



Integração e continuidade de cuidados de saúde à pessoa com esquizofrenia e sua família

Joana Isaac Teixeira,¹ Vítor Ramos,² Vasco Nogueira³

RESUMO

A carga global da esquizofrenia implica desafios para doentes, famílias e sociedade; a atual compartimentalização dos serviços de saúde e o estigma associado à doença contribuem para respostas insuficientes. O presente artigo sublinha a importância dos cuidados centrados na pessoa. Procura, através da reflexão e debate, sensibilizar os médicos de família para a problemática associada ao diagnóstico de esquizofrenia, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente e sua família, através da proposta de formas de atuação clínica que permitam uma maior e mais eficaz integração e continuidade entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Primeiro, realçando o papel dos cuidados de saúde primários, pela posição privilegiada que detêm e que permite: a deteção precoce de casos; o acompanhamento integrado da saúde dos doentes; a supervisão da adesão terapêutica; a promoção de estilos de vida saudáveis; a compreensão da pessoa no contexto sociocultural, pela proximidade com a família e restante comunidade. Segundo, assinalando alguns dos elementos essenciais para uma melhor articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os serviços de psiquiatria e saúde mental a quem compete: a aferição diagnóstica; a elaboração de um plano terapêutico individualizado que inclua intervenção na crise; o reconhecimento do doente e família como elementos essenciais da “equipa”; a mudança para um paradigma de valorização de intervenções não-farmacológicas (a par da necessária prescrição farmacológica). Em conclusão, o ‘otimismo realista’ face à doença e saúde global nas psicoses é possível e necessário, mas exige mais e melhor integração e continuidade dos cuidados.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Cuidados centrados na pessoa; Cuidados de saúde integrados; Continuidade de cuidados.

1. INTRODUÇÃO – A DIMENSÃO DO PROBLEMA

A esquizofrenia foi classificada em 2016 como a 12.^a causa mais importante de carga da doença no mundo, medida pelo número total de anos vividos com incapacidade. Acarreta custos diretos significativos (hospitalizações e tratamento farmacológico) e custos indiretos ainda mais elevados, como, por exemplo, perda de produtividade laboral.¹

A esquizofrenia representa problemas importantes para as pessoas doentes, para as famílias e para a sociedade, e as respostas são ainda, na maioria das vezes, insuficientes. É expectável que, numa “lista padrão” de cerca de 1.750 pessoas, um médico de família (MF) receba cinco a quinze pessoas com diagnóstico de esquizofrenia ou que virão a desenvolver a doença.¹

O presente artigo sublinha a importância dos cuida-

dos centrados na pessoa. Procura, através da reflexão e debate, sensibilizar os médicos de família para a problemática associada ao diagnóstico de esquizofrenia, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente e sua família, através da proposta de formas de atuação clínica que permitam uma maior e mais eficaz integração e continuidade entre os cuidados de saúde primários e hospitalares.

1. Assistente Hospitalar de Psiquiatria. Serviço de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Lisboa, Portugal. | Assistente convidada. NOVA Medical School – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.

2. Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar. | Professor convidado. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. | Professor convidado da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano – Universidade de Évora. Évora, Portugal.

3. Assistente Hospitalar de Psiquiatria. Serviço de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Beja, Portugal.


TABELA 1. Exemplos de pontos-chave dos cuidados de saúde primários às pessoas com esquizofrenia

Identificar e acompanhar as pessoas com esquizofrenia	Monitorizar a presença nas consultas e assegurar avaliações periódicas
Avaliar regularmente a pessoa com esquizofrenia	Saúde física, estado psicopatológico, adesão ao tratamento, condições sociais
Informar e aconselhar doentes e familiares	Informação geral sobre a doença, em ligação com os cuidados de saúde mental; mobilização de apoio psicossocial na comunidade/organizações do terceiro setor
Estabelecer interligação com as equipas de psiquiatria e saúde mental	Recaídas ou risco de recaídas, problemas que ultrapassam a capacidade de intervenção em cuidados primários
Intervir na crise	Planos de contingência, articulação com os cuidados secundários

Adaptado de Burns e Kendrick⁴ e de NICE.¹³

2. INTEGRAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Na perturbação mental, e em particular na esquizofrenia, há questões fundamentais a considerar para o sucesso na prestação de cuidados, nomeadamente a morbilidade múltipla (física e mental), os fatores psicossociais (onde se inclui o estigma), o contexto familiar e a adesão ao plano terapêutico.²⁻³ Sendo a esquizofrenia uma doença crónica, os cuidados de saúde primários (CSP) devem participar no seguimento destas pessoas, dada a cobertura universal, a abrangência e a continuidade dos seus cuidados de saúde.⁴⁻⁵ Na Tabela 1 apresentam-se os pilares da gestão clínica das pessoas com esquizofrenia e respetivos exemplos de cuidados a prestar no âmbito dos CSP.

