentos perigosos ou desviantes, incapacidade moderada em atividades profissionais e não-profissionais e incapacidade ligeiras nas necessidades básicas.

## 2. OBJECTIVOS E MÉTODO

Com o presente trabalho, os autores pretendem rever a literatura atual no que respeita à evidência disponível relativa às várias intervenções no doente mental grave, no âmbito da Psiquiatria Comunitária. Pretende-se que este artigo constitua uma súmula da evidência disponível nesta área, facilitando, deste modo, a disseminação da informação aos profissionais de saúde mental bem como aos doentes e suas famílias. Isto será feito numa divisão binária de acordo com 2 tipologias essenciais: (1) intervenções sociais e (2) intervenções ao nível da organização dos Serviços de Saúde Mental. Não serão, assim, abordadas, neste trabalho, as várias intervenções psicológicas existentes.

O artigo dirige-se ao doente com DMG, de acordo com a definição do *National Institute of Mental Health* (NIMH)<sup>3</sup>, excluindo da amostra indivíduos com: com idades inferiores a 18 anos e superiores a 65 anos; doença mental secundária a doença orgânica; perturbações psicóticas de carácter transitório ou episódico; diagnóstico principal de abuso de substâncias, deficiência mental moderada-grave ou perturbações gerais do desenvolvimento e; perturbações da personalidade *per se*.

Fez-se uma revisão do estado de arte atual visando a efetividade da intervenção psicossocial no DMG. Para tal, os autores socorreram-se de várias bases de dados *online* – Medline, Cochrane Library, Embase e PsycINFO – usando termos idóneos às respetivas práticas, numa linguagem livre de modo a aumentar a sensibilidade da pesquisa.

Posteriormente, restringiu-se a pesquisa a revisões sistemáticas de ensaios controlados randomizados e estudos originais controlados randomizados (RCT) e não-randomizados publicados nas línguas inglesa, francesa, portuguesa e espanhola.

## 3. RESULTADOS

### 3.1 Intervenções sociais

As intervenções sociais constituem um conjunto de intervenções, atividades e estruturas de apoio comunitário que têm como objetivo facilitar a integração social do DMG na comunidade. Neste grupo podemos discernir diferentes tipos de estratégias e programas: (1) programas de atividades de vida diária; (2) programas residenciais na comunidade; (3) programas dirigidos ao lazer e tempo livre; e (4) programas orientados para o emprego.

### 3.1.1 PROGRAMAS DE ACTIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

Aqui incluem-se as atividades do indivíduo relativas ao autocuidado, a gestão financeira, a organização do lar, tarefas domésticas, bem como aptidões interpessoais. O objetivo da sua aquisição e treino é facilitar a reabilitação e adaptação do DMG ao seu meio para que, dentro das possibilidades do indivíduo, este possa ter uma vida mais autónoma.

Na literatura destaca-se uma revisão sistemática Cochrane<sup>4</sup> que incluiu 4 RCT's (n=318) que não conseguiu encontrar diferenças significativas nas variáveis atividades domésticas; autocuidado; psicopatologia (PANSS) e qualidade de vida entre indivíduos incluídos nestes programas e doentes com tratamento regular.

### 3.1.2 PROGRAMAS RESIDENCIAIS NA COMUNIDADE

Este tipo de programas consagra a existência de alojamentos onde residirão os indivíduos com DMG, a título temporário ou definitivo, cujo objetivo passa pelo desenvolvimento de aptidões necessárias à adaptação a um quotidiano tão autónomo quanto possível.

A literatura distingue dois tipos de intervenção: residência assistida e *continuum* residencial. No primeiro a residência, conforme o nome indica, é assistida por um apoio e acompanhamento prestado por serviços de apoio comunitário; no *continuum* residencial o próprio serviço que presta os cuidados clínicos vai orientar o utente em termos de apoio e supervisão a níveis de intensidade diferentes, de acordo com as necessidades específicas do doente.