3. IDENTIFICAR E ACOMPANHAR AS PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

A sinalização proativa de pessoas com esquizofrenia permite uma atempada deteção de casos e, consequentemente, a intervenção precoce, contribuindo para um prognóstico mais favorável.⁶⁻⁷

Nos homens, o início da doença ocorre mais frequentemente entre os 15-25 anos e nas mulheres entre os 25-30 anos, com um segundo pico por volta dos 40 anos. Habitualmente, a fase inicial é progressiva e insidiosa, predominando o compromisso cognitivo e social (mais isolados, calados, introvertidos, passivos), podendo vivenciar estados de apreensão e de perplexidade, mui-

tas vezes acompanhados de alteração do comportamento e crenças bizarras. Frequentemente, a doença evolui por surtos psicóticos; outras formas de apresentação da doença caracterizam-se pela presença de sintomas distintos, nomeadamente negativos (como “ausência” de função, que pode incluir afeto restrito, pobreza de pensamento, apatia e anedonia), catatónicos ou com marcada desorganização formal do pensamento.⁸⁻⁹

Perante um episódio psicótico (em que surgem delírios e/ou alucinações), particularmente no inaugural, há que excluir a possibilidade de sintomatologia psicótica secundária a substâncias psicoativas e decorrente da presença de doença física. Devem ponderar-se também outras perturbações do espectro da esquizofrenia e afetivas, que podem cursar com sintomatologia psicótica. Para o diagnóstico é necessário atender não só à sintomatologia como aos elementos da anamnese – a evolução nosológica, os antecedentes pessoais e familiares, os aspetos biográficos e sociais – e aos resultados dos exames complementares.⁹

3.1. Vigilância da saúde geral, incluindo estado mental

Em média, as pessoas com esquizofrenia morrem cerca de 15-20 anos mais cedo do que as pessoas sem perturbação mental grave e têm uma taxa de mortalidade 1,6 vezes superior à população geral.¹⁰ Contudo, apenas 20% das mortes prematuras são por suicídio ou


TABELA 2. Avaliação periódica das variáveis de risco para síndrome metabólica e outras condições comórbidas comuns

Avaliação	Inicial	8-12 semanas	Todas as consultas	Anualmente
Exame objetivo				
Altura, perímetro abdominal, sinais vitais	x	x		x
Peso e tensão arterial	x	x	x	x
Exame estado mental	x	x	x	x
Exame neurológico	x	x	x	x
Avaliação analítica				
Hemograma completo	x			x
Ureia, creatinina				
AST, ALT, GGT, Bil. T				
Ionograma				
Vitamina B12/ác. fólico				
TSH				
Ft4/FT3				
Glucose	x	x		x
Colesterol total				
HDL, LDL, Triglice.				
HbA1C				
VHC, VHB	x			x
HIV 1,2				
Rastreo sífilis				
Outros				
Pesquisa de tóxicos urina	Sempre que se existirem dúvidas, em relação à alteração do comportamento poder ser decorrente de consumos			
Teste de gravidez	Quando houver história de relações sexuais não protegidas e/ou ausência de contraceção			

Adaptado do protocolo do Programa de Intervenção das Fases Iniciais da Psicose (PROFIP), do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

acidente. A maioria resulta de doenças cardiovasculares (risco 15 vezes superior ao da população geral), diabetes, DPOC, neoplasias ou infeções (e.g., tuberculose, hepatites, VIH-SIDA).¹¹ Além das características próprias da doença e da iatrogenia (e.g., síndrome metabólico secundário a antipsicóticos), os cuidados inadequados e o estigma social da esquizofrenia dificultam o controlo daquelas comorbilidades.

Embora os efeitos metabólicos sejam mais evidentes nos doentes que tomam antipsicóticos atípicos há

que avaliar com regularidade todos os doentes quanto ao risco metabólico (índice de massa corporal, lipidemia, glicemia, hemoglobina A1c), como sugerido na Tabela 2.

Cerca de 70% das pessoas com esquizofrenia são fumadoras, percentagem parcialmente atribuída ao efeito atenuador da nicotina sobre os efeitos secundários dos antipsicóticos. Estes doentes apresentam outros hábitos nocivos, dieta alimentar desadequada, sedentarismo e, em alguns casos, aumento de



comportamentos de risco. Por esse motivo, as recomendações NICE para estes doentes reforçam a promoção da saúde (atividade física, alimentação, cessação tabágica), bem como a monitorização regular de fatores de risco associados às doenças mais prevalentes.¹²⁻¹⁴ No caso particular das mulheres deve-se ainda realizar a vigilância da saúde reprodutiva e planeamento familiar. É importante dosear a prolactinemia em mulheres em idade fértil, sobretudo se estão a ser utilizados alguns antipsicóticos, como a risperidona, a amisulprida e a paliperidona (Tabela 6). Antes da prescrição de um antipsicótico é importante ter um ECG basal, para avaliação do intervalo QT, pelo risco de prolongamento.¹³ Paradoxalmente, diversos estudos evidenciam taxas de prescrição de fármacos para comorbilidades frequentes muito inferiores às esperadas, indiciando subdiagnóstico e/ou subtratamento.¹¹ O estigma associado às doenças psiquiátricas, conjugado com desafios na comunicação, pode limitar as intervenções necessárias. O reconhecimento e tratamento das diversas comorbilidades e a atenção ao contexto e fatores sociais podem contribuir para diminuir a morbilidade e a mortalidade prematura.¹²

A heterogeneidade da esquizofrenia pode tornar a avaliação clínica difícil e complexa. É essencial que o MF saiba identificar alterações do estado mental e a necessidade de ajustar o plano terapêutico ou solicitar a intervenção da equipa de saúde mental.

No exame do estado mental (EEM), conforme descrito na Tabela 3, deve incluir-se: nível de consciência; comportamento motor; contacto e atitude no decorrer da observação; orientação temporo-espacial em relação a si próprio e aos outros; memória; atenção; discurso; pensamento – importante incluir na avaliação do conteúdo do pensamento a existência de ideação delirante, ideação suicida e de comportamentos heteroagressivos; percepção – avaliar existência de alucinações; humor; sono, apetite e vida sexual; e, por fim, o juízo crítico para a doença e para a necessidade de tratamento.¹⁵ É imprescindível avaliar o risco que o doente pode apresentar para si e/ou para terceiros, questionando: “Tem pensado em fazer mal a si próprio?; “Sente-se em perigo ou ameaçado por alguém? Precisa de se defender de alguma forma?; “O que já pensou fazer?”

A fase de estabilização da doença caracteriza-se predominantemente pela presença de sintomas negativos,

podendo coexistir sintomatologia psicótica residual e sintomatologia afetiva, que deve ser reconhecida pelo risco aumentado de suicídio, sobretudo nas fases iniciais da doença, sem suporte social e familiar, com maiores funcionalidade e QI prévio, com *insight* e consequente medo de deterioração e pouca confiança no tratamento. Questionar os doentes sobre ideação suicida não aumenta o risco e pode permitir intervenções preventivas.

As alterações cognitivas encontram-se habitualmente presentes desde a fase inicial da doença e são consideradas determinantes na evolução do funcionamento global da pessoa e do potencial de reabilitação (e.g., défices a nível verbal, atenção, memória de trabalho, coeficiente intelectual, linguagem e funções executivas).

Estima-se que apenas 20-30% dos doentes tenham uma evolução favorável, permanecendo integrados na comunidade e com qualidade de vida satisfatória.¹⁶⁻¹⁷ Os restantes apresentam numa grande percentagem a designada *síndrome deficitária* definida pela presença de sintomas negativos primários, proeminentes e persistentes, que se traduzem por incapacidade parcial ou mesmo total.

3.2. Adesão à terapêutica – Supervisão

Mais de 60% dos episódios de descompensação devem-se à inadequada adesão ao plano terapêutico e/ou ao consumo de substâncias psicoativas.¹⁴ Entre os determinantes da não adesão à terapêutica, o principal é a falta de *insight* para a doença, à qual se juntam: crenças em relação aos fármacos, efeitos adversos e dificuldades inerentes (e.g., limitações cognitivas). Isto contrasta com a melhor adesão que se observa nos doentes com melhor funcionamento pré-mórbido, com maior instrução, que conhecem e aceitam a sua doença e que estabelecem boa relação terapêutica com a equipa de saúde.¹⁸ É importante que o MF estratifique o nível de adesão dos doentes e recorra a intervenções psicoeducativas para facilitar mudanças de atitudes em relação ao plano terapêutico, veiculando informação sobre a doença e o tratamento. Outras intervenções como lembretes telefónicos e envolvimento dos doentes e familiares podem trazer benefícios significativos.¹⁸ No caso de não adesão ao tratamento, esta deve ser reportada à equipa comunitária/hospitalar de saúde



TABELA 3. Principais alterações comumente encontradas no exame do estado mental durante a fase aguda e a fase crónica da esquizofrenia

Evolução da doença	Fase	Exame do estado mental
	Aguda	<p>Aspeto geral pode ser bizarro, por vezes pouco cuidado.</p> <p>Atitude hostil, desconfiada ou perplexa.</p> <p>Contacto que causa estranheza no interlocutor.</p> <p>Atenção distrátil.</p> <p>Comportamento pode apresentar desde inquietude motora a agitação psicomotora franca com heteroagressividade dirigida a objetos ou terceiros. No extremo oposto, o doente pode apresentar ausência quase completa de atividade motora (estupor catatónico). Pode estar também inibido, com postura retraída, pouco predisposto a comunicar.</p> <p>Discurso incompreensível, por vezes sob a forma de salada de palavras. Mutismo também é frequente.</p> <p>Alterações do pensamento com presença de afrouxamento associativo, desorganizado e conteúdo delirante sendo as temáticas mais comuns: persecutória (prejuízo, perseguição, ameaça) e autorreferencial (em relação a si, a televisão dirige-lhe mensagens ou percebe sinais na rua que lhe são dirigidos), podendo ser também de controlo (experiências de passividade motora, controlado por alguém...), alienação do pensamento (roubo, difusão, inserção – acredita que lhe foram colocados pensamentos que não são seus e não lhe pertencem; leitura – acredita que os demais conseguem ler/saber o que pensa) ou mesmo multitemático com conteúdos inverosímeis e incompreensibilidade psicológica.</p> <p>Alterações da percepção com atividade alucinatória em qualquer modalidade, mais comum sob a forma de alucinações auditivas (vozes) que podem comentar a atividade do doente, criticá-lo, ameaçá-lo ou comandá-lo, dando-lhe ordens.</p> <p>Humor por vezes difícil de caracterizar, pode ser disfórico ou facilmente irritável, por exemplo.</p> <p>Alterações do ciclo sono-vigília.</p> <p>Crítica para a doença e necessidade de ajuda médica está ausente na maioria das situações.</p>
	Crónica	<p>Aspeto geral comprometido pela falta de noção de higiene e das regras sociais.</p> <p>Mímica facial inexpressiva.</p> <p>Atitude que denota um estado de indiferença, apatia e avolia (falta de vontade e iniciativa).</p> <p>Lentificação motora e redução da expressão dos movimentos espontâneos.</p> <p>Discurso lacónico e alogia.</p> <p>Pensamento empobrecido, concreto, pode manter alterações do conteúdo com ideação delirante residual.</p> <p>Humor difícil de caracterizar (nas fases iniciais pode ser depressivo), apurando-se anedonia (incapacidade de antecipar e tirar prazer de atividades consideradas prazerosas), posteriormente diminuição da capacidade de expressar emoções, aplanamento afetivo ou incongruência afetiva, sendo a resposta emocional inversa ao expectável para o contexto – mais comum quando coexistem sintomas psicóticos, mesmo que residuais.</p> <p>Crítica pode permanecer ausente ou ser parcial.</p>

mental para, em conjunto com o doente, explorar outras opções e prevenir recaídas – por exemplo, a opção

por antipsicóticos injetáveis com periodicidade quinzenal, mensal ou trimestral.