Não existe evidência proveniente de revisões sistemáticas ou RCT's relativa aos programas residenciais de comunidade. Fakhoury e col.<sup>5</sup> apreciaram 30 estudos – na sua maioria descritivos – tendo encontrado uma melhoria do funcionamento, integração social, e da satisfação dos doentes. Também López e col.<sup>6</sup>, num estudo transversal e descritivo, encontraram uma associação destes programas a uma melhoria da satisfação dos doentes e da adesão ao tratamento farmacológico.

### 3.1.3 PROGRAMAS DIRIGIDOS AO LAZER E AO TEMPO LIVRE

Estes programas têm como objetivo promover a recuperação do indivíduo DMG fomentando as relações sociais e a utilização do tempo livre, propiciando participação em ambientes comunitários, encontros, lazer e atividades de enriquecimento pessoal.

Não existe evidência proveniente de revisões sistemáticas ou RCT's sobre a integração social mediante intervenção sistematizada sobre o tempo livre e lazer.

Um estudo longitudinal sobre a efetividade de um programa de lazer e tempo livre<sup>7</sup> achou diferenças significativas nas variáveis qualidade de vida, funcionamento social e satisfação com as relações sociais neste tipo de programas. Trata-se, no entanto, de um estudo com algumas limitações metodológicas como são uma amostra pequena (n=36), a ausência de um grupo de controlo e a aplicação a um grupo com elevados níveis de motivação.

### 3.1.4 PROGRAMAS ORIENTADOS PARA O EMPREGO

A reinserção no mercado de trabalho mostra-se como um passo fundamental na recuperação do doente com DMG. Não só porque este progressivamente vai desenvolvendo o seu funcionamento social nas interações interpessoais no seu local de trabalho como, por outro lado, por meio de uma remuneração, vai dando passos no sentido de uma motivação e autonomia crescentes. Para que esta motivação seja otimizada, sempre que possível, deverão ser atendidos os interesses do doente, escolhas pessoais e objectivos individuais.

Os programas orientados para a empregabilidade do DMG são considerados estratégicos, sendo classicamente integrantes dos objetivos básicos da reabilitação. Podem ser divididos em 3 tipologias, não mutuamente exclusivas: (1) emprego com apoio; (2) emprego protegido / empresas sociais; e (3) treino vocacional.

A efetividade sobre treino vocacional e emprego protegido<sup>8</sup>, bem como sobre emprego com apoio<sup>9</sup> foram já estabelecidas. Um RCT multicêntrico europeu que comparou treino vocacional e emprego protegido<sup>10</sup> determinou haver evidência de vantagem dos programas que incluem estratégias de emprego protegido e emprego com apoio e apenas benefício limitado de programas de treino vocacional.

## 3.2 Intervenções ao nível dos serviços

Os diversos modelos de intervenção em Psiquiatria Comunitária terão em comum a intenção de otimizar o acesso do DMG aos cuidados de saúde e de coordenar as diferentes intervenções disponíveis.

Desta forma existem diferentes tipos de estratégias e programas:

- 1. Tratamento Assertivo na Comunidade (ACT)

- 2. Modelo de Terapeuta de Referência – ‘Case Management’ (CM)
- 3. ‘Case Management’ de aplicação intensiva (ICM)
- 4. Hospitais de Dia (não-agudos)

### 3.2.1 TRATAMENTO ASSERTIVO NA COMUNIDADE

A prática do ACT surgiu na passada década de 70, no Mendota Mental Health Institute (Wisconsin, EUA), como resposta aos reinternamentos frequentes de indivíduos com doença mental grave, num curto período de tempo após a alta hospitalar.<sup>11</sup>

Um grupo de trabalho desenvolveu um modelo de prestação de cuidados, no qual uma equipa de profissionais – composta por 10 a 12 elementos, incluindo psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, e outros profissionais (p.e. terapeutas ocupacionais) – assume responsabilidade direta pela disponibilização de um conjunto específico de serviços a um utente, enquanto necessário, num regime permanente (24h, 7 dias por semana).