3.3. Aferição das condições sociais

A aferição das condições sociais ocupa um papel central no plano de cuidados. A pobreza, o desemprego, o isolamento e a exclusão social atuam como precipitantes e predisponentes, aumentando o risco de evolução desfavorável da doença.¹⁹ A pessoa com doença mental grave apresenta um risco superior de pobreza, marginalização e estigma, havendo circularidade entre fatores sociais e doença mental.² Na esquizofrenia sobressaem as dificuldades na integração do mercado de trabalho, com aumento da exclusão social.² Devem ser sempre avaliadas: a existência de rede de suporte familiar/social; as condições de alojamento; o *status* socioeconómico e as possíveis fontes de rendimento (salário, reforma, heranças, subsídios).

3.4. Comunicação e aconselhamento de doentes e familiares

O estigma da doença, as limitações associadas, bem como o sofrimento e as vivências psicóticas podem dificultar a comunicação e a relação terapêutica.

A capacidade de bem comunicar (compreender e empatizar) é fulcral para facilitar o processo terapêutico. São princípios essenciais da comunicação verbal e não verbal com doentes e famílias: utilizar frases curtas, reiterativas e simples; concentrar-se na mensagem central; manter uma postura atenta, um semblante receptivo e prestável, que demonstre disponibilidade e interesse; adequar a distância física conforme a situação; e assegurar um ambiente tranquilo.²⁰

Em muitos casos, é importante contar com os dados fornecidos pelos familiares. Neste caso deve solicitar-se autorização para uma entrevista conjunta ou em dois momentos distintos. Passos fundamentais: 1. Ouvir sem criticar, aceitando a situação tal qual a descreve, sem tentar convencê-lo do contrário, evitando perda de confiança no médico; 2. Compreender, com a flexibilidade suficiente para se inserir naquilo que são as experiências vividas pelo doente, identificando as mensagens explícitas e implícitas, emoções e também o contexto em que as vive; 3. Informar a pessoa sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, sem desvalorizar nem catastrofizar; 4. Desculpabilizar, dada a especificidade da doença, comportamentos desadequados ocorridos no período de crise; 5. Avisar sobre potenciais fatores de risco (consumos, não adesão à terapêutica, etc.) para

recaídas e sublinhar os sinais de alerta principais (e.g., descuido a nível de higiene e autocuidados, inquietude psicomotora, alterações comportamentais, mudança de rotinas, modificação do padrão de sono, maior isolamento social); 6. Aconselhar sobre benefícios da atividade física, alimentação saudável e hábitos de sono; 7. Promover leituras e convívio, contacto com amigos e familiares, ver televisão e ouvir rádio, atualizando-se sobre o mundo à sua volta; 8. Estimular a recuperação e, se possível, o regresso à escola/atividade laboral, consoante as capacidades, a fase e a severidade da doença; contactar as associações de apoio aos doentes com esquizofrenia e seus familiares (Tabela 4), de forma a superar o problema da estigmatização e discriminação social; 9. Em crise/descompensação, a comunicação com o doente deve ser ajustada, evitando conflituosidade. A falta de *insight* presente nos surtos psicóticos leva o doente a considerar as intervenções médicas desnecessárias e abusivas. Nestas circunstâncias, o doente pode apresentar-se hostil e não cooperante. Esta situação pode ser complicada e de difícil controlo até para um psiquiatra experiente, sendo prudente otimizar a estratégia de controlo dos sintomas o mais rapidamente possível, preferencialmente com recurso a fármacos, e considerar colocar em marcha o plano de crise (*vide* ponto 4.1).

A incerteza quanto à evolução da doença incute insegurança no doente e na família. Devemos tranquilizar, sem criar falsas expectativas, esclarecendo familiares e cuidadores de forma a minimizar estes sentimentos e a promover atitudes terapêuticas. Os familiares geralmente desempenham um papel essencial no tratamento e cuidado destes doentes e na sua recuperação, devendo estar envolvidos ao longo da evolução da doença. Contudo, este papel representa uma sobrecarga habitualmente acompanhada de sintomatologia ansiosa e depressiva, o que exige sensibilidade dos serviços às necessidades específicas dos cuidadores.^{13,21}

Os cuidadores têm necessidades tanto em relação ao lidar com o doente quanto na necessidade de apoio para si. Precisam de informação detalhada sobre esquizofrenia para colaborarem melhor no tratamento do doente e precisam também de apoio para si mesmos, porque podem ser afetados psicologicamente, com impacto negativo na sua qualidade de vida. Na maioria destes casos pode ser suficiente uma


TABELA 4. Outros recursos e informação disponível para profissionais, doentes e familiares da pessoa com esquizofrenia