O rácio terapeuta-doente usual é de 1:10, podendo ser superior, na prestação inicial de cuidados a populações com necessidades intensivas ou em ambientes rurais (distância geográfica), ou inferior, em equipas com populações estáveis.

Por defeito, sempre que exequível, deverá existir treino cruzado nas áreas de intervenção dos diferentes profissionais, devendo predominar a cooperação e o trabalho pluridisciplinar.

De acordo com uma revisão sistemática Cochrane<sup>12</sup>, o ACT é uma abordagem clinicamente eficiente para a gestão na comunidade do DMG. Se adequadamente dirigido aos utilizadores frequentes dos serviços hospitalares, o ACT, pode reduzir substancialmente os custos hospitalares, e melhorar a satisfação do indivíduo bem como a sua evolução.

### 3.2.2 MODELO DE TERAPEUTA DE REFERÊNCIA (CASE MANAGEMENT)

Modelo de intervenção no qual um profissional de saúde mental – terapeuta de referência - é responsável pela gestão dos cuidados a um determinado doente na comunidade. Podem ser descritas duas modalidades de CM: (1) CM de mediação, em que a equipa é responsável pela inserção do doente no meio extra-hospitalar, mediante ações de abordagem e acompanhamento da evolução do doente, articulação entre serviços de saúde, e representação dos seus interesses na comunidade; e (2) CM clínico, no qual os

profissionais possuem maior qualificação e assumem papel de terapeutas principais pois, além das ações de gestão, realizam intervenções clínicas terapêuticas. Apesar de uma tendência crescente da prática do CM clínico, na prática, as intervenções não são dicotômicas, havendo interdigitação de práticas de gestão e manejo clínico.

Numa revisão sistemática Cochrane<sup>12</sup>, determinou-se que este tipo de intervenção contribui para que o DMG se mantenha em contacto com serviços psiquiátricos, não obstante, aumente os internamentos psiquiátricos. Existe alguma evidência de que este modelo favoreça a adesão, no entanto não se identifica uma melhoria significativa na psicopatologia, funcionamento social ou qualidade de vida.

Numa meta-análise mais recente<sup>14</sup> verificou-se que o CM proporciona uma melhoria ligeira a moderada da efetividade dos Serviços de Saúde Mental, mostrando ainda haver uma desvantagem desta intervenção face ao ACT no que concerne a redução da hospitalização. Finalmente, conclui equiparando ambas as intervenções nas variáveis melhoria clínica, satisfação do DMG e familiares quanto aos serviços e funcionamento social.

### 3.2.3 MODELOS DE TERAPEUTA DE REFERÊNCIA DE APLICAÇÃO INTENSIVA

Alguns autores<sup>15</sup> defendem ainda 2 abordagens distintas nos programas de gestão de casos, analisadas singularmente de forma inapropriada: (1) CM regular, que consiste numa abordagem “centrada no gabinete” com rácio terapeuta/doente 1:30, menor intervenção junto do indivíduo e consumo de recursos; (2) CM de aplicação intensiva, com equipas multidisciplinares e um contacto frequente com o doente num rácio terapeuta/doente 1:10. Como tal, o ICM surge, em parte, como uma abordagem sobreponível às intervenções segundo o modelo ACT. Aqui, o objetivo primordial é a evicção de internamentos hospitalares e o desenvolvimento da autonomia do doente.

Numa revisão de 29 RCT’s sobre Case Management Intensivo (CMI) vs. CM e ‘standard’, Burns e col.<sup>16</sup> verificaram achados contraditórios nos RCT’s sobre CMI, sendo que alguns demonstraram redução na utilização hospitalar, enquanto outros não documentaram efeito. Verificam ainda evidência de um melhor desempenho da CMI em doente com DMG com elevada utilização hospitalar prévia. Por fim concluem que a efetividade do CMI aumenta conforme a sua organização melhor reflete o modelo ACT, haven-

do menor evidência quanto ao benefício de melhor ratio profissional/doente.