Informação sobre a doença		
Esquizofrenia 24x7	Um <i>site</i> português agregador de informações uteis sobre esquizofrenia	https://www.esquizofrenia24x7.pt
Respostas no 3.º setor		
Plataforma de Saúde Mental e Neurológica em Portugal	Reúne informação sobre respostas específicas que existem na comunidade em concreto as entidades do 3.º setor (sem fins lucrativos)	https://www.saudementalpt.pt
Entidades que promovem ações dirigidas principalmente aos doentes		
Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental	Desenvolve programas e serviços de suporte a pessoas com doença mental, nos domínios da habitação, educação e emprego.	http://www.aeips.pt/ix-encontro-da-rede-nacional-de-pessoas-com-experiencia-de-doenca-mental/
Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda (ARIA)	Disponibiliza programas de reabilitação psicossocial e apoio à reintegração social	https://www.aria.com.pt
Entidades que promovem ações dirigidas aos doentes e seus familiares		
Familiarmente	Federação portuguesa das associações das famílias das pessoas com experiência de doença mental, integram organizações que têm como propósito apoiar as famílias das pessoas com experiência de doença mental	https://familiarmente.pt/
Encontrar-se	Associação de Apoio às Pessoas Com Perturbação Mental Grave. Tem como objetivos a promoção da saúde mental, a luta contra o estigma da doença mental e o apoio a doentes e famílias	https://www.encontrarse.pt/
Associação de Familiares e Amigos de Pessoas com Doença Mental (Afadome)	Ações de ajuda à reabilitação psicossocial e à reintegração social de pessoas com doença mental e ainda prosseguir ações centradas no apoio à família, na diminuição do estigma e na defesa de direitos, como a habitação, o emprego, a formação e o acesso a cuidados de saúde especializados	https://www.afadome.pt/
Associação Familiares e Amigos do Doente Psicótico (A Farpa)		https://afarpa.inclusivamente.pt/
Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital Magalhães de Lemos		https://afua.pt
Associação Dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve (Unir)		https://www.unir.pt/

intervenção psicossocial estruturada ou algumas das estratégias que a incorporem. O conceito de avaliação de necessidades, como exposto na Tabela 5, pode ser aplicado tanto a familiares como doentes e mesmo

a profissionais de saúde, não sendo incomum que as necessidades identificadas por cada grupo de pessoas são muitas vezes não coincidentes. Contudo, é indispensável aferir as necessidades identificadas e



TABELA 5. Necessidades específicas de profissionais de saúde, doentes e familiares²²

- A avaliação de necessidades de cuidados de saúde contribui para a melhoria contínua e é um critério de avaliação dos cuidados prestados e recebidos.
- No contexto da doença psiquiátrica, por “necessidade” entende-se o desejo de apoio que as pessoas expressam em relação aos serviços assistenciais. A necessidade pode ser vista como a lacuna entre o que a pessoa tem e os seus objetivos, ou seja, como uma condição que ainda não foi satisfeita.
- As necessidades podem ser: sentidas, expressas, normativas e comparativas.
- No que concerne à avaliação da satisfação das necessidades, esta pode ser dividida em: ausência de necessidade, necessidade atingida/satisfeita, necessidade não atingida.
- O conceito “necessidades específicas” visa melhorar a planificação e prestação de cuidados na comunidade, identificando necessidades sob diferentes perspetivas: profissionais de saúde, doentes e familiares.
- A avaliação de necessidades pode ser feita com recurso a vários métodos – a escala de Camberwell (CAN) é um instrumento validado para a população portuguesa com doença mental e que engloba as perspetivas do utente e do técnico, porque é pontuado por ambos de forma independente.
 - O CAN abrange 22 áreas clínicas e psicossociais, agrupadas em 5 categorias principais:
 1. Necessidades básicas (alojamento, alimentação e atividades diárias);
 2. Necessidades de saúde (saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, risco de danos para o próprio, risco de danos para os outros, uso de drogas ou álcool);
 3. Necessidades de funcionamento (autocuidado, tarefas domésticas básicas, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro);
 4. Necessidades sociais (contactos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual);
 5. Necessidades de serviços (informação sobre a doença e tratamento, utilização de transportes, utilização de telefones e subsídios/benefícios sociais).

principalmente as não cobertas para que as respostas possam adequar-se às expectativas das pessoas, melhorando a sua situação e satisfação com o serviço prestado e/ou recebido.²²

4. ARTICULAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ENTRE OS CSP E AS EQUIPAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Na redação da informação clínica para o psiquiatra/equipa de saúde mental, o MF deve ser tão detalhado quanto possível. Se o doente não tiver história prévia de seguimento em consulta de psiquiatria é essencial que a informação clínica inclua uma breve descrição do quadro atual, os antecedentes pessoais, o nível prévio de funcionamento, a terapêutica em curso, os hábitos toxicológicos, as situações de violência perpetrada pelo doente ou dirigida a este, a história e o ambiente familiar.

Num doente com diagnóstico conhecido de esquizofrenia pode ser necessária a estratificação do grau de urgência de prestação de cuidados, explicitando com precisão o(s) problema(s) emergentes: má resposta ao tratamento; dificuldade na adesão terapêutica com a presença de efeitos secundários intoleráveis; existência de nova perturbação psiquiátrica; e/ou sinais de descompensação de doença. Nestes casos, a interligação entre os CSP e as equipas comunitárias/hospitalares de psiquiatria e saúde mental deverá fazer-se por contacto direto para discussão do caso e definição do plano. Nos casos de descompensação mais severa, o doente deve ser encaminhado de forma célere para uma avaliação especializada, sendo o serviço de urgência de psiquiatria o local preferencial. *A posteriori*, a deteção dos fatores precipitantes poder-se-á revelar essencial ao possibilitar intervenções psicoeducativas dirigidas aos doentes e seus familiares na tentativa de prevenir futuras crises.



4.1. Plano e intervenção na crise

Nos períodos de crise, o doente e/ou familiar ou cuidador devem seguir um plano onde se encontrem as instruções sobre como atuar e quem informar. Neste plano deve constar a identificação e os contactos dos técnicos de saúde de referência, do delegado de saúde e das autoridades. Estes dois últimos devem ser utilizados se o doente estiver agitado e/ou agressivo, sem crítica para a situação e seja imperativa a necessidade de avaliação por psiquiatra, mesmo que contra a vontade do doente. Em situações de crise pode o MF, o familiar ou outra pessoa próxima do doente fazer chegar uma informação ao delegado de saúde da área de residência para que seja elaborado o mandado de condução do doente ao serviço de urgência para uma avaliação especializada.²³

De um modo geral, após a avaliação psiquiátrica podem ocorrer três cenários: a) o doente não tem indicação para internamento, é efetuado ajuste terapêutico e permanece no domicílio; b) tem indicação para internamento e aceita ficar hospitalizado; c) tem indicação para ficar hospitalizado e não aceita, ficando internado contra a sua vontade ao abrigo da Lei de Saúde Mental. Decidida a necessidade de tratamento compulsivo, está prevista uma série de procedimentos que salvaguardam o melhor interesse do doente, como: a avaliação periódica e revisão do seu estado de saúde por outros médicos psiquiatras; a possibilidade de defesa do doente e contestação da decisão; as avaliações conjuntas; entre outras medidas.²³ Após a alta do internamento hospitalar, nos casos em que não é viável a passagem a tratamento ambulatorio voluntário pela ausência de crítica para a doença e da necessidade de cumprir terapêutica, o doente passa ao regime de tratamento ambulatorio compulsivo, ficando obrigado a comparecer regularmente a avaliações clínico-psiquiátricas e a tomar a medicação prescrita (maioritariamente na forma de injetável de longa-duração).²³ Em qualquer dos cenários deve o MF estar a par da ocorrência e das decisões tomadas (ajustes terapêuticos realizados, etc.).

5. PAPEL DAS EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Às equipas especializadas em saúde e doença mental cabem as responsabilidades de prevenção secundária, terciária e quaternária que impliquem diagnosticar, tratar e acompanhar a evolução do doente com esquizofrenia através de estratégias terapêuticas que garantam a estabilidade clínica, previnam recaídas e reduzam incapacidades, integrando os doentes em programas de reabilitação, sempre que necessário.

dária, terciária e quaternária que impliquem diagnosticar, tratar e acompanhar a evolução do doente com esquizofrenia através de estratégias terapêuticas que garantam a estabilidade clínica, previnam recaídas e reduzam incapacidades, integrando os doentes em programas de reabilitação, sempre que necessário.

5.1. Uso criterioso de antipsicóticos e de intervenções psicossociais

A componente de saúde mental do plano terapêutico deve ser coordenada pelo psiquiatra com a participação do doente, da família e de outros elementos da equipa de saúde mental, com envolvimento da equipa de CSP, com decisões consideradas caso a caso.²⁴

Os antipsicóticos de segunda e terceira geração ou “atípicos” são na maioria dos casos a primeira escolha farmacológica pela menor probabilidade de efeitos extrapiramidais, como identificado na Tabela 6.²⁴ Os efeitos adversos variam, mas a maioria provoca sedação e ganho ponderal, este último por alterações do metabolismo lipídico e glucídico.^{8,24}

Os antipsicóticos são eficazes no tratamento dos sintomas positivos da esquizofrenia. Contudo, tal não se verifica em relação aos sintomas negativos que habitualmente se tornam mais proeminentes com a evolução da doença. Para fazer face a este declínio têm surgido abordagens mais amplas, combinando opções de tratamento farmacológico e intervenções psicossociais.^{13,26-27} A terapia cognitivo-comportamental, a intervenção psicoterapêutica familiar e a terapia ocupacional têm comprovado benefício terapêutico em complementaridade com a farmacoterapia.¹²

As intervenções psicossociais na esquizofrenia permitem ao doente ter um papel ativo no seu tratamento, nomeadamente reorientar os seus objetivos de vida e preservar o melhor funcionamento possível face às circunstâncias inerentes à própria doença e aos seus recursos. Várias intervenções focalizam-se na prevenção do declínio cognitivo. Outras têm por objetivo que o doente desenvolva estratégias e aptidões que lhe permitam lidar melhor com os fatores de *stress* e assim reduzir o risco de recaídas. Estas intervenções devem ser escolhidas em função das necessidades de cada doente e das fases da doença. Durante o pródromo, os principais objetivos são a prevenção da psicose e a redução de sintomas. Na fase psicótica, a redução da gravidade

TABELA 6. Principais efeitos secundários da terapêutica com antipsicóticos²⁴

Antipsicótico	EPS*	Prolongamento intervalo QTc	Aumento prolactina	Aumento peso/diabetes	Hipotensão ortostática	Sedação	Efeitos anticolinérgicos	Hipercolesterolemia	Outras efeitos secundários a considerar
1.ª Geração (típico)									
Haloperidol	+++	+	+++	+	++	+	0	+	
Clorpromazina	++	++	++	++	+++	+++	+ / +++	++	Diminui limiar epileptogénico
2.ª Geração (atípico)									
Clozapina	0	+	++++	+++	+++	+++	+++	+++	Obstipação grave com ileus paralítico e agranulocitose# Diminui limiar epileptogénico
Paliperidona	++	+	+++	++	+ / +++	++	+ / 0	++	
Quetiapina	+ / 0	+	+	+	++	++	0	++	
Risperidona	++	+	+++	+	++	+	0	++	
Olanzapina	+	+	++	+++	++	++	+	+++	
3.ª Geração (atípico)									
Aripirazol	+	0	0	+ / 0	+	0	0	0	Acatísia
Cariprazina	0	0	+ / 0	0	+	0	0	0	Acatísia

*EPS – Efeitos extrapiramidais (acatísia, distonia aguda, parkinsonismo e discinesia tardia)

Monitorizar semanalmente nas primeiras 18 semanas e considerar descontinuação em caso de neutropenia

e da duração da psicose são centrais. A prevenção de recaídas e de comorbilidades, incluindo redução do risco de suicídio, é crítica para a fase transitória.