### 3.2.4 HOSPITAIS DE DIA NÃO AGUDOS

Em relação aos hospitais de dia não-agudos a evidência disponibilizada pelas orientações do *National Institute for Clinical Excellence*<sup>17</sup> não demonstram uma diferença significativa face ao tratamento usual em ambulatório no referente às taxas de abandono ao seguimento (a 18 meses), no número de internamentos (em 2 anos), na psicopatologia ou no funcionamento social.

## 4. CONCLUSÃO

Apesar de, nas últimas décadas, se ter registado um avanço substancial na investigação das intervenções psicossociais no doente com DMG, na presente

revisão constata-se que a evidência da efetividade destas práticas é limitada. Por este motivo, a implementação e disseminação de práticas inovadoras complexas no campo da DMG, constitui, atualmente, um dos maiores desafios da organização dos serviços de saúde mental.

O cuidado do doente com DMG requer a assimilação de diferentes níveis de assistência e diferentes tipos de intervenção – psicofarmacológicas e psicossociais – de modo a formar um todo indissociável do qual emergirá um conjunto de novos objetivos orientados para a recuperação pessoal: independência, qualidade de vida, bem-estar pessoal e integração social. A intervenção do doente mental tem, necessariamente, de abandonar um enfoque exclusivo no alívio dos sintomas, alargando-se agora à aprendizagem de métodos de adaptação aos desafios impostos pela doença no quotidiano individual.

## REFERÊNCIAS

1. SZMUKLER, G. & THORNICROFT, G. What is community psychiatry? In: Textbook of Community Psychiatry, Oxford University Press; 2001.
2. ROSEN A. The community psychiatrist of the future. *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19:380-388.
3. SCHINNAR AP, ROTHBARD AB, KANTER R, JUNG YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147(12): 1602-8.
4. TUNGPOKOM P, NICOL M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (2): CD000381.
5. FAKHOURY WK, MURRAY A, SHEPHERD G, PRIEBE S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7):301-15.
6. LÓPEZ M, LAVIANA M, GARCÍA-CUBILLANA P, FERNÁNDEZ L, MORENO B, MAESTRO JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabil psicoc. 2005; 2(1):2-15.*
7. PETRYSHEN PM, HAWKINS JD, FRONCHAK TA. An evaluation of the social recreation component of a community mental health program. *Psychiatr Rehabil J* 2001; 24(3):293-8.
8. CROWTHER R, MARSHALL M, BOND G, HUXLEY P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD003080.
9. BOND GR, DRAKE RE, BECKER DR An update on randomized controlled trials of evidence based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31(4):280-90.
10. BURNS T, CATTY J, BECKER T, DRAKE RE, FIORITTI A, KNAPP M, *et al* .The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370(9593):1146-52.
11. PHILLIPS SD, BURNS BJ, EDGAR ER, MUESER KT, LINKINS KW, ROSENHECK RA, *et al* . Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatric Services* 2001; 52(6): 771-779.
12. MARSHALL M, LOCKWOOD A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 1998; (2):CD001089.
13. MACHADO L, DAHL C, CARVALHO M, CAVALCANTI M. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (*case management*): *revisão de 20 anos da literatura*. *J Bras Psiquiatr* 2007; 56(3): 208-218.

14. ZIGURAS SJ, STUART GW. Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatr Serv* 2000; 51:1410-142.
15. MARSHALL M. Case management: a dubious practice. *British Medical Journal* 1996;312(7030): 523-524.
16. BURNS T, CATTY J, DASH M, ROBERTS C, LOCKWOOD A, MARSHALL M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007; 335(7615):336.
17. NICE. National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists, 2003.