Em relação à prevenção de recaídas, o consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente de canábis e de outras drogas, é considerado um dos principais desencadeantes de primeiros episódios psicóticos em pessoas vulneráveis e perpetuador de crises com agravamento do quadro e do prognóstico associado. Por este motivo, as equipas que se dedicam ao acompanhamento de doentes com esquizofrenia munir-se de profissionais experientes para o tratamento e desabituação de drogas ou, em alternativa, organizar a intervenção terapêutica com o apoio das Equipas de Tratamento de Comportamentos Aditivos, uma vez que estas intervenções podem constituir-se como elemento modificador do curso natural da história da doença.

Finalmente, a reabilitação e a reintegração na comunidade são os objetivos principais da fase estável e crónica.

Para além dos doentes, os familiares e/ou cuidadores podem necessitar de suporte emocional ou de orientações práticas para redução da emoção expressa (quando presente) e melhor relação com o doente. O conceito de emoção expressa (EE) tem sido utilizado na avaliação do ambiente familiar e compreende um conjunto de atitudes, como sobre-envolvimento, hipercriticismo e hostilidade para com o doente. Intervenções como a terapia comportamental familiar ou a aplicação de estratégias práticas de treino de comunicação e treino de resolução de problemas podem ser um auxílio precioso na ajuda e resposta às necessidades manifestadas pelos familiares, reduzindo a emoção expressa e melhorando o prognóstico da doença.^{13,26-27} Infelizmente, os recursos para intervenções psicossociais específicas são ainda escassos ou mesmo inexistentes, com iniquidades



acentuadas, contribuindo para um pior panorama geral na gestão da doença.

CONCLUSÃO

Para cuidar melhor destes doentes é necessária uma articulação eficaz entre equipas, superando a simples referenciação. O reconhecimento e a mobilização das competências de todos, a partilha do conhecimento sobre o doente e o trabalho em equipa multidisciplinar/interdisciplinar são pilares deste processo.

É necessário dispor de um sistema eficiente para a circulação da informação assente em relações de confiança entre profissionais, com definição personalizada de interlocutores e previsão de tempo próprio para reunir e discutir casos mais complexos.

É premente conciliar proximidade com diferenciação, considerando a substituição de consultas isoladas por programas com vários níveis de resposta, que sejam flexíveis e tenham em consideração o contexto onde vão ser implementados e as necessidades reais das comunidades que irão servir e que coloquem os doentes e as suas famílias no centro da prestação de cuidados.

Algumas das propostas de práticas médicas apresentadas pressupõem que as mesmas sejam aplicadas, ajustando-se à realidade particular de cada cenário, compreendendo um intervalo razoável de uniformidade sobre as mesmas.

Contudo, como princípios fundamentais que devem alicerçar a prestação de cuidados integrados à pessoa com esquizofrenia, destacam-se:

- equidade no acesso a serviços com cuidados multidisciplinares e planos de tratamento que envolvam a participação de doentes, famílias e outras estruturas significativas da comunidade;
- atenção aos fatores sociais que contribuem para agravar a doença psiquiátrica e ao estigma dirigido a estes doentes, alvos fáceis de violência e de marginalização;
- ativação de fatores protetores com vista a reduzir a gravidade da perturbação e a aumentar a resiliência da pessoa, promovendo o seu bem-estar e a integração social;
- disponibilizar oportunidades para que os doentes possam recuperar (*personal recovery*), o que implica: encontrar uma vida com significado, otimismo, esperança e empoderamento da pessoa (capacida-

de de ser autónomo e de lidar com a adversidade), contribuindo para a sociedade de forma global.

É necessário mudar o paradigma da prestação de cuidados que atualmente consiste primordialmente na medicalização destes doentes. Contudo, resolvidos os episódios de descompensação, a cronicidade da doença condiciona o declínio funcional progressivo que atinge vários domínios da esfera individual, incluindo a forma como pensa, sente e se comporta, e do qual resulta a incapacidade da pessoa se integrar e interagir com o mundo e com os outros. Existem intervenções terapêuticas que quando efetuadas no momento certo, de forma coordenada e sustentada, permitem à pessoa integrar-se na comunidade e desenvolver um trajeto de vida (pessoal e profissional) satisfatório.

Mais do que nunca, a educação médica pré e pós-graduada dos médicos de família e dos psiquiatras deve romper com a compartimentalização de cuidados e garantir a aquisição de saberes transversais em áreas como a das intervenções psicossociais, com comprovada eficácia na melhoria da saúde global, cujas respostas de qualidade continuam, em muitos casos, a escassear.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull.* 2018;44(6): 1195-203.
2. Ivbijaro GO. Mental health in primary care: stigma and social distance for schizophrenia in psychiatrists, general practitioners and service users [dissertation]. Lisbon: NOVA Medical School; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/39621>
3. Ivbijaro G, editor. Companion to primary care mental health. CRC Press; 2012. ISBN 9781846199769
4. Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract.* 1997;47(421):515-20.
5. Jones R, Major B, Fear C. Schizophrenia in a primary care setting. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(10):84.
6. Chen Y, Farooq S, Edwards J, Chew-Graham CA, Shiers D, Frisher M, et al. Patterns of symptoms before a diagnosis of first episode psychosis: a latent class analysis of UK primary care electronic health records. *BMC Med.* 2019;17(1):227.
7. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *Am J Psychiatry.* 2016;173(4):362-72.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Manual de psiquiatria clínica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
9. Queirós TP, Coelho FS, Linhares LA, Telles-Correia D. Esquizofrenia: o



- que o médico não psiquiatra precisa de saber [Schizophrenia: what non-psychiatrist physicians need to know]. *Acta Med Port.* 2019;32(1):70-7. Portuguese
10. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(12):1172-81.
 11. Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open.* 2013;3(4):e002808.
 12. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [homepage]. London: NICE; 2014 [updated 2014 Mar 1]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
 13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: NICE; 2014.
 14. Lubman DI, Sundram S. Substance misuse in patients with schizophrenia: a primary care guide. *Med J Aust.* 2003;178(S9):S71-5.
 15. Norris D, Clark MS, Shipley S. The mental status examination. *Am Fam Physician.* 2016;94(8):635-41.
 16. Bressan RA, Grohs GE, Matos G, Shergill S. Hope or hype in the treatment of schizophrenia: what's the role of the physician? *Br J Psychiatry.* 2018;212(1):1-3.
 17. World Health Organization. Promoting recovery in mental health and related services. Geneva: WHO; 2017.
 18. Cardoso AM. Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas graves: o impacto das atitudes e das crenças de doentes e profissionais de saúde mental [dissertation]. Lisboa: NOVA Medical School; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/20387>
 19. Goh C, Agius M. The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? *Psychiatr Danub.* 2010;22(2):198-202.
 20. Corney R, Jenkins R. Counselling in general practice. London: Routledge; 1993. ISBN 9780415059565
 21. Gonçalves-Pereira M, González-Fraile E, Santos-Zorrozúa B, Martín-Carrasco M, Fernández-Catalina P, Domínguez-Panchón AI, et al. Assessment of the consequences of caregiving in psychosis: a psychometric comparison of the Zarit Burden Interview (ZBI) and the Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ). *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):63.
 22. Xavier M, Almeida JC, Martins E, Barahona B, Kovess V. Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico [Needs for care assessment of schizophrenic patients in Portugal: results from a multicentric study]. *Rev Port Saúde Pública.* 2002;20(2):5-17. Portuguese
 23. Decreto-Lei no 36/98, de 24 de julho. *Diário da República. I Série A;*(169).
 24. Direção-Geral da Saúde. Utilização clínica de antipsicóticos: norma nº 024/2011, de 29/09/2011. Lisboa: DGS; 2011.
 25. Muench J, Hamer AM. Adverse effects of antipsychotic medications. *Am Fam Physician.* 2010;81(5):617-22.
 26. Gago JF. Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoaffectiva [dissertation]. Lisboa: NOVA Medical School; 2012. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/11462>
 27. Gonçalves-Pereira M, Xavier M, Neves A, Barahona-Correa B, Fadden G. Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal [Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico]. *Acta Med Port.* 2006;19(1):1-8. Portuguese
- CONTRIBUTO DOS AUTORES**
Conceptualização, JIT, VR e VN; redação do *draft* original, JIT, VR e VN; revisão e validação do texto final, VR e VN; edição, JIT; supervisão, VR e VN.
- CONFLITO DE INTERESSES**
Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.
- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**
Joana Isaac Teixeira
E-mail: joanaisaac@icloud.com
<https://orcid.org/0000-0002-1403-4637>
- Recebido em 17-12-2021**
Aceite para publicação em 06-07-2023



ABSTRACT

INTEGRATION AND CONTINUITY OF HEALTHCARE FOR THE PERSON WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR FAMILY

The global burden of schizophrenia is a challenge for patients, families, and society; the current compartmentalization of health-care and the stigma associated with the disease contribute to insufficient responses. This article emphasizes the importance of person-centered care. It seeks, through reflection and debate, to make family doctors aware of the problems associated with the diagnosis of schizophrenia, and to contribute to the improvement of the care provided to the patient and his family, through the proposal of forms of clinical action that allow a greater and more effective integration and continuity between primary and hospital health care. This article emphasizes the importance of person-centered care and, through reflection and debate, proposes guidelines for the organization of services based on the integration and continuity of care for the patient and his family. First, by emphasizing the role of primary healthcare, given the privileged position they hold and which allows: early detection of cases; integrated monitoring of patient's health; supervision of therapeutic adherence; the promotion of healthy lifestyles; the understanding of the person in the sociocultural context, through proximity to the family and the rest of the community. Second, by improving the articulation with the psychiatric and mental health services, which are responsible for: checking the diagnosis; the development of an individualized therapeutic plan that includes crisis intervention; recognition of the patient and family as essential elements of the 'team'; the shift to a paradigm of valuing non-pharmacological interventions (alongside the necessary pharmacological prescription). In conclusion, 'realistic optimism' towards illness and global health in psychosis is possible and necessary but requires more and better-integrated healthcare systems.

Keywords: Schizophrenia; Patient-centered care; Integrated health care systems; Continuity of care.
